

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**ODILAMAR LOPES MIOTO**

**OS OLHARES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O TRABALHO DOS  
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE  
AMERICANA/SP**

**CAMPINAS**

**2011**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**OS OLHARES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O TRABALHO DOS  
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE  
AMERICANA/SP**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde  
Coletiva.*

**ORIENTADORA: PROF. DRA. APARECIDA MARI IGUTI**

**Campinas**

**2011**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**  
Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

M669o Mioto, Odilamar Lopes  
Os olhares dos profissionais da saúde sobre o trabalho dos técnicos de enfermagem da atenção básica na cidade de Americana/SP / Odilamar Lopes Mioto. -- Campinas, SP : [s.n.], 2011.

Orientadora : Aparecida Mari Iguti.  
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas,  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Sistema único de saúde (Brasil). 2. Enfermagem. 3. Atenção primária à saúde. 4. Saúde pública. I.. Iguti, Aparecida Mari. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em Inglês: The view of health professionals about the work of nurses assistants in Primary Health Care in the city of Americana/SP**

**Keywords: Public Health  
Nursing  
Primary Health Care  
Public Health**

**Titulação: Doutor em Saúde Coletiva  
Área de Concentração: Saúde Coletiva**

**Banca Examinadora:**

**Prof. Dr. Aparecida Mari Iguti  
Prof. Dr. Ana Lúcia Abrahão da Silva  
Prof. Dr. Maria Inês Monteiro  
Prof. Dr. Regina Heloisa Mattei de Oliveira Maciel  
Prof. Dr. Silvia Maria Santiago**

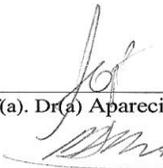
**Data de Defesa: 18.02.2011**

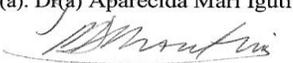
Unidade BCC L  
T/UNICAMP  
Cutter M669o  
V. 1 Ed. 1  
Tombo BC 91193  
Proc. 16 P-130-11  
C. D X  
Preço 7,00  
Data 23.10.11  
Cód. tit. 793607

## Banca examinadora de Tese de Doutorado

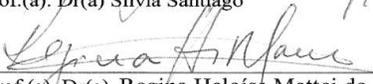
Aluno(a): Odilamar Lopes Mioto

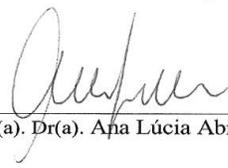
Orientador: **Prof.(a). Dr.(a).** Aparecida Mari Iguti

  
Prof.(a). Dr(a) Aparecida Mari Iguti

  
Prof.(a). Dr(a). Maria Inês Monteiro

  
Prof.(a). Dr(a) Silvia Santiago

  
Prof.(a). Dr(a). Regina Heloisa Mattei de  
Oliveira Maciel

  
Prof.(a). Dr(a). Ana Lúcia Abrahão da Silva

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/02/2011

**DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho à minha filha e aos meus amigos.  
Cada um, a seu modo, me ajudou a vislumbrar o caminho e  
a romper os obstáculos.*

Este é um trabalho coletivo e, por isso, tenho muito a agradecer para muitas pessoas pelo carinho, atenção, paciência, compreensão, solidariedade, escuta, persistência de alguns em trilhar comigo caminhos desconhecidos, desafios intelectuais e o acolhimento ímpar de todos em meus movimentos de deriva.

Agradeço a Prefeitura Municipal de Americana por abrir os espaços públicos para a realização desta pesquisa. À Secretaria Municipal de Saúde, em especial aos gestores, por acreditar e incentivar os seus trabalhadores a investir no crescimento intelectual como uma forma de ressignificar experiências e construir resultados.

Às enfermeiras que, de uma forma ou de outra, estiveram comigo desde a fase embrionária deste estudo permitindo questionar, partilhar, refletir e colaborar. Aos técnicos de enfermagem que conquistaram um espaço legal no interior da profissão e estimularam uma nova trajetória de conhecimentos, meus agradecimentos, pelas informações, acessibilidade e permissão no compartilhamento de singularidades, vivências e experiências pessoais. Obrigado por construírem, cotidianamente, a saúde como direito de todos.

Às minhas amigas Dra. Regina, Enfermeira Patrícia e Enfermeira Nilva pelo acalento indispensável e inesquecível nos momentos de angústia, desafios, obscuridades, solidão e falta de conhecimentos. Aprendi, entre outras coisas, que ser amigo é estar presente.

À Prof. Dra. Aparecida Mari Iguti pela confiança e por partilhar o conhecimento adquirido. Às professoras Silvia Maria Santiago e Maria Inês Monteiro pelas sugestões e perspectivas durante a qualificação do projeto.

A todos muito obrigado pelo caminho compartilhado!

---

<b>RESUMO</b> .....	XI
<b>ABSTRACT</b> .....	XIII
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>1. O ESTADO E SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS</b> .....	21
1.1. A organização do atual sistema de saúde brasileiro .....	29
1.2. A Atenção Básica e a Estratégia da Saúde da Família .....	44
<b>2. REFORMA SANITÁRIA E A PROFISSÃO ENFERMAGEM</b> .....	52
2.1. As profissões da Enfermagem no SUS .....	66
2.2. O profissional enfermeiro .....	67
2.3. Os técnicos de enfermagem no coletivo da profissão .....	68
2.4. Identidade Pessoal e Profissional .....	79
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	84
<b>4. QUESTÕES DE MÉTODO</b> .....	86
4.1. Entrevistas .....	92
4.2. Local da pesquisa .....	96
4.3. Aspectos Éticos.....	98
<b>5. RESULTADOS</b> .....	100
5.1. Contexto do estudo: breve-história de Americana .....	101
5.2. O sistema local de saúde .....	107
5.3. Caracterização das Unidades de Saúde selecionadas .....	111
5.4. Breve descrição do perfil dos entrevistados .....	132
5.4.1. Breve descrição do perfil dos técnicos de enfermagem .....	133

5.4.1.1. Exercício Profissional .....	135
5.4.2. Breve descrição do perfil do profissional enfermeiro .....	141
5.4.3. Breve descrição do perfil do profissional médico .....	143
<b>6. GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL .....</b>	<b>146</b>
6.1. A função gerencial do enfermeiro (a) .....	152
<b>7. A ESCOLHA DA PROFISSÃO .....</b>	<b>158</b>
7.1. Escola Técnica Estadual “Comendador Emílio Romi” – Centro Formador local... ..	165
7.2. Entre a atribuição legal e o trabalho real .....	171
7.3. Trabalho coletivo .....	175
7.3.1. Trabalho coletivo entre pares .....	183
7.4. A questão da violência contra trabalhadores da saúde: justificando as agressões ....	189
7.5. A (in) visibilidade funcional .....	199
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>207</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>214</b>
<b>10. ANEXOS .....</b>	<b>224</b>
Anexo I – Parecer Comitê de Ética .....	225
Anexo II – Roteiro/Diário de Campo.....	227
Anexo III – Termo de Consentimento livre e esclarecido .....	229
Anexo IV - Atribuições legais da profissão enfermagem.....	230

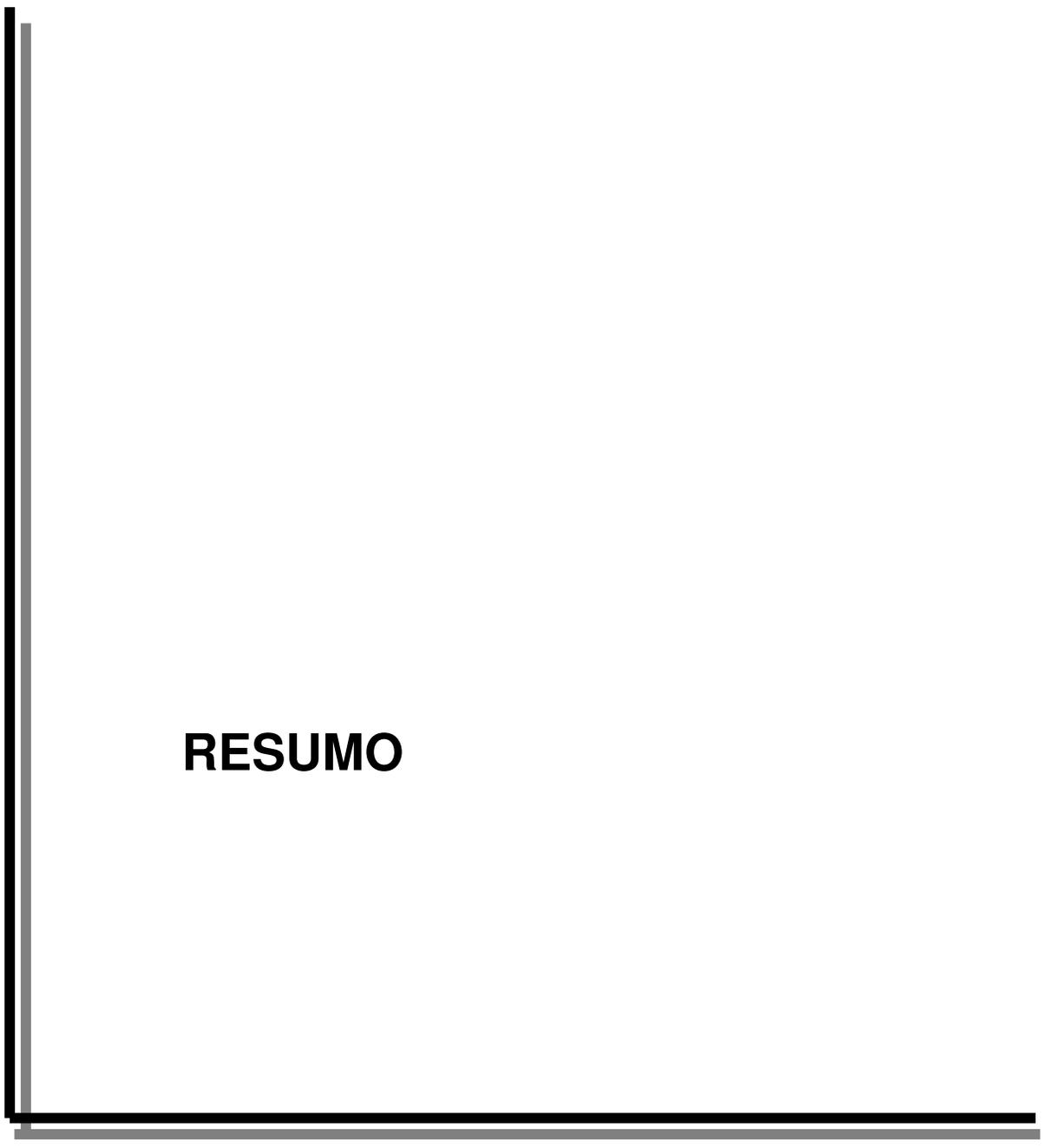
<b>Quadro 1</b> – População do município.....	107
<b>Quadro 2</b> – Caracterização dos profissionais UBS/PA 01 .....	114
<b>Quadro 3</b> – Produção de serviços UBS/PA 01 .....	115
<b>Quadro 4</b> – Caracterização dos profissionais UBS/PA 02 .....	117
<b>Quadro 5</b> – Produção de serviços UBS/PA 02 .....	117
<b>Quadro 6</b> – Caracterização dos profissionais UBS/PA 03 .....	119
<b>Quadro 7</b> – Produção de serviços UBS/PA 03 .....	120
<b>Quadro 8</b> – Caracterização dos profissionais UBS/PA 04 .....	122
<b>Quadro 9</b> – Produção de serviços UBS/PA 04 .....	122
<b>Quadro 10</b> – Caracterização dos profissionais UBS/ 05.....	124
<b>Quadro 11</b> – Produção de serviços UBS/ 05 .....	125
<b>Quadro 12</b> – Caracterização dos profissionais UBS/ 06.....	126
<b>Quadro 13</b> – Produção de serviços UBS/ 06 .....	127
<b>Quadro 14</b> – Caracterização dos profissionais UBS/ 07.....	128
<b>Quadro 15</b> – Produção de serviços UBS/ 07 .....	129
<b>Quadro 16</b> – Caracterização dos profissionais UBS/ 08.....	130
<b>Quadro 17</b> – Produção de serviços UBS/ 08 .....	131

<b>Tabela 01</b> – Faixa etária dos sujeitos da pesquisa .....	135
<b>Tabela 02</b> – Tempo de exercício profissional.....	136
<b>Tabela 03</b> – Tempo de permanência na UBS/PA .....	137
<b>Tabela 04</b> – Faixa etária dos enfermeiros entrevistados.....	142
<b>Tabela 05</b> – Tempo de exercício profissional.....	142
<b>Tabela 06</b> – Tempo de permanência UBS/PA .....	143
<b>Tabela 07</b> – Tipo de vínculo profissional.....	143
<b>Tabela 08</b> – Faixa etária dos Médicos entrevistados .....	144
<b>Tabela 09</b> – Tempo de exercício profissional.....	144
<b>Tabela 10</b> – Tempo de permanência na UBS/PA .....	145
<b>Tabela 11</b> – Tipo de vínculo profissional.....	145

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EMEI	Escola Municipal de Educação Infantil
ENF	Enfermeiros (as)
FUSAME	Fundação de Saúde de Americana
MED	Médicos
PA	Pronto Atendimento
PMA	Prefeitura Municipal de Americana
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Técnico de Enfermagem



# RESUMO

**Título: “Os olhares dos profissionais da saúde sobre o trabalho dos técnicos de enfermagem da Atenção Básica na cidade de Americana/SP”.**

A tese tem como foco uma experiência local que, pela vertente social da profissão enfermagem, visa identificar os olhares dos profissionais da saúde, de nível superior, sobre o trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem da Atenção Básica na cidade de Americana/SP. Busca caracterizar o perfil destes trabalhadores, conhecer o processo de trabalho desenvolvido em oito Unidades Básicas e Pronto Atendimentos do município, bem como analisar sua identidade social e profissional no interior de um coletivo profissional. Utiliza-se de abordagem qualitativa que, por meio de entrevistas semi-estruturadas, enseja compreender a realidade que emerge da percepção, relato e experiência de quinze técnicos de enfermagem. As dinâmicas relacionais e sociais a que estão inseridos são retratadas nos depoimentos de nove enfermeiros que os supervisionam nos diferentes locais e cinco profissionais médicos que integram as equipes de saúde. A observação participante localiza o pesquisador no contexto escolhido e permite entender os sujeitos sociais no interior das equipes, bem como as relações hierárquicas de saber e poder. A pesquisa revela a importância do trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem como construtores do vínculo, do acolhimento, pela escuta e a responsabilidade declarada pelo primeiro contato dos indivíduos, famílias e a comunidade adscrita com os serviços de saúde. Como um dos estratos componentes da profissão enfermagem, propõe-se neste estudo uma reflexão sobre os olhares dos profissionais da saúde, especificamente o enfermeiro e o médico, que conduz à “invisibilidade funcional” induzida pela não valorização e reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem no processo contínuo da atenção e do cuidado. Distingue-se neste estudo local a utilização e apropriação, pelos profissionais de nível superior, das práticas destes trabalhadores objetivando provocar uma reflexão que possibilite a construção de novas relações e a valorização dos técnicos de enfermagem como produtores de ações de saúde no cotidiano.

**Palavras chave:** Sistema Único de Saúde. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública.



# **ABSTRACT**

**Title: "The view of health professionals about the work of nurse assistants in Primary Health Care in the city of Americana / SP"**

This thesis focuses on a local experiment which, through the social aspects of the nursing profession, seeks to identify the views of graduated health professionals, on the work undertaken by staff of the Primary Health Care Nursing in the city of Americana/SP. Its specific objectives are to characterize the profile of these workers, identifying the labor process in eight Basic Units (BU) and Primary Care (PC), and to analyze their social and professional identities within a professional group. It aims to characterise the profile of these workers, get to know the work processes developed in the eight Basic Units of the city as well as analyse their social and professional identity within a professional community. The method makes use of a qualitative approach, using semi-structured interviews, aiming to understand the reality that emerges from the perception, reports and experience of fifteen nursing assistants. The relational and social dynamics where they are inserted are portrayed in the testimonies of nine nurses who supervise them in the various sites and five physicians that integrate health teams. The Participant observation locates the researcher in the chosen context and helps to understand the social subjects within teams as well as the hierarchical relationships of knowledge and power. The research reveals the importance of the work done by technical nurses as builders of bonds, welcoming treatment, by listening and also the responsibility stated by the first contact of individuals, families and the community enrolled in the health service. As a component of the nursing profession, this study proposes a reflection on the perspective of the health professionals, specially the nurse and the physician, which leads to "functional invisibility" induced by the non-recognition and appreciation of the work done by nurse assistants in the continuum process of care and concern. Distinct in this study is the use and appropriation by graduate professionals of the practices of these technical nurses in the local municipality of Americana / SP aiming to generate a reflection that enables the construction of new relationships as well as the upgrading of nurse assistants as producers of health actions.

**Key Words:** Nurse Assistant, Public health system. Nursing. Primary health care. Public health



# APRESENTAÇÃO

Sempre causa estranhamento quando, ao saberem que sou psicóloga, a minha dedicação desde o Mestrado à profissão enfermagem e, especificamente, aos técnicos de enfermagem quando, em 2005, defendi na Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas a dissertação de Mestrado intitulada “Formação e trabalho: aspectos relativos aos técnicos de enfermagem”. Em alguns momentos e circunstâncias vivencio ‘crises de identidade’ ao não me reconhecer como psicóloga que sou e me interessar tanto pela enfermagem, uma profissão da qual não faço parte.

Antes mesmo de concluir a graduação na PUC- Campinas, um curso tradicionalmente voltado para a atuação clínica, comecei a me interessar pela área organizacional, a ‘incomodar’ discentes, docentes e direção para a introdução de novas disciplinas e novas perspectivas de intervenção profissional na já dimensionada grade curricular, nos cinco anos de formação. Parecia um ‘patinho feio’ em relação aos meus colegas de turma, pois a maioria tinha manifesto interesse clínico. Não tinha grupo de trabalho, procurava e fazia estágios por iniciativa própria, freqüentava cursos extra-curriculares de forma solitária e despertava pouco interesse na maioria dos docentes pela minha “outra” opção. Ainda na graduação já havia decidido seguir a área organizacional o que de fato aconteceu durante quinze anos, aproximadamente, trabalhando em empresas de diferentes segmentos como metalúrgico, canavieira e pesquisa, têxtil, principalmente.

Esta opção profissional foi delineada por uma crítica pessoal ao considerar a profissão escolhida como necessária e importante para o bem estar de muitas pessoas, porém elitizada e acessível para poucos com poder aquisitivo para tal. Ao trabalhar em empresas acreditava ser possível contribuir para o bem estar dos trabalhadores, em especial pela atuação na área de Treinamento e Desenvolvimento. Em 1996 deixei as empresas privadas para trabalhar no serviço público, como funcionária concursada, quando percebi estar sendo aprisionada pelo capital em detrimento do ser humano, sua singularidade e respeito.

A atuação no serviço público, no município de Americana/SP foi voltada para a área de Recursos Humanos, foco de interesse e da experiência profissional

adquirida, participando da implantação da área com atividades de treinamento de pessoal em diferentes níveis e áreas, integração e adaptação de novos funcionários, principalmente.

Paralelo a este exercício profissional, em 1997, fui convidada por um colégio privado a ministrar aulas no curso técnico profissionalizante de Segurança do Trabalho e, posteriormente, em 1999, para os cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem. Foi aí que esta vivência em sala de aula despertou um duplo interesse: a busca por maiores conhecimentos teóricos frente às diferentes práticas profissionais e este novo universo de uma profissão feminilizada, coletiva, com um movimento singular e respaldo do Estado para dinamizá-la ao provocar uma melhor formação de seus profissionais componentes.

Junto a todos estes sinais, como psicóloga, me causava estranhamento as fronteiras jurisdicionadas da profissão e, às vezes, a forma fria e distanciada com que as enfermeiras, no caso também docentes, se colocavam em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem por nós formados. Quando “ousava” questionar, a resposta obtida era permeada de maior rigidez: “Isto é ilegal”, “Eles só podem isto”, “Não é atribuição deles”, “Só com supervisão do enfermeiro”. Não conseguia compreender os ditames legais que, na maioria das vezes, eram marcadamente um divisor frio e impessoal em contraponto à atuação profissional eminentemente relacional, vincular e muito próximo de quem deles necessita.

Este estranhamento me trouxe de volta para o setor saúde, a quem minha formação básica está articulada e me conduziu para o interior de um coletivo profissional que sempre constituiu o interesse da minha intervenção profissional.

Esta tese, pautada na vertente social da profissão enfermagem, tem por objetivo provocar uma reflexão que possibilite aos seus componentes considerarem que, além das fronteiras jurisdicionadas, esta profissão nasceu como e por um coletivo de trabalho. Refletir sobre a Lei do Exercício Profissional para tornar-se de fato espaço democrático e construtivo de saberes e práticas que sobreponha a divisão legal no seu interior que distancia quem pensa de quem faz.

## Roteiro da Tese

Este tese analisa os olhares dos profissionais da saúde de nível superior sobre o trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem da Atenção Básica na cidade de Americana/SP. Com o foco na vertente social da profissão enfermagem o interesse recai sobre os técnicos de enfermagem, um dos estratos componentes deste coletivo profissional.

No capítulo I aborda-se a conceituação e fundamentação teórica sobre o Estado e uma das suas políticas públicas sociais de maior alcance e interesse deste estudo que é o setor saúde. Configurado como Estado Social, no cerne de uma sociedade desigual, a formulação da política de saúde em vigor englobou movimentos sociais diversificados, que se expressaram nas Conferências Nacionais de Saúde, como resultado de uma longa história de centralização de poder e o atendimento de variados interesses na sua constituição. O Sistema Único de Saúde (SUS) reveste-se de importância no quadro sanitário brasileiro não somente como estrutura de organização institucional da área, mas especialmente pela mudança nas formas de pensar, conceber e realizar a assistência à saúde no país. A descentralização se efetivou por meio da Atenção Básica à Saúde operacionalizado e gerido pelos municípios como uma efetivação da capilaridade necessária para dar concretude ao direito constitucional.

O capítulo II configura a profissão enfermagem em sua trajetória articulada aos diferentes movimentos sociais, do setor saúde e, em particular, a interlocução com a Educação e os ideais da Reforma Sanitária, enquanto definidores na qualificação formal dos trabalhadores. Buscou-se investir na qualidade dos processos formativos, na busca de reconhecimento social e econômico para a profissão, bem como atender à demanda concreta do setor saúde em expansão e transformação.

O nível técnico de enfermagem é resultante de um debate ocorrido em 1966, na cidade de Curitiba-PR, como mais um componente da profissão enfermagem. A regulamentação para o efetivo exercício profissional ocorreu por intermédio da Lei

7498 de 1986, vinte anos decorridos entre a formação e a legalização de sua atuação profissional.

Conhecida como Lei do Exercício Profissional, jurisdiciona três categorias integralizadoras da profissão, a saber: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, além do dimensionamento das responsabilidades e atribuições profissionais, antecipando ao ordenamento jurídico do SUS. Estabelece também a divisão social e técnica do trabalho no interior da profissão enfermagem distinguindo à maior especialidade o pensar, planejar e direcionar e, aos estratos componentes, a execução manual do trabalho em enfermagem.

Nos capítulos III e IV destaca-se o objetivo geral deste estudo e a metodologia utilizada para melhor compreensão e entendimento sobre o olhar dos profissionais da saúde, de nível superior, sobre o trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem da Atenção Básica na cidade de Americana/SP. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e a escolha desta abordagem se deve ao fato de permitir uma aproximação com a realidade, em contato com motivações, enfrentamentos, aspirações, valores e atitudes dos sujeitos sociais.

Utilizando-se de entrevistas semi-estruturadas, a pesquisa de campo teve a participação de quinze técnicos de enfermagem, nove enfermeiras e cinco profissionais médicos. Os sujeitos deste estudo atuam em oito Unidades Básicas sendo quatro, entre elas, com atuação de Pronto Atendimento e distribuídas entre as vinte e três Unidades de Saúde pertencentes ao município de Americana/SP, local deste estudo.

A breve descrição dos referidos locais escolhidos para este estudo contribuiu para a contextualização do trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem, permitindo a compreensão das relações de poder institucionalizadas, as dimensões sóciohistóricas que permeiam o gerenciamento da enfermagem no processo global da conformação da rede do cuidado.

No capítulo V busca-se alcançar o terceiro e quarto objetivos específicos ao analisar a identidade social e profissional dos técnicos de enfermagem, bem como identificar os olhares dos profissionais de nível superior da saúde sobre o trabalho desenvolvido pelos sujeitos da pesquisa nos diferentes locais. Destaca-se a trajetória

peçoal em direção à escolha da profissão que traz consigo as singularidades vivenciadas no interior de uma família, na escolarização e nos espaços de socialização, organização e assimilação de saberes e valores importantes à integração na sociedade.

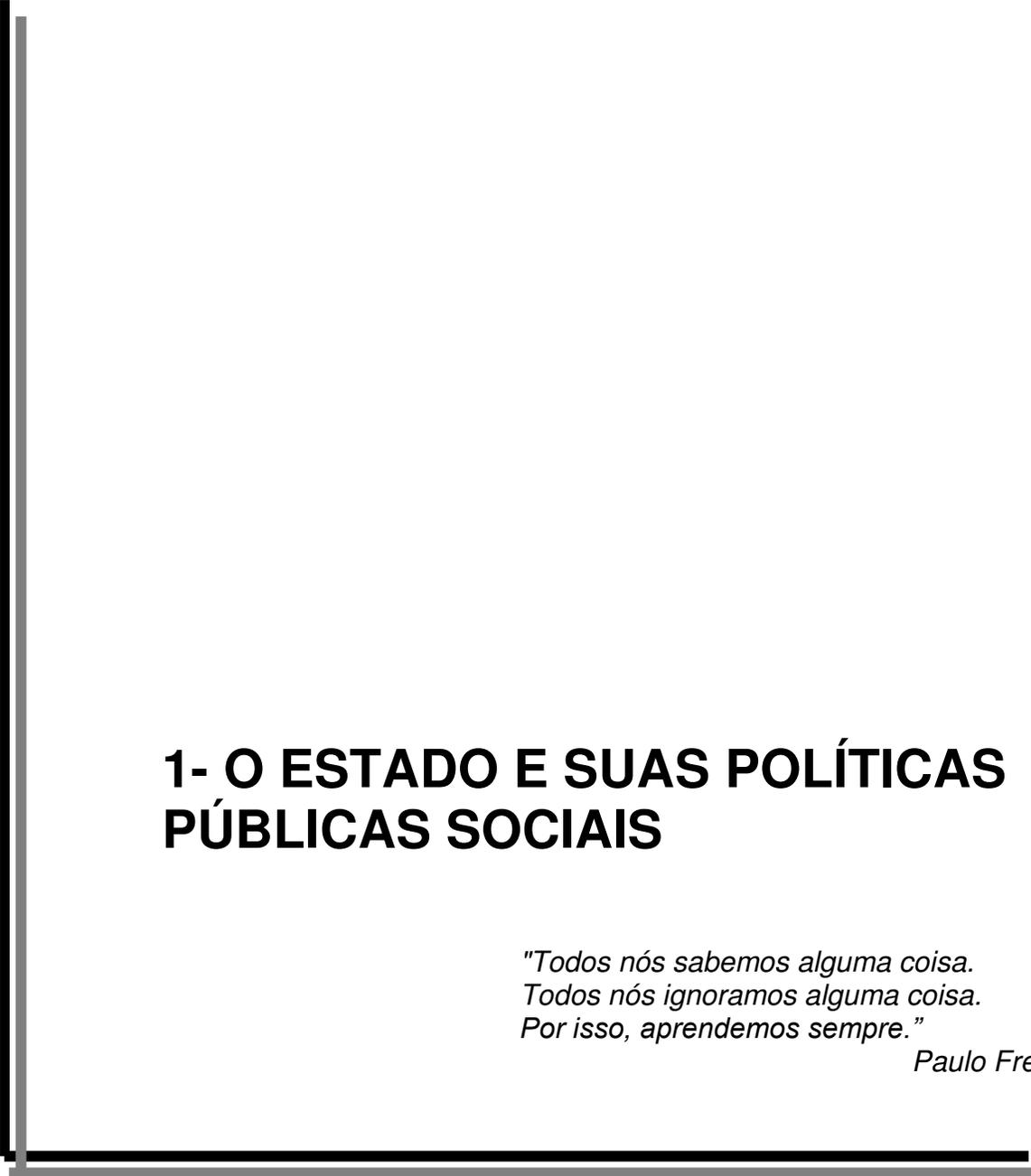
O trabalho é desenvolvido em um contexto social onde se articulam, ao mesmo tempo, competências e relações de convivência nos diferentes espaços organizacionais. É uma relação que comporta sentimentos de identificação, sustentados pela presença do outro, pela utilidade do seu fazer e cooperação entre os pares.

Considera-se o trabalho em equipe como anteparo para minimizar a rotina de trabalho com pouca valorização e distinção, no interior de uma profissão coletiva sim, mas a maior especialidade se apropria das práticas para fortalecer outras relações de poder, para dirimir suas “ausências” do local de trabalho. O outro saber dominante se utiliza deste para diminuir filas, abreviar o tempo da relação profissional-paciente, entre outros.

Observa-se que, pelo relato dos sujeitos deste estudo, no cotidiano das instituições selecionadas, as enfermeiras ainda adotam postura centralizadora e detentora de saber, o que tem dificultado a valorização e reconhecimento dos trabalhadores componentes da profissão.

Tais constatações levam a distinguir aqui uma “invisibilidade funcional” que dá concretude ao trabalho da enfermagem, mas não autoria aos sujeitos sociais pertencentes a este coletivo. Persiste um divisor de águas entre quem pensa e quem executa como se fosse possível fazer sem pensar.

Ao compreender a palavra coletivo como sinônimo de interação entre elementos, pretende-se estimular o debate para a constituição de um espaço democrático e a reflexão para que se legitime como tal no cotidiano e no interior de suas práticas, efetivando a integralidade a todos e para todos e, não mantendo uma “invisibilidade funcional” vista e não revista e valorizada.



# 1- O ESTADO E SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS

*"Todos nós sabemos alguma coisa.  
Todos nós ignoramos alguma coisa.  
Por isso, aprendemos sempre."*

*Paulo Freire*

Toda política pública é desenvolvida pelo Estado que a conforma como efetivação do seu papel primordial de prover o progresso e a segurança de seus governados. Esta é também resultante de pactos sociais amplamente debatidos por atores, instituições e movimentos que engendraram estratégias para a sua implementação, pois:

Assim sendo, é na dimensão política de nossas sociedades que se verificam os processos de tomada de decisões e imposição para a sociedade pelo poder do Estado de determinadas diretrizes de ação e de organização setorial sobre outra (Cohn, 2008, p.221).

O Estado é apresentado e reconhecido como uma instituição social capaz de reduzir e/ou atenuar conflitos, ao mesmo tempo em que, tem socialmente legitimada a sua capacidade de intervenção e controle do processo decisório articulado e organizado em três poderes: Legislativo, Executivo e Judiciário.

O núcleo organizativo do Estado Moderno caracteriza-se, entre outros aspectos, pelo suporte de um central e contínuo sistema tributário, um comando militar único, monopólio do uso da violência e uma administração burocrática (Weber, 1971).

Para a existência de um Estado Moderno, conforme Weber faz-se necessário: i) uma administração e uma ordem jurídica, na qual as alterações se dão por normas e regras; ii) uma administração militar, na qual seus serviços realizam-se em concordância com rigorosos direitos e deveres; iii) , monopólio de poder sobre todas as pessoas, tanto sobre as que nasceram na comunidade quanto àquelas que estão nos domínios do território de pertencimento; iv) legitimação da aplicação do poder nos limites do território em concordância com a ordem jurídica (Weber, 1971). Este arcabouço legal e jurisdicionado é também identificado como o Estado racional pautado em um direito formal e em uma burocracia profissional que, para Weber, irá se assentar no desenvolvimento do capitalismo moderno.

Para o autor, o Estado, sociologicamente, só se deixa definir pelo meio específico que lhe é peculiar, que o caracteriza como tal e pela proteção ao seu domínio utilizando-se da “violência” ou da coação física para a obtenção de seus intentos.

Em outras palavras, o Estado define-se como a estrutura ou agrupamento político que reivindica, com êxito, o monopólio do constrangimento físico legítimo. A este caráter específico do Estado acrescentam-se outros traços onde de um lado comporta uma racionalização do Direito com as conseqüentes especializações dos poderes legislativo e judiciário; bem como a instituição de uma política encarregada de proteger a segurança dos indivíduos e assegurar a ordem pública.

De outro lado, apóia-se em uma administração racional baseada em regulamentos específicos que lhe permitem intervir nos domínios os mais diversos, desde a educação até a saúde, a economia e a cultura, entre outros. Enfim, dispõe de uma força militar e coerção permanente, pois:

Se não existissem instituições sociais que conhecessem o uso da violência, então o conceito de 'Estado' seria eliminado e surgiria uma situação que poderíamos designar como 'anarquia', no sentido específico da palavra. É claro que a força não é, certamente, o meio normal nem o único do Estado - ninguém o afirma - mas um meio específico ao Estado (Weber, 1971, p.98).

O Estado Moderno se fundamenta em uma administração burocrática e uma ordem jurídica, diferenciando-se de outras formas estatais como as de base patriarcal e ditatorial.

Sob estas bases o Estado Moderno conforma-se como um Estado de direitos que se concentra nas suas funções essenciais de guardião da ordem pública e da garantia de direitos e bens dos indivíduos, onde:

Seu mandato vão do exercício da justiça e da manutenção da ordem, através de operações de polícia, à defesa da ordem social fundada na propriedade, se necessário mobilizando, em caso de força maior, meios militares ou paramilitares (Sennet, 2005, p.20).

Este papel de normalizador e a aplicação absoluta das formas legais do Estado não se mostrou suficiente frente às transformações ocorridas nas diferentes sociedade com a urbanização, a expansão do comércio, o pertencimento a grupos

profissionais como guildas e corporações, principalmente, mas também face à exposição às guerras e aos riscos de penúria, fome, epidemias, entre outros.

Apesar do Estado de direito procurar garantir o exercício das liberdades fundamentais, procurar fazer justiça e zelar pelo desenrolar pacífico da vida em sociedade, este não consegue controlar as diversidades, possibilidades individuais e/ou coletivas de se harmonizarem em objetivos comuns, a interlocução dos desejos, sentimentos ou condição igualitária de sobrevivência.

A edificação do Estado Moderno passa a se abalar, no século XVIII, principalmente com o pauperismo. A miséria que assola uma parte da população desprovida de bens e/ou propriedade para proteção ou garantias frente às suas necessidades, pois “tal é a face sombria do Estado de direito que ele deixa ‘ao Deus dará’ a condição daqueles que não têm meios de assegurar sua existência pela propriedade (Castel, 2005, p.31).

O comércio e a indústria são vistos e desenvolvidos em algumas áreas do continente europeu dando o princípio do modo de organização econômica que tenderá a se estabelecer em um futuro breve. Vislumbra-se a conformação de um proletariado nascente no interior das manufaturas, fiações, fábricas, minas, forjas, entre outros, em meio a condições inseguras e indefinidas, pois:

Tentar reconstruir o que podia ser a condição de assalariado neste tipo de sociedade é, pois, referir-se a um conjunto de situações que têm em comum uma certa indignidade. Ser assalariado não conota somente a miséria material, situações de pobreza ou próximas da pobreza, mas também, estados de dependência que implicam uma espécie de subcidadania ou infracidadania [...] (Castel, 1998, p.204).

As conseqüências deste impasse sobre as condições sociais dos “não proprietários” foram significativas configurando a perpetuação de um estado de insegurança social. Esta situação afetava uma parcela significativa das categorias populares e que, não somente alimentava o estado de pobreza, como também deliberava o princípio da desmoralização, da dissolução dos laços sociais, dos poucos vínculos existentes, valores e sociabilidade.

Estar em uma situação prolongada de insegurança é não poder controlar o presente e nem antever prontamente o futuro, sentindo-se só e “à deriva” de seus próprios recursos e/ou capacidades, quando estes ainda existem.

A coexistência com o outro inerente à proteção do indivíduo desde o seu nascimento acompanha, em importância, toda a sua existência como pessoa, o molda e o institui como um ser social e sociável. Esta é a dimensão consubstancial para a formação de um dado viver em sociedade, considerando que “uma sociedade é um conjunto de serviços que seus membros prestam uns aos outros” (Castel, 1998, p. 358).

Para a continuidade e preservação desta sociedade civil faz-se necessário normas, regras e condutas que devem estar concentradas em alguma “estrutura de referência” que tenha legitimação e poder para harmonizar, a priori, interesses, desejos e necessidades dos indivíduos.

O Estado, esta “estrutura de referência” se modifica frente aos diferentes momentos históricos pela busca e manutenção da paz social procurando dotar-se de novas funções que lhe permite controlar e arrefecer o antagonismo instalado entre dominantes e dominados que, além de destruidor é também uma condição insegura para muitos. Configura-se o Estado Social frente a situações de risco e fragilidades:

O Estado Social poder-se ia dizer começa a sua carreira quando os notáveis deixam de dominar sem restrições e quando o povo fracassa ao tentar resolver a questão social por conta própria. Abre-se um espaço de mediações que dá um novo sentido ao ‘social’: não mais dissolver os conflitos de interesse pelo gerenciamento moral nem subverter a sociedade pela violência revolucionária, mas negociar compromissos entre posições diferentes, superar o moralismo dos filantropos e evitar o socialismo dos ‘distributivistas’ (Castel, 1998, p.345).

O Estado Social é moldado no ápice do antagonismo de classes e poder entre os burgueses nascentes e “detentores dos meios de produção” e trabalhadores “possuidores apenas da força de trabalho” com o objetivo precípua de engendrar direitos, entre eles, o direito ao trabalho.

Seu papel é redefinido na gênese da contradição que se exprime pela segurança como um direito, porém este pode ser cumprido sem mobilizar meios reconhecidos como atentados a este tão caro à sociedade vigente.

Ser protegido, em ambas as esferas do Estado, significa estar ao abrigo dos imprevistos que ameaçam degradar e/ou contrapor o estatuto social dos indivíduos expresso e legitimado na conquista de seus direitos.

O sentimento de insegurança é a consciência de estar à mercê de diferentes eventualidades como desemprego, doença, acidente, aposentadoria, incapacidade para “ganhar a vida” enquanto membro de uma sociedade fundamentada na “pertença social”.

Apesar de cercados por diferentes sistemas de segurança desde complexas construções às mais frágeis e simples a insegurança encontra-se presente no risco, nas falhas em seus propósitos e na imprevisibilidade dos fatos o que nos leva a viver e conviver com a sua sombra projetada no universo social que, em contrapartida, procura efetivar e se organizar em torno da busca incessante de proteções, de segurança.

Isto nos leva a permanecer em estados alternados de insegurança, onde ora é estabelecida a vulnerabilidade, ora a valorização do indivíduo desencadeando assim uma situação há muito vivenciada, em diferentes momentos históricos, pelo aparecimento de novos riscos e novas formas de sensibilidade e/ou fragilidade frente aos mesmo que:

Em outras palavras, hoje ser protegido é também ser ameaçado. O desafio a superar seria, portanto, compreender melhor a configuração específica dessas relações ambíguas: proteção-insegurança ou segurança-riscos, na sociedade contemporânea (Castel, 2005, p.9).

O livre acesso ao trabalho e a instituição de um livre mercado do trabalho marcam o advento de um mundo social racional que vai se edificando e permeando como uma nova ordem social arbitrária, frente à antiga sociedade feudal.

Fundamentado no direito à subsistência, a sociedade visa a manutenção do equilíbrio social e o faz sustentado pelo direito ao trabalho regulamentado pelo “contrato” entre o detentor dos “meios de produção” e “a força de trabalho”, Ao Estado impõem-se novas estratégias para que este possa garantir uma concepção de seguridade para o conjunto da sociedade, cujas proteções possam depender menos da propriedade do que do trabalho.

O Estado assume a prerrogativa de regular e garantir formas de proteção tanto para os detentores da produção quanto aos detentores da força de trabalho, pois “o que a história social elaborou de inédito depois do século XIX é a desconexão, pelo menos parcial, da seguridade e da propriedade, e o sutil acoplamento da seguridade e do trabalho”(Castel, 1998, p.280).

O Estado social surge no cerne de uma sociedade desigual, mas que busca um equilíbrio entre forças antagônicas e interesses conflituosos, e que em vista disto, procura garantir a inserção de proteções sociais frente aos riscos, imprevistos, doenças, lacunas de solidariedade e vínculos de proximidade.

Reconhece, após mudanças e transformações, que o assalariamento não pode ser reduzido à simples remuneração, que as pessoas buscam e necessitam de proteção que vão além da “mercantilização” de bens e propriedades e que a gama de recursos que os indivíduos possuem para enfrentar e dominar suas turbulências pessoais, não é infinita.

A ação do Estado é configurada pela implementação de projetos, de programas, de intervenções voltadas para setores específicos da sociedade que se fazem conhecidas como políticas de governo.

As políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social elaborado pelo Estado, voltadas, a principio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico.

São formas de interferência do Estado com o propósito de manutenção das relações sociais de determinada sociedade. Assumem formações diferentes em diferentes territórios e concepções de Estado, no interior de um projeto político:

Cabe ao Estado, *locus* por excelência do exercício do poder, gerir a sociedade de forma que preserve a segurança dos cidadãos, portanto a ordem, bem como as condições para que a sociedade se reproduza e se desenvolva de forma que sempre responda da maneira mais adequada possível ao bem geral e ao interesse público (Cohn, 2008, p.222).

O século XX foi marcado pela emergência de políticas estatais que conformaram diferentes modelos de sistemas de proteção social conhecidos como

Estados de Bem Estar Social - “Welfare States” - em diferentes sociedades. Identifica-se como universal redistributivista o modelo em que o Estado configura como o principal e/ou exclusivo “provedor e produtor dos serviços sociais” prevalecendo na Suécia, Dinamarca e Inglaterra, principalmente, onde se estabelece uma redistribuição igualitária independente das condições socioeconômicas de seus cidadãos.

O segundo modelo denominado meritocrático-corporativista, que é o caso do Brasil, onde a extensão dos direitos e do acesso aos serviços sociais, dá-se pela situação dos indivíduos no mercado de trabalho, provocando uma segmentação e diferenciação nas condições de acesso aos serviços sociais básicos, como por exemplo, saúde e educação.

O terceiro modelo, típico dos Estados Unidos da América, denominado residual, cujo acesso é garantido pela contribuição direta às instituições privadas do mercado. O Estado se ocupa apenas dos segmentos sociais mais desfavorecidos, mediante comprovação de sua condição de carente.

Por diferentes modelos e formas de articulações sociais, o Estado é o ponto comum na regulação da redistribuição seja ela efetivada de forma direta ou indireta voltados para o bem comum. Os distintos modelos nem sempre se operacionalizam de forma “pura”, pois as diferentes combinações e misturas são resultantes das relações entre as funções do Estado, da sociedade e do mercado (Cohn, 2008).

Mais do que oferecer “serviços” sociais – entre eles a saúde – as ações públicas, articuladas com os movimentos e participações sociais, devem se voltar para a construção de direitos sociais em um constante processo de redefinição, manutenção e defesa.

As políticas sociais como a saúde, no caso brasileiro, surge e se fortalece pelo embate de forças representativas da sociedade no fortalecimento de um direito que compense, de certo modo, as desigualdades sociais geradas e cristalizadas pelo processo de acumulação capitalista, isto é, pelos desmandos do mercado.

Ao conseguir enfrentar e regular os conflitos sociais entre interesses divergentes o Estado compromete-se, pela intermediação das políticas sociais, a promover a justiça social onde “[...] é por meio delas que o Estado lança mão dos

instrumentos, que são seu monopólio para redistribuir, segundo critérios e parâmetros negociados socialmente, as riquezas da sociedade [...]” (Cohn, 2008, p.230).

As riquezas de uma dada sociedade não necessariamente são delineadas em seu aspecto material, pois existem valores e bens que ultrapassam a linha da materialidade para se configurarem em aspirações e necessidades.

A saúde, como um bem individual e coletivo conceituado como “uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valores, instaurador de normas vitais” (Canguilhem *apud* Campos, 2006, p. 49).

## **1.1 - A organização do atual sistema de saúde brasileiro**

Nos anos 1980, o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil que, vinha se fortalecendo desde a década de 1970, imprime uma compreensão ampliada do processo saúde/doença para além da relação médico – paciente buscando compreendê-lo em sua articulação com as condições de vida, trabalho, lazer, moradia, entre outros, pois “por um lado, o processo saúde-doença do grupo se adquire historicamente, porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo, não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social” (Laurell, p. 152, 1982).

Tal movimento se conforma em resposta a pouca coordenação existente entre os serviços de saúde oferecidos pelos municípios e o estado tanto no que se refere ao planejamento quanto à gestão da rede então denominada saúde pública.

A assistência à saúde tinha, neste referido período, uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias e, por ser um sistema contributivo, gerava, em termos de acesso aos serviços de saúde uma divisão da população brasileira. Esta se dividia entre os que podiam pagar e os considerados “indigentes”, incapazes de contribuir para a obtenção necessária dos serviços de saúde.

Tal divisão e segmentação fazia jus ao que comumente referenciava como “benefício para quem tem ofício”, aludindo-se aos que tinham suporte previdenciário, via

registro profissional, e os que contavam apenas com a caridade das Santas Casas de Saúde, em determinados municípios.

Esta lógica de estruturação e financiamento das atividades de atenção e assistência à saúde, além de enaltecer as discriminações dela decorrentes, determinava uma lógica de divisão de poderes entre esferas, instituições e suas decorrentes competências dos diversos órgãos públicos envolvidos com a questão da saúde:

No campo da saúde isso significou a possibilidade de superação da oferta estratificada de serviços, que diferenciava os indivíduos em indigentes e segurados da Previdência Social, e trouxe a oportunidade de reduzir a diferença de atendimento aos moradores do campo e da cidade, e entre as diferentes regiões do país (Vasconcelos e Pasche, 2008, p.533).

Tanto no Brasil quanto na América Latina ocorre um amplo questionamento sobre esta questão que fragmentava a sociedade, bem como o paradigma dominante da doença enquanto fenômeno biológico individual em meio à conformação de uma crescente crise política e social.

Espraia-se uma nova etapa de lutas e embates sociais, com diferentes manifestações em diferentes países, onde a instituída clínica médica parece não oferecer melhorias para as necessidades da classe trabalhadora, principalmente. (Laurell, 1982).

O conceito saúde-doença, em vigor, estava voltado para os cuidados individualizados e curativos, configurando-se no modelo de saúde centrado no profissional médico com acesso livre apenas para o governo, empresas e empregados formalmente vinculados:

O modelo hospitalocêntrico com suas práticas médico-centradas e curativas, sustentado pelo paradigma da biomedicina segue hegemônico. Do ponto de vista da organização, o sistema de saúde caracteriza-se por baixa eficácia, predomínio de interesses privatistas e pela existência de mecanismos gerenciais e financeiros que dificultam a racionalização do sistema (Nunes, p. 97, 2006)

A vinculação dos diferentes segmentos, as contribuições de empregados e empregadores passaram a constituir um volume significativo de aporte financeiro para o Ministério da Saúde, o que proporcionou investimentos em ações assistenciais financiadas pela Previdência Social aos seus segurados.

No final da década de 1970 e início da década de 1980 o crescimento da economia diminuiu, a oferta de empregos decresce bem como o total de contribuições à Previdência Social. A saúde começa a manifestar indícios do revés econômico, pois:

Ocorre um aumento da miséria que pode ser constatado com o incremento da mortalidade infantil no estado mais rico da federação, São Paulo, da ordem de 10%; 30% dos municípios da federação não tinham abastecimento de água e o Brasil com o nono PNB do mundo, mas em desnutrição perde apenas para Índia, Indonésia, Bangladesh, Paquistão e Filipinas (Nunes, 2008, p.23)

Frente à necessidade de racionalizar os gastos da Previdência Social e controlar o uso efetivo dos recursos financeiros aplicados na saúde, entre 1982 e 1986, principalmente, surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS) que se tornaria uma estratégia de mudança do sistema de saúde vigente (Fagnani, 1997).

Estas consistiam em recursos financeiros transferidos, via convênio, para governadores estaduais e prefeitos de alguns municípios para que fossem aplicados em benefício do cidadão seja ele contribuinte ou não do sistema previdenciário. Começava, assim, a construção do direito à saúde onde ninguém mais precisava apresentar comprovante, “carteira assinada” ou qualquer outro vínculo de contribuição para ter acesso à assistência médica.

A implementação desta estratégia alcança quase 70% da população brasileira o que significou, neste período, a expansão do direito à saúde para muitos brasileiros e a participação mais efetiva dos estados e municípios em um espaço antes restrito à esfera federal, prenunciando o princípio da descentralização.

Outro movimento significativo foi de organizações não-governamentais (ONG), grupos ligados a segmentos sociais mais excluídos de atenção e marginalizados pelo progresso econômico-financeiro que se movimentaram, se

associaram com vistas a enaltecer e valorizar a saúde como um bem maior acessível a todos, sem distinção.

Tal propósito foi ganhando corpo e sendo defendido em diferentes núcleos intelectuais, acadêmicos, estudiosos do setor saúde, políticos de vertentes ideológicas diversas, profissionais da saúde, em especial, médicos sanitaristas, religiosos e comunidades representativas de maior ou menor porte.

Desta agregação social ampla e diversificada é que se consolidou movimentos e movimentações que possibilitaram uma ruptura radical, no âmbito da sociedade brasileira na luta pela saúde como um bem comum, determinando, na Constituição de 1988, a institucionalização da saúde. Esta foi construída para além do valor como um Direito, ou melhor, um Direito Social sustentado e edificado por mudanças significativas no interior de um Estado democrático de Direito que respeita e fomenta a liberdade de participação e expressão de seus governados.

Este contexto propicia o crescimento, no interior das academias, da produção teórica na saúde que enfatiza a determinação dos condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos no “modo de viver a vida” dos indivíduos; busca questionar e superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, a compartimentalização do saber e a repercussão na formação dos profissionais da saúde, principalmente.

A Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO - tem sua origem ligada à pós-graduação frente à necessidade da articulação de um processo formal de capacitação capaz de contribuir, de forma criativa, para a complexidade do momento embrionário da Reforma Sanitária.

Resultante dos meios acadêmicos e intelectuais, na vigência da ditadura militar, dá-se o estabelecimento formal da pós-graduação senso estrito no país. Com vistas a atuar além do ensino e da pesquisa, cujos programas se envolvem na gestão, na gerência e nas ações concretas dos diversos níveis de complexidade do SUS.

Configura-se um campo político, teórico, metodológico e conceitual, essencialmente multidisciplinar e com forte influência das ciências humanas e sociais, onde a realidade do sistema de saúde caracteriza o principal foco para as atividades da ABRASCO nos quase cinquenta programas distribuídos por todo o país. Esta Associação desempenhou papel de destaque na articulação de assuntos referentes ao

ensino, mas também com participação efetiva na definição e implementação de política de recursos humanos em saúde coletiva. Criada por docentes, pesquisadores e pessoal dos serviços de saúde “assume uma posição política e técnica, ou seja, a necessidade de reformulação do setor saúde e a concepção da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado” (Nunes, 2008, p.27).

A importância desta Associação supera a idéia reducionista da criação de uma associação de intelectuais voltada apenas para reformas na área do ensino, o fomento de pesquisas, cooperação entre instituições, apoio financeiro e técnico, valorização, qualificação do ensino e corpo docente, promoção e disseminação dos conhecimentos da saúde coletiva. A associação dos diferentes cursos de pós-graduação enseja não apenas o ensino, mas também a análise das condições de saúde da população ressaltando o coletivo, a necessidade de reformulação do setor saúde, um movimento que se contrapõe ao estabelecido (Nunes, 2008).

Tal movimento, ao pensar a saúde como política pública forneceu os fundamentos sobre os quais se erigiu a reforma sanitária brasileira dos anos 1980 e 1990. Esta foi sendo construída enaltecendo o funcionamento em rede, a organização de serviços e equipes com base na regionalização e territorialização, a integração sanitária entre a clínica e a saúde pública e a hierarquização dos serviços em graus diferenciados de complexidade em face das diferentes necessidades e particularidades. (Campos, 2006).

A Reforma Sanitária com vistas, principalmente, ao reordenamento e reconfiguração das políticas de saúde vigentes objetivava a defesa do sistema público de saúde e das formas democráticas de gestão.

Buscou-se um conceito mais ampliado de saúde que ia além do referencial estritamente biológico:

Saúde é um tema complexo, produto da história da cultura, da religião, da organização social e econômica, das condições de vida e trabalho, da subjetividade, dos valores, dos desejos e das relações afetivas das pessoas e dos grupos de que elas são parte (Akerman, Feuerwerker, 2008, p.172).

A igualdade essencial entre os brasileiros não repercutia o suficiente para concretizar um forte sentimento de solidariedade e justiça social capaz de impedir as diferenciações, as iniquidades e as persistentes desigualdades do acesso às ações e serviços assistenciais à saúde de todos e para todos.

O setor saúde, neste referido momento, configurava-se pela combinação articulada de todos os campos de força gerados pelas suas interfaces, porque cada problema em discussão na sociedade mobiliza a ação de determinados sujeitos envolvidos e aí interessados. Por ser um espaço social, este se redefine permanentemente, no âmbito conjuntural e histórico, caracterizando-se como um espaço de disputa cotidiana de poder local e enfrentamentos de maior monta em que os conflitos refletem o poder social geral.

Esta situação repercutia junto aos acadêmicos e profissionais da saúde provocando debates e críticas construtivas e construtoras de novas práticas, de novos objetos de estudos fundamentados nas relações entre o biológico e o psicossocial:

Na construção da medicina social, a fase que se estende de 1974 a 1979, compreende um momento importante na construção teórico-conceitual, com pesquisas sociais, epidemiológicas sobre os determinantes econômicos da doença e do sistema de saúde, associada à discussão de propostas alternativas ao sistema de saúde vigente (Nunes, 2008, p.25).

Sustentado por uma base de conhecimento plural e movimentos sócio-profissionais de ampla abrangência, surge, em paralelo, em algumas academias, o conceito saúde coletiva em contraponto à saúde pública que segmentava e fragmentava a assistência à saúde. Este configura um novo campo de produção de saber sob uma denominação exclusiva no Brasil, no final da década de 1970, reconfigurando o novo movimento social e cultural que se delineava.

Referenciado por intelectuais e fundamentado por um conjunto de disciplinas básicas como epidemiologia, ciências sociais, planejamento e administração em saúde transbordam as fronteiras estabelecidas, inicialmente, para contemplarem também conhecimentos da genética, estatística, entre outras. Tal corpo teórico alicerçava a reflexão sobre o sistema de saúde vigente, as ações de prevenção e controle de

doenças focadas apenas no biológico sem a incorporação do social e do ambiente (Nunes, 2008).

Configurou-se como forma de abordar as relações entre diferentes conhecimentos, práticas e direitos inerentes aos estilos, subjetividades, características locais e culturais que configuram o viver entre o limiar tênue da saúde e da doença que:

Em realidade, a partir do momento em que se foram firmando as formas de tratar o coletivo, o social e o público caminhou-se para entender a saúde coletiva como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos (Nunes, 2008, p.27).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília em 1986, constituiu-se no espaço propício ao ordenamento dos anseios manifestos por movimentos representativos da sociedade brasileira cujo conteúdo legitimava, na pauta das discussões, os postulados de igualdade, cidadania, solidariedade e justiça social, entre outros, o que:

Representou um marco na implantação do modelo de saúde proposto na Reforma Sanitária Brasileira, que defendia os princípios da universalidade, equidade das ações estabelecidas em elevados padrões técnico-científicos, descentralização e integralidade do atendimento além do estímulo à participação popular (Germano, 2003, p.21).

Produzida e construída neste debate, a Constituição estabelece as regras básicas do estado Democrático, o qual destina-se a “assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, a igualdade e a justiça...” e define regras e instituições para a sua garantia.

Após a histórica Conferência, criou-se a Comissão Nacional da Reforma Sanitária composta por representantes dos segmentos públicos, privados, sociais e partidários envolvidos com a Saúde. Reconhecida por portaria interministerial, esta debateu a formulação da proposta do que viria a ser a conformação legal do Sistema Único de Saúde (SUS) e que se transformou na base de discussão e posterior aprovação na Assembléia Nacional.

Tal movimento conseguiu superar obstáculos e vencer as dificuldades fundamentadas na rearticulação da sociedade civil cuja dinâmica legitimou uma Reforma que contemplava um misto de idéia, proposta, projeto, movimento e processo por uma saúde igualitária e universal.

O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde (Vasconcelos e Pasche, 2008, p.532).

Cabe destacar a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde como representativas de uma das mais significativas experiências concretas em grande escala, gestada no e com a participação do Estado brasileiro ingressando assim na direção e efetivação do reconhecimento do direito de cidadania.

A Constituição de 1988 reconhece, por intermédio do Artigo 198, que a saúde é um direito de todos e que deve ser garantida pelo Estado. Para sua operacionalização, este deve promover não só políticas econômicas e sociais que reduzam os riscos à saúde, como também deve prover meios que assegurem o acesso universal e igualitário a todos os serviços de saúde que se façam necessários a cada um de seus cidadãos.

A aprovação no período de 1989 a 1990 da Lei 8080 – a Lei Orgânica da Saúde – que detalha a organização e o funcionamento do sistema. O ordenamento jurídico dispõe sobre as condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde bem como aos papéis atribuídos às três instâncias de poder - União, estados e municípios – como uma conquista também resultante de pressões e articulações políticas.

A Lei 8142, de dezembro de 1990, vem complementar o ideário embrionário da conformação do Sistema Único de Saúde regulando a participação da comunidade. Esta, tão cara aos movimentos sociais de base, legitima-se como detentora do controle social, da participação notória em um espaço jurisdicionado para a sociedade civil, onde “os fundamentos legais do SUS estão explicitados no texto da Constituição Federal, de

1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios que incorporaram e detalharam os princípios da Lei Magna do País”(Vasconcelos e Pasche, 2008, p.533).

Este período de 1987-1990 caracteriza-se como estruturação político-institucional legitimando a ‘consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes do projeto de reforma social’ (Nunes, 2008, p.25).

Para além do movimento pela saúde, o país vivencia alterações sócio-políticas determinantes frente aos novos rumos e mudanças que se conformam com a presidência de Fernando Collor de Mello. Condicionada por fatores mais gerais, a estratégia governamental para a política social é marcada, predominantemente, pela implementação da contra-reforma de cunho neoliberal que se contrapunha aos avanços conquistados por um Estado com preceitos inerentes de bem estar social.

Destaca-se ainda, no referido período, a formulação de propostas de revisão constitucional para setores sociais específicos, especialmente para a seguridade social. O desenho de uma nova agenda aponta para o distanciamento de concepções universalistas e equânimes de direitos sociais próprios da cidadania conquistada acentuando-se a seletividade, dirigida aos grupos mais carentes, como em um evidente retrocesso:

Esse golpe inscreve-se em uma série de desvirtuamentos sofridos pelo SUS desde a promulgação da Carta de 1988. No governo Collor, destaca-se o veto presidencial a 25 itens da Lei Orgânica da Saúde (LOS) aprovada pelo Congresso Nacional, a maior parte concentrada nos dispositivos sobre o financiamento do SUS, atingindo sua ‘espinha dorsal’ (Fagnani, 1997, p.227).

Entre os vetos em detrimento absoluto para a implantação do SUS cabe destacar os artigos referentes à regulamentação da participação e controle social (Conselhos e Conferências). Também a regulamentação do financiamento do Sistema Único de Saúde atingindo, principalmente, a transferência direta e automática de recursos a estados e municípios, eliminação de convênios e definição dos critérios de repasse.

A subtração da sua base financeira comprometeu estruturalmente o universal sistema de saúde, alvo privilegiado do ataque neoliberal provocando uma crise, em seu nascedouro, a qual repercute até os dias atuais. Em outros termos, “é como se, na situação atual, tivéssemos que nos afastar de uma concepção do tipo ‘dar cada vez mais tudo a todos’ – base daquele modelo generoso de proteção – e caminharmos em direção à concepção de ‘dar mais a quem tem menos’ [...]” (Draibe, 1995, p.219).

Apesar da Lei 8.080/90, que demonstra uma das conquistas da Constituição de 1988, a regulamentação do setor privado, do modelo de atenção médico supletiva e setor de alta tecnologia, como dito anteriormente, não são totalmente regulamentados, resultantes desta nova agenda de interesses e a predominância dos pactos conservadores.

A partir de 1993, após avanços e retrocessos, o Estado efetiva e amplia seu papel na condução e coordenação do Plano Nacional de Saúde, promulgado na Constituição, que é o Sistema Único de Saúde (SUS).

Como preceito constitucional, o Estado deve implementar políticas de saúde que visem “ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Falar do acesso universal é afirmar que todos devem obter os serviços de que necessitam. Legitimar o acesso igualitário é garantir que não é aceitável que uns tenham acesso a certos serviços, e outros não.

A Norma Operacional Básica (NOB 1/93) pelo Ministério da Saúde, introduz-se de forma pactuada com estados e municípios, novos mecanismos operacionais e critérios de repasse automático de recursos federais com vistas à sua implementação. Foram criadas com o objetivo de definir estratégias e táticas, para que o SUS funcione como planejado, conforme preconizam as normas, independentemente dos princípios governamentais nos diferentes momentos de sua trajetória:

Ofertar racionalidade ao sistema, incorporando interesses e necessidades dos sujeitos que disputam na política, sem subtrair princípios e diretrizes ético-políticos que conformam a base discursiva do SUS, se apresenta como enorme desafio para a sociedade brasileira (Vasconcelos, Pasche, 2008, p.538).

Este recurso legal determinado pelo Ministério da Saúde, vêm, como o nome diz, normatizar a letra da Lei. As NOB's, como são conhecidas no jargão sanitário, regulam as relações entre os gestores do sistema de saúde, entre os municípios, estados e o governo federal, formulando novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos táticos operacionais para a implantação do SUS no território nacional.

Em 1996, o referido Ministério institui a Norma Operacional Básica (NOB 1/96) intensificando o processo já em andamento estabelece novas modalidades de descentralização de competências e responsabilidades, a introdução do Piso de Atenção Básica (PAB), assegurando a transferência de forma regular e automática, recursos aos municípios que aderiram à norma acima referida. O Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) integram o novo modelo assistencial da saúde. (Fagnani, 1999).

Os princípios e diretrizes do SUS se articulam e se complementam na efetivação do ideário e da lógica de organização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde. São eles: a universalidade, integralidade e a equidade, “porém o direito à informação se constitui em requisito básico para a afirmação da cidadania”(Vasconcelos,Pasche, 2008, p.535).

A universalidade assegura, sem qualquer distinção, o acesso de todos a todo e qualquer serviço de saúde conforme a necessidade de seus cidadãos. Parte-se, assim, da idéia de que é direito de todos o acesso às ações e serviços de saúde e que cabe ao SUS assegurar e viabilizar este direito, com uma organização e estruturação de serviços em oferta suficiente para atender a todas as necessidades assistenciais.

A integralidade ou a assistência integral demanda aos profissionais da saúde uma leitura abrangente das necessidades de serviços de saúde para a população atendida. Esta pressupõe considerar as várias dimensões subjacentes ao processo saúde-doença que afetam as pessoas e as coletividades em consonância com a garantia da promoção, proteção, cura e reabilitação respeitando a cultura, os valores, daquilo que é considerado necessidade de saúde para determinada população.

O indivíduo deve ser visto e considerado como um ser integral, assim as ações de saúde não podem ser compartimentalizadas, mas conjugadas em promoção,

proteção e recuperação da saúde para a qual requer uma atuação intersetorial e interdisciplinar.

Esta ainda não é uma realidade para muitos serviços de saúde do SUS, pois as pressões por um grande volume de consultas e internações produzidas pelos serviços tendem a dificultar o desenvolvimento e a conformação de um atendimento integral, com vistas às ações preventivas e eficazes. Muitas ações ainda precisam ser ativamente ofertadas como forma de antever e prevenir situações de adoecimento da população.

A equidade está intimamente ligada à lógica do SUS no tocante aos grupos sociais mais vulneráveis, traduzindo o debate sobre a igualdade de direitos aos que vivenciam dificuldades ou fragilidades decorrentes das recorrentes situações de desigualdade presente no país.

O SUS com a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção com as de cura e reabilitação apóia-se nas diretrizes para a efetivação de sua direcionalidade e abrangência de forma racional e integrada.

Considerando a dimensão territorial o SUS, como integrante do sistema brasileiro de proteção social, é definido como um sistema único. Como tal deve, por ordenamento jurídico, comportar os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional constituindo-se em um todo composto por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelas três esferas de poder (Gil, 2006).

Para dar concretude a um direito de todos e para todos, apóia-se em diretrizes organizativas sendo as principais a descentralização com comando único, a regionalização, hierarquização dos serviços monitorados pelo controle social e participação comunitária.

A descentralização já embrionária na década de 1980 surge, com respaldo constitucional, atribuindo maior grau de responsabilidade e autonomia a governos estaduais e municipais garantindo o comando único em cada esfera de poder. Esta, “com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde se constituiu na mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do Sistema de Saúde no Brasil” (Vasconcelos, Pasche, 2008, p.536).

É em torno desta diretriz que tem ocorrido as mais significativas transformações no SUS, efetivando o ideário da Reforma Sanitária, dos movimentos sociais articulados, das organizações não-governamentais e dos segmentos representativos de grupos marginalizados ou excluídos do direito e acesso aos serviços de saúde.

Estabelecendo o município como a base do sistema de saúde para a prestação direta da maioria dos serviços efetiva a universalização, garante o acesso igualitário de todos e viabiliza o atendimento integral em alguns municípios que apresentam uma maior e melhor organização nos seus serviços de saúde.

Frente à diversidade dos municípios brasileiros para assumir em maior ou menor grau as responsabilidades legais, outras diretrizes organizativas vêm complementar tais atribuições – a regionalização e hierarquização.

Como uma forma de atender e oferecer a todos os serviços de saúde fez-se necessário organizar a rede de assistência de maneira regionalizada e hierarquizada em regiões de saúde que abrangem vários municípios com tamanhos e recursos diferentes, porém complementares. Para tal foi instituído instancias de articulação entre os diferentes gestores viabilizando um fluxo de informações e serviços entre as unidades que dispõem de um elenco de serviços distintos e realizam procedimentos diversos.

Com a idéia da hierarquização busca-se ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção em que participam tanto a esfera municipal quanto estadual, de acordo com as suas capacidades e responsabilidades. De acordo com a forma estabelecida pela NOB 01/96 da gestão plena da Atenção Básica o município assume apenas este nível de oferta de serviços enquanto o comando dos demais níveis de assistência seriam de competência da esfera imediatamente superior, no caso o governo estadual.

A participação comunitária regulada pela Lei 8142/90 estabeleceu duas instâncias para a sua efetivação que são as Conferências de Saúde e os Conselhos de saúde. Os Conselhos de Saúde constituem-se em órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários com a função de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde local.

Este conjunto de atuação colegiada visa exercer o que se preconiza na lei como controle social sobre as ações do Executivo:

Essa diretriz constitucional traduz o anseio dos atores sociais por uma democracia participativa em que os cidadãos influenciam de maneira decisiva a definição e a execução da política de saúde nas três esferas de governo (Vasconcelos, Pasche, 2008, p.537).

Este ordenamento jurídico foi, ao longo de mais de vinte anos, se consolidando enquanto estrutura, organização, processo de trabalho e integração de ações e práticas de saúde. Desde 1980 até os dias atuais o país construiu e continua construindo um sistema público de saúde que se caracteriza por ser um dos mais articulados e abrangentes que, embora ainda incompleto e fragmentado, efetiva o direito.

Sustentando o princípio da universalidade e promovendo a promoção, prevenção, cura e reabilitação nas ações de saúde, é operacionalizado e gerido pelos municípios e estados da federação como uma efetivação da capilaridade necessária para que o direito constitucional chegue até o cidadão e que este possa, em consonância com a sua necessidade ser atendido, sem qualquer custo, como um dever do Estado.

Esta capilaridade só se concretizou pela ação de milhares de profissionais da saúde, de formações diversas e complementares, organizados em inúmeros programas de saúde, com destaque para o Programa de Agentes Comunitários e a Estratégia de Saúde da Família.

O modo como essas reformas e programas foram se delineando incidiram na área de recursos humanos de diferentes modos, porém é consenso que redefiniram o emprego, o trabalho e as formas de contratação em saúde.

Para além da sua dimensão quantitativa, o Sistema Único de Saúde enfrenta ainda desafios consideráveis tanto na formação de um novo profissional com competências e habilidades para atender, servir e liderar toda a gama de ações pelas quais a proteção à saúde se concretiza, como também para enfrentar e se adaptar as inúmeras modificações transcorridas neste período.

O SUS se mantém apesar das mudanças ocorridas nos modos de produção e funcionamento das economias modernas, das revoluções tecnológicas que repercutem tanto na estrutura ocupacional quanto na área científica.

Vale destacar que o SUS ainda não efetivou a extensão da cobertura como acessibilidade a todos os que necessitam e necessita maior expansão de serviços que demandem novas estratégias de organização do cuidado em saúde assegurando maior eficácia, eficiência e qualidade.

Ressalta a necessidade de novas propostas de organização da atenção à saúde com uma agenda ampliada objetivando fazer mais, melhor e fazer diferente, gastando o mesmo dinheiro pelos constrangimentos econômicos. Isso exige construção de novas maneiras de produzir saúde, orientadas pelos conceitos de integralidade, autonomia e respeito ao usuário.

O SUS, porém, não é questionável enquanto legitimador do valor saúde, de um direito social em um país onde, historicamente, era atributo de poucos. Constitui e foi constituído por uma “transformação social” :

A constituição de uma força de contestação e de transformação social supõe a reunião de pelo menos três condições: uma organização estruturada em torno de uma condição comum, a posse de um projeto alternativo de sociedade, o sentimento de ser indispensável para o funcionamento da máquina social (Castel, 1998, p.567).

Considera-se importante e relevante “olhar” para as pessoas que efetivam diariamente o SUS, conhecer e reconhecer a “constituição de atores sociais” que, cotidianamente sustentam e dão prosseguimento aos princípios e diretrizes constitucionais em micro-espacos locais. Pessoas esta que se unem, que se constituem como “equipes” e como tal tornam-se “capazes de alterar a correlação de forças, viabilizando transformações concretas no Sistema Público de Saúde” (Campos, 2006, p.66).

No setor público, as secretarias municipais de saúde qualificam-se como empregadores e procuram consolidar esta posição ao reafirmarem sua condição de gestores plenos do sistema com propostas ampliadas que inclui promoção, ações

intersectoriais, integralidade da atenção, entre outros, na operacionalização da atenção à saúde

Este movimento no âmbito local poderá vir a se constituir um “movimento social”, como já ocorrido anteriormente no país, na defesa de um direito constitucional já conquistado e que necessita ser impulsionado, valorizado e defendido:

[...], poderíamos afirmar que adesão dos trabalhadores a um novo projeto de sociedade (ou de saúde), depende do reconhecimento de que esse novo estilo de vida já é possível hoje. De que o viver cotidiano não precisa obrigatoriamente ser aquele da repetição, da renúncia sistemática à autonomia e ao desejo. Que o trabalho em um centro de saúde, hospital, ou em qualquer outra instituição pública, pode ser um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade, transcendendo o papel tradicional do trabalho que é o de, quando muito, assegurar a sobrevivência e um determinado nível de consumo. Uma via para transcender a alienação social. Uma possibilidade em aberto. (Campos, 2006, p.67)

## **1.2 - A Atenção Básica e a Estratégia da Saúde da Família**

O estabelecimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), na Conferência de Alma Ata, em 1978, como meta de seus países membros a “Saúde para todos no ano 2000”. constituiu a Atenção Primária como “atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade” (OMS, 1979).

No Brasil, a construção de um sistema nacional de saúde baseado em uma forte organização da atenção primária não ocorreu sem disputas ou conflitos no interior de uma sociedade marcadamente desigual. O campo da saúde é articulado ao conjunto da sociedade e, como tal, sofre influências políticas, sociais, culturais do contexto no qual está inserido. Neste sentido, a saúde transcende os limites setoriais, na medida em que depende de políticas sociais, micro e macroeconômicas, relações comportamentais, ações institucionais e individuais (Minayo, 2004).

Em 1998, o Ministério da Saúde publica o Manual para Organização da Atenção Básica como um momento de destaque no processo de demarcação da importância deste nível de atenção para a efetivação do sistema de saúde em vigor. A valorização da discussão da Atenção Básica e do seu papel nos sistemas de saúde tem sido uma tendência que vem ocorrendo em vários países, respeitadas as particularidades das diversas realidades existentes.

Busca-se garantir a implementação de propostas que, de uma forma ampla, trazem mudanças aos modelos de atenção focados na doença e no hospital. Tais alterações são, muitas vezes, justificadas pelos custos insustentáveis do modelo vigente, de fatores como a insatisfação dos usuários, filas intermináveis e esperas indefinidas, bem como a baixa qualidade e resolutividade dos serviços ofertados.

Apesar de importantes conquistas já consolidadas faz-se necessário uma estratégia de mudança no modelo de atenção que supere a discussão de “modelo simplificador” ou “política de focalização”. Enseja-se o enfrentamento de problemas estruturais, ainda presentes, como a inadequação dos recursos humanos, a capacidade de gestão de alguns municípios, entre outros, dão a dimensão dos grandes desafios presentes (Campos, 2006).

O processo de regionalização desencadeado pela NOAS, ao determinar exigências mínimas para os diferentes níveis de complexidade do sistema, torna mais intrincado esse movimento, impulsionado pelos incentivos criados pela abrangência do SUS.

Tal processo se desenvolve, entretanto, em um cenário extremamente diversificado e “agitado”. A grande expansão da descentralização desencadeada a partir da NOB-96 é, efetivamente, a base de sustentação político-social da reforma setorial em andamento e ainda em construção.

Como medida primária para a operacionalização do sistema, criou-se em 1991, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na tentativa de inserir na comunidade pessoas integradas na dinâmica sociocultural do local, que tivesse e compartilhasse as mesmas referências territoriais como mediador das relações família-unidade de saúde. Apesar de algumas conquistas, essa iniciativa não foi suficiente para integralizar as ações entre os profissionais da saúde.

Cabe distinguir que, após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, em que a alocação dos recursos federais em estados e municípios baseava-se, principalmente, na produção de serviços e capacidade instalada, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica e em medidas que pudessem impactar o paradigma hospitalocêntrico arraigado na sociedade (Campos, 2006).

Em 1994, inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o Programa Saúde da Família (PFS) aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental. Desde 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (Campos et al, 2008).

Vale considerar o encadeamento de ações e decisões que, articuladas a teorias e ao ordenamento jurídico do SUS, em especial a descentralização instituída pela NOB-96, impulsiona a agenda do desenvolvimento da atenção básica e saúde da família enquanto política social. Aglutina os princípios do SUS, aproxima-se dos pressupostos da atenção básica reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios, tendo como foco principal a família, entendida e percebida no contexto do seu ambiente físico e social (Campos et al, 2008).

Para a efetivação desse modelo, tornou-se estratégica a organização de uma rede primária de saúde como porta de entrada do sistema mais amplo, assegurando um fluxo de referência e contra-referência, obedecendo a uma hierarquia de ações e práticas de assistência à saúde focadas na promoção da saúde, prevenção de agravos na etapa mais simples da doença.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF), enquanto política, traz incentivos financeiros a um modelo específico de organização da rede de atenção básica focado no núcleo familiar construído operacionalmente, via de regra, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pela busca ativa na esfera comunitária onde “por definição, pode-se considerar a experiência brasileira de ESF como modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde público e universal” (Campos et al, 2008, p.143).

O modelo preconiza uma equipe de saúde para a família de caráter multiprofissional constituído por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Trabalham com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área com diferentes modelos de atuação desenhados pelos diferentes municípios.

A rede de serviços busca oferecer ações articuladas que priorizem a escuta e a compreensão da população onde, no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2006, foram implantadas 7.866 novas equipes, totalizando 24.564 em atuação no país, com um aumento da cobertura populacional de 54,9 milhões de habitantes em 2002 para 78,6 milhões em 2005 (Brasil, 2007a).

Conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o modelo de atenção à saúde e organização dos serviços vigentes foi denominado Atenção Primária à Saúde com uma estratégia de cuidados básicos no período anterior à criação do Sistema Único de Saúde. Após a criação do SUS e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, ainda existem discussões a respeito da terminologia ideal para o primeiro nível de atenção à saúde no Brasil e privilegiou-se aqui a considerada oficial.

Após 2006, a referida PNAB coloca em uso o conceito “Atenção Básica” como referência aos serviços ofertados pelos municípios e estabelecidos como “porta de entrada do sistema de saúde”, com um caráter integrador que aglutina ações em saúde antes isoladas, em conformidade com o princípio organizativo da hierarquização e integração da oferta de serviços em saúde.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada pelo Ministério da Saúde e aqui referendada pela Portaria n. 648/GM de 28/03/2006 define-se:

A Atenção Básica caracteriza-se 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 (Ministério da Saúde, 2006).

Neste processo histórico e dinâmico, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e sendo incorporado pelos municípios, apesar de sua autonomia e especificidade, constituindo-se como porta de entrada do Sistema Único de Saúde e considerado o ponto inicial para a estruturação dos sistemas locais de ações e serviços de saúde:

[...] nos interessa neste momento destacar que existe forte relação entre estes dois campos: políticas de saúde e características das unidades de saúde. São talvez campos distinguíveis, mas não separáveis. Um campo geral das políticas de saúde (e até das políticas públicas sociais), próximo das características de sistema, e outro da gestão e das práticas dos serviços de saúde, mais próximos das características das unidades de saúde (Campos et al, 2008, p.137).

Pela necessidade de organizar a atenção ambulatorial de primeiro nível, isto é, os serviços de recepção e contato inicial do paciente com o sistema de saúde na busca da efetivação de seus direitos, a Atenção Básica vem adquirindo, conforme Campos (2005) pelo menos três funções importantes: acolhimento à demanda com busca ativa e avaliação de riscos, clínica ampliada e saúde coletiva.

A dimensão do acolhimento pressupõe a disposição e organização da equipe para receber, em qualquer momento e condição, uma grande e diversificada demanda que, além de avaliar os riscos para assegurar o atendimento, se depara com sujeitos portadores de direito em diferentes estados emocionais. Justifica-se aí a importância e necessidade de um trabalho em equipe onde se efetive ações de máxima resolutividade, mas também de uma postura que enseje vínculos, aproximação no âmbito da acolhida.

A denominação Atenção Básica, ao contrário do que possa pensar, exige uma grande complexidade nas suas intervenções. Exige rapidez no atendimento, precisão na avaliação dos riscos e condições de saúde, encadeamento de ações em saúde operacionalizadas por diferentes atuações profissionais e a participação do usuário tanto no diagnóstico quanto no processo terapêutico (Campos et al, 2008).

Julga-se procedente não apenas exigir eficácia, resolutividade e efetividade, mas considerar os recursos e as condições para sua operacionalização. Parece

legítimo até mesmo expandi-lo, mas também avaliar e dimensionar as potencialidades que sua efetivação ensejaria para a participação coletiva e a estrutura local.

A clínica ampliada, segundo o autor, é entendida para além do seu núcleo biomédico, capaz de incorporar outras especificidades terapêuticas, em consonância com as características do espaço territorial, bem como o respeito aos aspectos subjetivos e sociais de quem dela necessita onde “a clínica realizada na rede básica tem uma série de especificidades, o que a torna diferente da realizada em grandes centros hospitalares ou ambulatorios de especialidades” (Nunes,2005 *apud* Campos et al,2008).

Repensar a atuação com maior flexibilidade e “plasticidade” frente aos sujeitos coletivos, considerando-os parceiros na luta pela saúde, na busca de autonomia e liberdade para o seu modo de viver a vida. Utilizar-se do diálogo, da comunicação mais aberta e descompromissada para melhor compreensão da situação como um todo, recolocando a discussão sobre o significado do cuidado em saúde e sobre o sentido do processo de cura. Evitar reduzir os problemas de saúde na esfera da medicalização, integrando várias abordagens e combinações de técnicas para apoio individual (Campos, 2006).

Considerar a escuta como uma importante técnica relacional que permita o compartilhamento sem abuso de poder, sem desmandos e com uma amplitude que articule ações de cunho sócio-cultural como a socialização, capacitação para o trabalho, convivência familiar, entre outros. A escuta confere importância e reconhecimento ao outro potencializando defesas e iniciativas pessoais que vão além da doença:

Assim, a clínica deverá ser ampliada, partindo do seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso – ‘cada caso é um caso’ – sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos (diretrizes, clínicas, programas)”(Campos et al, 2008, p.138).

Na busca pela consolidação do sistema tem-se caminhado, embora com êxitos e insucessos, para a construção de modelo que apresente respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde adequadas à heterogeneidade e diversidade política, econômica e cultural de cada região do país. Deve-se considerar que “ a

capacidade de a rede básica resolver 80% dos problemas de saúde dependerá de investimentos, e também da adoção de um modelo organizacional adequado e que permita o cumprimento das três funções”(Campos et al, 2008, p.140).

Apesar das mudanças visíveis decorrentes da implantação do SUS, alguns desafios ainda persistem na configuração de novas práticas no setor saúde. Entre estes, destaca-se a necessidade de recursos humanos em saúde com capacitação técnica adequada para efetivar princípios e diretrizes em muitos municípios brasileiros.

As diretrizes operacionalizadas pela edificação da Atenção Básica e sua capilarização pela Estratégia da Saúde da Família necessárias à cobertura da extensão territorial em questão, demandam também qualidade e quantidade de pessoas qualificadas e legitimadas para a oferta de serviços e ações em saúde:

Um conceito que se transforma em diretriz política produz efeitos concretos sobre a vida prática. Em outras palavras, quando um conceito é incorporado por atores sociais com capacidade operativa, com capacidade de intervir sobre a vida, ele produz efeitos sobre a organização econômica e social (Campos, 2005,66)

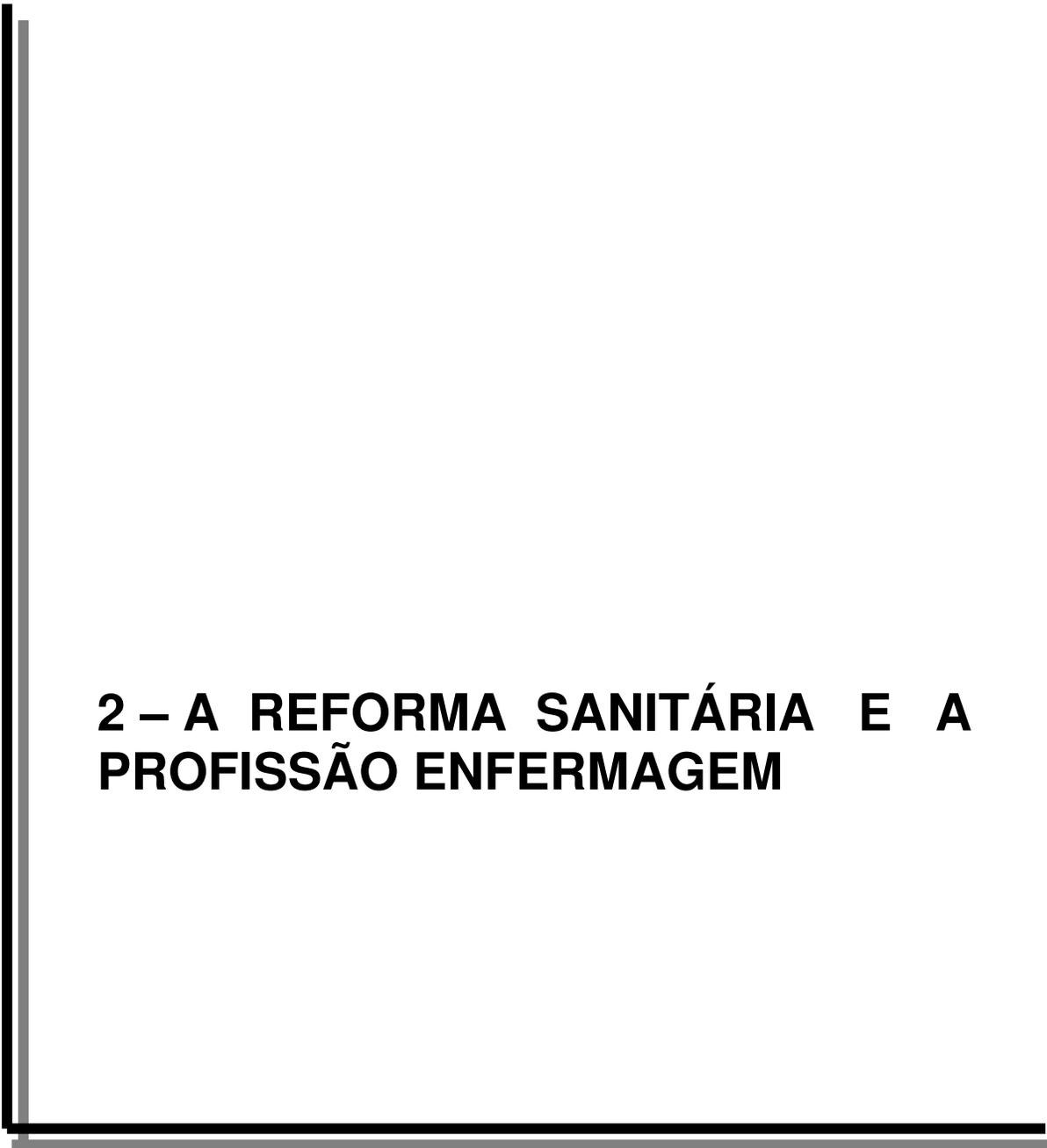
As novas competências implicam um fazer diferenciado, requerem um saber distinto e refutam ações ordenadas e coordenadas, uma postura voltada para a atuação individual, mas também coletiva tanto no âmbito do privado quanto do público em diferentes circunstâncias, locais e comunidades. Essas exigências ultrapassam a capacidade individual demandando uma conformação de coletivos, de grupos, de equipes, de conjuntos de pessoas que tenham o trabalho em saúde como centralidade do seu fazer profissional.

A organização do trabalho em saúde perpassa os pequenos núcleos sustentados pelas responsabilidades e competências profissionais como resposta às necessidades locais atendidas. Estrutura-se pela construção dos modelos de atenção que buscam a constituição da equipe com o propósito de romper com a fragmentação da assistência, distinguindo o reconhecimento e a valorização do trabalho realizado em cada módulo da vasta composição do trabalho em saúde.

A construção, por sua vez, traz novos desafios relacionados ao trabalho em equipe, ao compartilhamento de valores e experiências distintas, ao desenvolvimento

de novas competências e adequações inerentes à incorporação do planejamento do trabalho em equipe, investimento e aprofundamento na abordagem psico-afetiva decorrente das dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho.

Exige também organização do processo de trabalho e capacidade para desenvolver ações intersetoriais, que possibilitem a incorporação da dimensão da promoção à saúde e a compreensão dos determinantes do processo saúde doença muito debatido e, muitas vezes, pouco realizado e efetivado no cotidiano dos serviços.



## **2 – A REFORMA SANITÁRIA E A PROFISSÃO ENFERMAGEM**

Objetiva-se, neste capítulo, concentrar-se nas décadas de 1980-90 quando a enfermagem iniciou a construção de seu projeto político-pedagógico articulado à discussão da Reforma Sanitária brasileira e ao projeto de redemocratização da sociedade.

A profissão enfermagem tem sua trajetória ligada e articulada aos diferentes movimentos do país e do setor saúde, em particular, o que faz necessário uma breve retrospectiva histórica e cultural identificando algumas fases mais significativas.

A oferta de serviços de saúde, por razões de natureza social, demográfica e política constitui, no país, campo de práticas sociais, profissionais e formativa em expansão e diversificação.

A saúde, no Brasil, constitui campo de reflexões e mudanças gerais há um tempo significativo. Esse processo de redefinição não se limita apenas ao pensamento técnico-burocrático. O movimento pela saúde aborda questões diversas, que vão desde a construção do próprio conceito de saúde e de seu entendimento como direito inerente à cidadania até a reestruturação institucional responsável pelas ações, competências e financiamento do setor.

Ocorriam debates sobre o valor da Saúde, entre a ditadura Vargas e a militar de 1964, mas a evolução conquistada achava-se atrelada às oscilações econômicas nos diferentes governos e períodos. O setor de atenção à saúde apresentava movimentos em direção ao modelo “médico assistencial-privatista”:

A partir da década de 1950, com a expansão da medicina previdenciária, ocorrem movimentos que apontam para a ‘integração ampliada entre Estado, empresas de serviços médicos (clínicas e hospitais particulares) e empresas industriais (farmacêutica, de equipamentos e aparatos médicos)’ que compreenderá a uma avançada organização capitalista do setor (Fagnani, 1997, p.200-1).

Diferentes frentes políticas articulavam, sob bases ideológicas próprias, movimentos que esboçavam proximidades com uma política de saúde orientada para a universalização do acesso e a construção de “um sistema de saúde”, com destaque para as iniciativas ocorridas no estado de São Paulo.

Frente às múltiplas iniciativas e expectativas antepunha-se o Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária Social (INAMPS), uma grande estrutura

federal prestadora de serviços de saúde. No referido período, centralizava a política e os recursos públicos destinados ao setor saúde para todo o país, em detrimento de maiores atribuições e autonomia dos estados e municípios (Fagnani, 1997).

Isto se dá a partir da centralidade do poder decisório emanados das normas vigentes na esfera federal e recursos orçamentários que levaram ao desprestígio dos serviços públicos junto à população onde, uma das principais causas remonta ao desrespeito e violência de filas intermináveis e falta de atendimentos dignos.

Para além da saúde outros setores também se movimentam na conformação da política social brasileira incorporados à agenda governamental pelas especificidades e imbricações com os condicionantes estruturais presentes no desenvolvimento do país.

A economia brasileira, na segunda metade dos anos 1960, aponta para o agravamento de um processo concentrador de renda e excludente onde as doenças de massa e sua prevenção deixaram de se constituírem como alvos dos gastos estatais em contradição com o surgimento da profissão no Brasil. Esta sempre esteve vinculada a práticas preventivas com foco na saúde pública, em índices de morbidade e mortalidade, doenças carenciais, parasitárias, infecto-contagiosas, endêmicas, entre outros (Germano, 2003).

Ocorre, nesta fase, um acentuado processo de privatização, sob a égide do setor econômico, repercutindo nas práticas de saúde e no exercício da medicina e da enfermagem, particularmente, pois “a política de assistência adotada privilegiou de forma mais explícita que nos períodos anteriores à compra de serviços do setor privado (filantrópico ou lucrativo) em detrimento da construção de unidades próprias” (Coelho, 2008, p.110-1).

Em 1962, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases – LDB – n. 4024/61 a educação nacional oficializa três níveis de ensino, a saber: primário, médio, superior e a formação de técnicos, como segundo ciclo formativo, possibilitando novas qualificações para atender às necessidades de diferentes setores, inclusive o setor saúde.

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em 1963, frente a esta situação propõe mais um nível de formação para a profissão enfermagem

acrescentando aos de Auxiliar e Superior já existentes, o nível técnico, com duração de três anos letivos voltados para a enfermagem hospitalar, enfermagem obstétrica e saúde pública.

Tal proposição visava a necessidade de qualificação de profissionais em um contexto de baixa escolaridade da população, principalmente a feminina, naquele referido período, que compõe, historicamente, a força de trabalho da profissão.

Existia também a preocupação com a qualidade dos processos formativos e o desenvolvimento da enfermagem fundamentada na busca do reconhecimento social e econômico, a construção de saber específico e qualificado entre os dois níveis vigentes:

A profissionalização e qualificação dos trabalhadores de nível médio representa o melhor caminho para fazer frente à crescente incorporação de novas tecnologias e mudanças na divisão técnica do trabalho, uma vez que a força de trabalho passa por sucessivas e constantes alterações assim como se modificam as demandas da população por cuidados em saúde (Gottens, 2007, p. 1039).

Buscava-se atender à demanda concreta do setor com vistas às políticas sociais e dimensão territorial, pois, no início da década de 1970, destacavam-se tentativas de organização da assistência à saúde. Como um dos principais cenários de discussão e formulação de propostas de formação e inserção de profissionais da saúde recuperaram-se as Conferências Nacionais instituídas em 1937, conforme Lei nº 378 pelo governo Getúlio Vargas (Silva, 2002).

Em 1967 realizava-se a IV Conferência Nacional de Saúde tendo como tema principal “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde” cuja formação de nível técnico configura-se como uma das propostas que integram a agenda em espaços legitimados para debates e proposições.

O Ministério da Saúde assume esta responsabilidade, antes pertinente ao Ministério da Educação, com vistas à capacitação tanto em nível médio quanto o de Auxiliar (nível fundamental) privilegiando conteúdo e práticas próprias e apropriadas a uma maior conscientização do trabalho em saúde e suas intervenções.

No estabelecimento da ditadura militar dá-se o isolamento e a fragmentação dos serviços de saúde que servia aos interesses dominantes. O mercado passou a

ocupar o espaço antes de domínio do Estado direcionando o crescimento da assistência individual, principalmente.

Na década de 1970 se destacam as tentativas de reorganização da assistência à saúde com o objetivo de ampliar a cobertura da população assistida, bem como um novo período de discussão e debates sobre o setor saúde.

No plano internacional, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) enfatiza um projeto ambicioso de transformar as práticas de saúde, em especial, a atenção médica caminhando para a construção de uma “medicina social”:

Fato a se destacar no final dos anos 1970 e de grande repercussão para ao campo da saúde foi a Declaração Alma-Atá, em 1978, que fundamentaria muitas das questões sobre a saúde nos anos seguintes, especialmente a do direito à saúde, o papel do Estado e a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde (Nunes, 2008, p.25).

O slogan “Saúde para todos no ano 2000”, como meta universalista, ganha nova dimensão pós Conferência Internacional de Alma - Atá, em 1978, em virtude da projeção do referido slogan e, em particular, de suas recomendações frente às condições de vida e saúde das populações do chamado terceiro mundo.

Na América Latina e Brasil encontra campo fértil para a abertura de um amplo debate frente ao modelo de saúde em vigência. Este fazia um recorte visível entre a assistência médica privada e sob o domínio do mercado e as ações de promoção e prevenção, sob o comando do serviço público, que ofertava ações assistenciais restritas frente às necessidades da população.

Pensando o ensino de enfermagem desse período, este era pautado por uma linha tecnicista centrado na atenção curativa, na difícil assimilação do processo saúde-doença como determinação social, na ausência de correlação entre saúde, estrutura social e meio ambiente. Predominava na saúde, como um todo, e no ensino das áreas afins, o modelo biologicista, individualista voltado para determinados grupos e segmentos constituído por uma pequena parcela da população, pois “os serviços de saúde, neste contexto, são transformados em mercadorias que, pelo seu alto preço, passam a ser consumidas por uma pequena parcela da população, aquela que detém maior poder aquisitivo” (Germano, 2003, p.17).

No Brasil, apesar da repressão política vigente, existia certa organização, embora centralizada e incipiente por parte de alguns segmentos, como a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) criada por docentes, pesquisadores e profissionais dos serviços de saúde:

Não se trata de uma perspectiva exclusiva de assuntos referentes ao ensino, mas de participação efetiva na definição e implementação de uma política de recursos humanos em saúde coletiva, associada a uma análise das condições de saúde da população e de incentivo à pesquisa. Assume uma posição política e técnica, ou seja, a necessidade de reformulação do setor saúde e a concepção da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado” (Nunes, 2008, p.27)

Estes movimentos remodelam a concepção dos modelos sanitários em curso na sociedade para além da concepção ortodoxa do processo saúde-doença incorporando a “multicausalidade”, onde agentes e fatores determinantes de caráter individual – raça, idade, sexo, renda, etc. - ampliando os princípios restritivos do pensamento clínico localizado apenas no espaço de atenção ao indivíduo, isoladamente.

Este momento, apesar das dificuldades político-econômicas, avançou e deu visibilidade em relação ao encaminhamento das questões de saúde e, sobretudo, fomentou a discussão e o debate sobre a importância e a necessidade da formação de recursos humanos qualificados para o setor.

A década de 1980 é marcada, principalmente, pelo fomento de atividades que se voltam para a construção de um novo movimento fundamentada em diferentes debates, congressos, pesquisas, novas linhas de ensino que vai se conformando em um “verdadeiro movimento sanitário” denominado Reforma Sanitária.

Tal movimento defendia a reorganização dos serviços de saúde pautados nos princípios de universalidade, equidade das ações estabelecidas em elevados padrões técnicos-científicos, descentralização e estímulo à participação popular. Demandava, para sua operacionalização, mudanças estruturais, entre as quais se destacava a organização dos serviços para a responsabilização local, condições de

acesso e qualidade sustentados por uma política de recursos humanos para o setor, (Germano, 2003).

Fortalecendo-se desde a década de 1970, ganha adeptos e, na enfermagem, abre novas perspectivas em torno do tema da formação profissional, incluindo não somente o nível de graduação, mas igualmente, o nível técnico.

Este é um período de forte presença de trabalhadores sem qualificação formal, denominados Atendentes de Enfermagem que, apesar de colocados à margem da legislação que não os reconhecia como profissionais da área – Lei do Exercício Profissional da Enfermagem n. 2604/55<sup>1</sup> - continuavam a se expandir. (Gottens, 2007)

Esta expansão quantitativa era desencadeada pela existência de um número pequeno de centros formadores de Auxiliares de Enfermagem que, em geral, estavam situados nos centros urbanos de maior porte e, a falta, para grande parte deste contingente, da escolaridade mínima necessária para matricular-se nos cursos de formação profissional oferecidos.

A situação dos recursos humanos do setor saúde, no período da mobilização pela Reforma Sanitária, caracterizava-se por distorção na estrutura organizacional em função da presença significativa de médicos a frente dos serviços de saúde, pouca oferta de profissionais de nível técnico e alta incorporação de pessoal sem qualificação alguma (Göttems, 2007).

No interior da profissão enfermagem esta situação também se refletia pois a prestação dos serviços e dos cuidados de enfermagem oscilava, em sua maioria, entre Atendentes que não possuíam qualificação mínima para o exercício da função e enfermeiros, de nível superior, que atuavam em procedimentos técnicos de maior complexidade.

Em 1971, o convênio entre a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e o Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra - (PIPMO), ligado ao Ministério da Educação, pretendia, com cursos de curta duração, um melhor preparo aos Atendentes que ainda permaneciam no exercício da profissão em número significativo.

---

<sup>1</sup> A Lei 2.607, de 17 de setembro de 1955, foi aprovada, com alguns avanços no tocante ao exercício da profissão ao limitar a atuação profissional a enfermeiros, obstetritz, auxiliares de enfermagem, parteira, enfermeiros práticos e parteira prática.

Foram organizados e estruturados cursos na rede básica de saúde, como alternativa de capacitação, aperfeiçoamento e difusão do conhecimento específico da enfermagem, em substituição ao aprendizado prático, obtido nas práticas cotidianas que, geralmente, se constituía como a “formação” dos Atendentes.

Juntamente com os ideais da Reforma Sanitária em conformação, a profissão se articula ao pensamento crítico nascente, tanto na saúde quanto na educação, “passando a questionar suas práticas, as precárias condições de trabalho, a desvalorização e desqualificação profissionais e, sobretudo, a importância de definir uma política de formação para os diversos níveis de ensino” (Germano, 2003, p.20).

Em 12 de julho de 1973, a Lei n. 5905, com respaldo do Estado, cria os Conselhos Federais de Enfermagem – COFEN – e os Conselhos Regionais de Enfermagem – COREN – no âmbito estadual. Como um órgão de fiscalização do exercício profissional, são considerados autarquias, vinculados ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social constituindo, em seu conjunto, um serviço público não governamental, dotado de personalidade jurídica com o objetivo principal fiscalizar e legislar o exercício da enfermagem em todo o território brasileiro.

O Estado passa a ser forte aliado da profissão contribuindo para o reconhecimento deste saber específico, para a valorização das ações de seus praticantes, concedendo, ao legislar e fiscalizar, o direito de monopólio para o exercício e aplicação deste conhecimento.

Tais Conselhos, conforme Lei 5905/73, são responsáveis pelo disciplinamento e fiscalização do exercício profissional da profissão, porém achavam-se limitados ao controle do registro e pagamento da anuidade dos profissionais. Na composição dos membros do Conselho Federal era permitida a participação apenas de enfermeiros o que levava a não representação dos outros dois estratos profissionais, a saber:

Art. 5. – “O Conselho Federal terá nove membros efetivos e igual número de suplentes, de nacionalidade brasileira, e portadores de diploma de curso de Enfermagem de nível superior” (CORENSP, 2001, p. 19)

Muitas mudanças ocorrem, neste referido período, provocadas pelo próprio Movimento Sanitário ao imprimir uma nova compreensão ao processo de saúde-doença, pela efetiva participação de estudiosos da área de ciências sociais, com destaque para Maria Cecília Donnangelo (1975), Sergio Arouca (1975), entre outros, no fomento ao desenvolvimento tecnológico e as inovações que:

Esse contexto propicia o crescimento de uma produção teórica, na saúde, que enfatiza a determinação social das doenças; a crítica ao modelo biologicista, centrado apenas no indivíduo; a compartimentalização do saber e as repercussões na formação de seus profissionais, entre tantos outros temas que compunham a pauta da discussão em torno da Reforma Sanitária (Germano, 2003, p.18).

A conjuntura política dos anos 1980, agravada pela crise econômica que tornava ainda mais precária a estrutura de proteção social concorre para aumentar os problemas já existentes. Cresce a mobilização da sociedade civil, o movimento sindical se fortalece e, no campo político, a “oposição” faz sucessivos enfrentamentos em direção à redemocratização do país.

Os ideais prevalentes, neste contexto, eram calcados na reforma de um Estado mais fortalecido na sua capacidade de regulação sobre os desmandos do mercado e na condução da política, frente ao reconhecimento de que havia, no país, um Estado demasiado grande e refém de muitos interesses.

Alguns estados e municípios avançaram lenta e gradativamente na implantação e expansão do modelo de atenção primária em saúde em contraposição ao modelo vigente de centralização da assistência médica emanadas da esfera federal. No início da década de 1980 o Conselho Consultivo da Previdência e Assistência Social (CONASP) propõe reorientação técnica e política da assistência à saúde pautado nos eixos da racionalização dos gastos, reorganização dos serviços, maior e melhor utilização da rede pública, principalmente.

Em um momento sócio-histórico de abertura política alguns estados federativos estavam comprometidos com projetos de desenvolvimento de políticas sociais mais democráticas e descentralizadoras embrionárias da ampliação dos serviços de saúde e criação de estruturas organizacionais no âmbito municipal.

Durante a I. Conferência Internacional sobre promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, surge um dos mais importantes documentos da saúde pública contemporânea, a Carta de Ottawa, subscrita por 38 países, onde se preconiza a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade como requisitos fundamentais para a saúde (Ministério da Saúde, 2001).

A Epidemiologia latina americana enfatiza, neste período, a importância da vinculação do processo saúde-doença às condições de vida articulando as dimensões biológicas, ecológicas, os processos econômicos à subjetivação e individualização, principalmente. (Nunes, 2008).

Tal concepção ampliada foi incorporada e registrada em um evento de grande importância ocorrido neste contexto que contribuiu para fortalecer o debate que vinha se intensificando em vários setores, no campo da saúde, que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, em 1986.

Na pauta de discussões vinha embutido postulados de cidadania, solidariedade e justiça social que necessitava, para sua operacionalização, mudanças estruturais como a organização dos serviços orientada pela descentralização, condições de acesso e, principalmente, uma política de recursos humanos que tornasse possível e viável tais realizações:

Todas essas estratégias estão vinculadas a um projeto mais amplo, que objetiva a superação da intervenção fragmentada e verticalizada e propõe reestruturar o processo de formação e qualificação dos recursos humanos em saúde (Germano, 2003, p.21).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, aberta pelo presidente José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura militar, foi a primeira Conferência Nacional a ser aberta à participação da sociedade e importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária.

Resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante a se ressaltar foi a formação das bases para a construção da saúde como um direito social e individual, portanto de usufruto da população brasileira.

Nesse período, estados e municípios, pelos desdobramentos da crise do modelo médico assistencial privatista passaram a assumir gradativamente a prestação de serviços de saúde desencadeando o processo que culminaria na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), alguns anos depois.

A profissão também se articula aos ideais do Movimento Sanitário por intermédio da atuação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), reconhecida como a mais importante instância na condução estratégica da formação e qualificação da força de trabalho em enfermagem em consonância com a mobilização que passa a envolver a área da saúde abrindo um amplo debate em torno de sua prática (Germano, 2003).

A referida Associação passa a exercer também um papel decisivo nos novos rumos do ensino aos quais propunha extrapolar as fronteiras institucionais e possibilitar novas oportunidades integrando os seus três níveis de ensino – médio, graduação e pós-graduação – com o mundo do trabalho contribuindo com a reorganização da prática da enfermagem e direcionando-a aos princípios da Reforma Sanitária:

Ganha força a partir da segunda metade da década de 1980, quando abre um processo de discussão em todo o Brasil, incluindo as grandes e pequenas escolas, docentes e discentes, além de profissionais dos serviços no sentido de subsidiar a construção desse projeto político-pedagógico para a enfermagem (Germano, 2003, p.22).

Em 1986, frente aos anseios da profissão e envolto nas mudanças ocorridas neste momento histórico onde não se processam eventos isolados foi aprovado uma nova lei do Exercício Profissional da Enfermagem, a Lei 7498/86 jurisdicionando, entre outros, três categorias integralizadoras da profissão, a saber: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, que:

Art. 2. – A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem onde ocorre o exercício.

Parágrafo único: A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação. (CORENSP, 2001, p.36).

Esta Lei atribuiu ao enfermeiro a responsabilidade técnica por todas as ações de enfermagem cabendo aos técnicos e auxiliares de enfermagem o desenvolvimento e execução de atividades proporcionalmente menos complexas, de acordo com o seu grau de escolaridade formal. Para os atendentes de enfermagem, ainda regularmente empregados, foi concedido um prazo de 10 anos para que viessem se qualificar formalmente como auxiliares, o primeiro nível profissionalizante:

Art. 23 – O pessoal que se encontra executando tarefas de Enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nesta área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de Enfermagem, observado o disposto no Art. 15 desta Lei.

Parágrafo único – A autorização referida neste artigo, que obedecerá aos critérios baixados pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta Lei (CORENSP, 2001, p.41).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira ao definir a saúde como um direito de todos assegurado pelo Poder Público a todo e qualquer cidadão. Tal direito constitucional se diferenciava do regime de seguro social vigente cuja prestação de serviços se vinculava ao pagamento específico por determinadas categoriais de trabalhadores – contribuintes como corria na ordenação jurídica da Lei Orgânica da previdência Social desde 1960, do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), principalmente.

A implantação do Sistema Único de Saúde foi realizada de forma gradual aonde primeiro veio o SUDS, seguido da incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto n. 99.060, de 07 de março de 1990) e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080 – de 19 de setembro de 1990, que definiu o ordenamento jurídico ao Sistema Único de Saúde (SUS) dando organicidade ao sistema como uma política pública de grande alcance, frente às distorções verificadas.(Campos, 2006).

Esta referida Lei, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 estabelece, entre outros, os princípios da universalidade, integralidade e equidade

determinados como diretrizes e os princípios da descentralização, regionalização e hierarquização como determinantes organizacionais para sua efetivação.

Conforme artigo 200 também é de competência do Sistema Único de Saúde:

- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- **Ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde<sup>2</sup>**;
- Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- Incrementar em suas áreas de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- Colaborar na proteção ao meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Institucionalizava-se um sistema de saúde estruturado com base na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade que adviria depois com a Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990.

Ampliou-se a oferta de serviços de saúde por parte dos municípios, uma vez institucionalizada sua exclusividade e competência na gestão local e, portanto, em última instância, sua responsabilidade política de prover saúde à população nos limites de seu território.

---

<sup>2</sup> Grifo da autora.

Por outro lado, ao garantir a participação do setor privado, deu-se impulso ao crescimento de modalidades de prestação de serviços médicos e hospitalares vinculados a planos de saúde comercializados por empresas privadas, cooperativas médicas, empresas de seguro-saúde, entre outras. Em síntese, a oferta de empregos no setor saúde teve que se ampliar para garantir a expansão da cobertura.

Apesar dos movimentos antecessores do sistema educacional e das mudanças no interior da profissão enfermagem com vistas à adequações na reorganização das práticas e a um novo “projeto político-pedagógico”, a estrutura para a formação de profissionais não acompanhou a demanda por pessoal do setor saúde:

A idéia de construí-la coletivamente, envolvendo todos os segmentos, em função de um projeto político-pedagógico, com toda a complexidade que este encerra, tornaria necessário buscar, como de fato se buscou, a contribuição de grandes e pequenas escolas, de professores, alunos, profissionais de serviços de saúde e entidades diversas (Germano, 2003, p.23)

Cabe destacar, ainda hoje, a dificuldade de alcançar a educação fundamental necessária para a admissão em cursos profissionalizantes de nível médio, bem como a insuficiência na oferta de cursos na referida área, principalmente ao ser associada a uma distribuição irregular no território nacional. (CORENSP, 2001).

No período inicial da estruturação do SUS, em alguns municípios, a carência de formação de pessoal de nível médio foi suprida por meio do desenvolvimento de processos de formação “intramuros”, patrocinados pelas próprias instituições e serviços de saúde, públicas e privadas, sem uma normalização rígida e homogênea.

Neste aspecto, cabe ressaltar que, a partir de 1981, o setor público foi pioneiro com o desenvolvimento de cursos de formação de auxiliares de enfermagem através do Programa de Formação em Larga Escala de pessoal da Saúde (Projeto Larga Escala) utilizando a metodologia de educação em serviço. Partindo da caracterização dos trabalhadores já inseridos nos serviços:

Previa a integração entre o sujeito e objeto no ambiente de trabalho, tendo como respaldo as construções teóricas sobre a aprendizagem de adultos, respeitando a percepção dos sujeitos sobre a realidade, sem negar seus conhecimentos advindos da prática, com o intuito de (des)construir e reconstruir novos conhecimentos mais elaborados (Gottens, 2007, p.1037).

O princípio da descentralização desencadeou a abertura de novos espaços para a entrada de um novo ator no contexto das políticas de saúde - os municípios – fazendo com que houvesse uma expansão da oferta de serviços de saúde pela via da atenção básica.

Este movimento demandou a criação de novos espaços físicos – Unidades Básicas de Saúde (UBS) - e o ingresso de profissionais de saúde nas linhas de assistência. Esta nova organização da assistência concretiza os ideais da política pública de saúde, as responsabilidades dos gestores locais frente às necessidades da população e a competência delegada para ordenar a formação de recursos humanos no setor saúde.

## **2.1- As profissões da enfermagem no SUS**

Tendo em vista a diversidade de atividades desenvolvidas no âmbito da saúde faz-se necessário considerar os níveis de atuação onde cada qual congrega importantes atividades correspondendo a mecanismos formais, formação, saberes e competências.

É fato a existência de profissões regulamentadas e a conseqüente disputa e preservação do mercado de trabalho. Com o aval do Estado, a qualificação formal e um estatuto profissional coloca-se na relação salarial e no interior do setor saúde.

A profissão enfermagem consolidou-se como campo específico de atuação respaldada em três categorias componentes com fronteiras bem definidas baseadas em conhecimentos e práticas.

## 2.2 - O profissional enfermeiro

O enfermeiro tem, entre suas principais atribuições, quatro atividades essenciais que norteiam a profissão, a saber: assistência, gerência, educação e pesquisa (COREN, 2001).

O que interessa neste recorte é destacar a função gerencial do enfermeiro por sua relação direta com os estratos de nível médio e fundamental que compõe a referida profissão como forma de organizar e dar concretude no processo de trabalho:

Na enfermagem, o profissional responsável legalmente para assumir a atividade gerencial é o enfermeiro, a quem cabe a coordenação da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, condução e viabilização do processo cuidativo, tendo como princípio norteador de suas ações o direito da população à saúde integral, realizadas de forma digna, segura e ética (Spagnol, p.120, 2005).

A enfermeira Florence Nightingale (1820-1910), reconfigura a profissão enfermagem e o processo de trabalho a partir das propostas de reorganização dos hospitais militares, implementadas durante a guerra da Criméia. A gênese do conhecimento da administração em enfermagem se constituiu histórica e socialmente a partir do modo como Florence Nightingale praticava e ensinava, com influência da organização militar voltada para o controle e respeito à hierarquia, o princípio precoce da divisão do trabalho e racionalização do trabalho (Spagnol, 2005).

Para a autora, a atividade gerencial da enfermagem utiliza métodos e estratégias de gestão tradicional influenciada pela teoria da Administração Científica de Frederick W. Taylor (1856 – 1915) fundamentada na aplicação de métodos da ciência positiva, racional e metódica com vistas à obtenção da máxima produtividade, no contexto industrial. Propôs métodos e sistemas de racionalização do trabalho e disciplina do conhecimento operário sob comando da gerência, a fragmentação e hierarquização do trabalho.

A teoria clássica de Fayol complementou o trabalho de Taylor estabelecendo como princípios da boa administração atribuições de organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar (Matos, Pires, 2006).

Para gerenciar a assistência de enfermagem, o enfermeiro utiliza a supervisão como dispositivo de controle do processo de trabalho e do comportamento dos trabalhadores, bem como a fragmentação do trabalho resguardando para si a atribuição de pensar o processo de trabalho e, para os outros estratos componentes, a execução. Porém, esta é uma atribuição que se efetiva no fazer coletivo, na articulação entre as delimitações profissionais dos estratos componentes e é este recorte da profissão enfermagem que interessa nesta pesquisa.

A enfermagem é a conformação de um coletivo detentor de saberes que se concretiza no relacional, em um somatório que contemple o usuário e o trabalhador de saúde para a efetiva oferta do cuidado e concretude do seu fazer profissional.

Como participante de um coletivo profissional e responsável pela microgestão dos processos de trabalho considera-se pertinente investigar e analisar a prática gerencial do enfermeiro como facilitador (ou não) na condução das práticas qualificadas da enfermagem. Enseja conhecer a relação com o técnico de enfermagem como um sujeito portador de interesse, desejos e necessidades singulares, tanto no seu exercício profissional, quanto na inserção em uma equipe multiprofissional presentes nas oito Unidades Básicas de Saúde da cidade de Americana, analisadas neste estudo.

Busca-se analisar e conhecer o quanto ainda está presente no exercício gerencial do enfermeiro, os princípios determinantes do taylorismo permeados pela lógica do controle, a hierarquia, a ordem e impessoalidade que possam estar contribuindo para a (in)visibilidade do trabalho dos Técnicos de Enfermagem.

Outro recorte delineador são os fundamentos da Saúde Coletiva pautados na individualidade, nas relações de respeito à subjetividade e identidade, tanto do usuário, quanto do trabalhador em saúde. Neste recorte teórico que enseja uma nova forma de conceber o processo saúde-doença como “uma nova concepção que o reconheça como um ser social em constante interação com os outros homens, com o seu meio, transformando-o e sendo transformado por ele”(Spagnol, p.124, 2005).

### **2.3 - Os técnicos de enfermagem no coletivo da profissão**

Por estarem inseridos em uma associação/corporação profissional o domínio do processo de trabalho que eles executam concentra-se nos serviços operacionais, em

sua maioria, delimitados no âmbito da sua formação. Porém, respondem para além da organização, a indivíduos especializados e de máxima qualificação que coordenam, supervisionam e estabelecem o que deve ser feito, quando, como e por quem deve ser realizado.

A forma divisionalizada da realização do trabalho profissional conduz a um inevitável nível relacional entre pares e superiores, cujas relações profissionais constroem os atos do cuidado em saúde, mas também a identidade dos atores neste referido sistema social, pois “a profissão, portanto, passou a ser vista como uma relação e não como uma unidade fechada em si mesma ou como uma organização isolada de outras interações no mundo profissional (Freidson, p.20, 1998).

Distingue-se o técnico de enfermagem como sujeito portador de interesse, desejos e necessidades singulares tanto no seu exercício profissional quanto na inserção em uma equipe multiprofissional presentes nas oito Unidades Básicas de Saúde da cidade de Americana escolhidas para este estudo.

Outro recorte delineador são os fundamentos da Saúde Coletiva pautados na individualidade, nas relações de respeito à subjetividade e identidade, tanto do usuário, quanto do trabalhador em saúde. Imbuídos de uma nova forma de conceber o processo saúde-doença que “uma nova concepção que o reconheça como um ser social em constante interação com os outros homens, com o seu meio, transformando-o e sendo transformado por ele”(Spagnol, p.124, 2005).

A Saúde Coletiva surgiu, no final da década de 1970, constituindo-se como campo de saberes e práticas, tendo como uma das premissas a crítica ao modelo médico-centrado e a formação de profissionais, especificamente nos níveis de pós-graduação. O seu desenvolvimento histórico ocorreu, principalmente, em países da América Latina, com influência da inflexão teórica da Epidemiologia Social latino-americana que enfatizava a relevância do caráter social imbuído no processo saúde-doença e de seus determinantes.

No Brasil, particularmente na década de 1980, a forte articulação entre pensamento e ação tornou a Saúde Coletiva um campo expressivo para as mudanças ocorridas na área da saúde. Incorporou e reconheceu a importância do sujeito singular

e subjetivo, mas também do coletivo, dos contextos sociais e ambientais como determinantes de seu objeto de interesse.

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a articulação entre novos conceitos e práticas tem sido um dos elementos propulsores da mudança pretendida e esperada nos modelos assistenciais necessitando para tal, a formação e atuação adequada e alinhada dos profissionais de saúde para a efetividade da Saúde Coletiva.

A enfermagem, entre as diversas outras áreas, tem se voltado para as questões apresentadas no campo da Saúde Coletiva, em reflexões, debates e transformações em suas práticas e conhecimento por sua intervenção e cuidado como atividades fundamentais. Busca uma atuação ampliada frente o reconhecimento de necessidades de saúde de indivíduos e famílias dos diferentes grupos sociais, inseridos em um determinado território com características e necessidades próprias, envoltos em um processo de circularidade entre trabalho em saúde e demanda dos usuários.

O próprio estatuto da profissão ressalta que os Técnicos realizam atividades além das práticas de rotina, participando do rol diversificado de atividades de alta complexidade, relacionando-se com os diferentes profissionais da equipe em relação próxima e freqüente com o usuário, morador do território de cobertura da Unidade Básica.

A complexidade descrita não se atém apenas aos procedimentos, mas também ao ato relacional em si que caracteriza o ato em saúde ao se efetivar na própria oferta do serviço que, ao ser efetivado na relação com o outro, enaltece a importância dos envolvidos, pois um não existe sem o outro. Isto leva à conclusão que um é e torna-se imprescindível ao outro nesta ação que transforma e é transformada no ato de sua concretude.

Julga-se importante compreender e considerar que, preconizados pelas diretrizes do SUS, a ação em saúde prescinde do respeito mútuo, no qual o Técnico de Enfermagem precisa estar aberto e disponível para a escuta. Necessita, para tal, ofertar espaço-tempo interno para a relação frente às necessidades do outro que nem sempre é só biológica, pois existem outros fatores determinantes dos sofrimentos, além das manifestações físicas (Campos, 2006).

Este repertório parece ser passível de interferência tanto na sua ampliação quanto na sua limitação pelas características do território de atuação, pela supervisão, bem como pelas suas relações em determinadas circunstâncias:

Em si e por si, as atividades concretas de trabalho da divisão do trabalho são de caráter interativo e emergente. Indivíduos e grupos estão engajados num processo contínuo de conspiração, evasão, negociação e conflito enquanto lidam com variadas circunstâncias e situações de seu trabalho, em certo sentido moldando os termos, as condições e o conteúdo de seu trabalho independentemente do modo formal de organização que esta sendo usado para justificar, controlar ou conceituar suas atividades (Freidson, p. 93-4, 1998).

Em algumas situações de intervenção dos profissionais da enfermagem parece ser importante indagar quem é o técnico, o que faz, o que lhe é atribuído legalmente e com quem operacionaliza o seu saber porque, em parte, a "(in)visibilidade parece ser efeito da divisão social do trabalho que ora é respeitada ora não parece ser delimitada, talvez como resultante das dinâmicas do processo de produção e aplicação dos conhecimentos dominantes, principalmente o de nível superior.

Quando especificada em suas práticas aparece, sobremaneira, o saber dominante da maior qualificação como se o conhecimento ali produzido estivesse descolado do conjunto dos praticantes, das interfaces entre os outros estratos profissionais e a equipe multiprofissional na qual este coletivo está inserido.

A efetivação do Sistema único de Saúde demanda novas propostas de reorganização dos serviços de saúde, o surgimento de novas profissões, a identificação de alterações significativas no conteúdo e nas práticas do trabalho em saúde.

Nas últimas décadas, a análise das diferentes formas do trabalho em saúde tornou-se uma destacada tendência que passou a configurar em inúmeros estudos e interesses sobre o assunto.

Neste sentido, o interesse específico deste estudo recai sobre o trabalho dos Técnicos de Enfermagem, subdivisão legal no interior da profissão enfermagem. Encontram-se inseridos na totalidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Americana-SP, município cujo sistema de saúde em vigor é resultante de uma construção sóciohistórica própria e anterior ao SUS.

Existem inúmeras publicações e estudos que estão polarizados, principalmente, sobre o trabalho dos enfermeiros e, em menor número, porém ainda significativo, sobre os Auxiliares de Enfermagem.

Em relação aos Técnicos de Enfermagem, inseridos no estrato médio da profissão, foram encontrados poucos estudos que exploram as possíveis interfaces tanto no interior da profissão enfermagem quanto na dinâmica do trabalho em saúde.

Os Técnicos de Enfermagem encontram-se como estrato da profissão e como tal, esta é frequentemente referenciada pelo coletivo enfermagem e, quando especificada em suas práticas aparece, sobremaneira, o saber próprio e apropriado do nível superior, ou seja, os enfermeiros.

As análises dos processos de trabalho, das formas de distribuição de atividades e suas atribuições, bem como dos processos de profissionalização na saúde, em geral, estão circunscritas aos serviços de saúde e aos profissionais de nível superior. Predominam, assim, estudos sobre o trabalho e o processo de profissionalização dos médicos e enfermeiros, em sua maioria.

Esta concentração pode estar relacionada à posição/participação destes profissionais no sistema de saúde durante um longo período histórico, pelo reconhecimento dos mesmos como atores políticos privilegiados no processo da reforma sanitária, na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como nos diferentes momentos da conformação política – social do país.

A enfermagem, uma das profissões presentes no setor saúde há longo tempo e em diferentes momentos históricos, ainda se encontra concentrada e reconhecida por alguns estratos polarizados sem se fazer conhecer, de fato, como um campo profissional sustentado por três níveis jurisdicionados, a saber: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Pretende-se discutir neste estudo os olhares dos profissionais da saúde sobre o trabalho dos técnicos de enfermagem da Atenção Básica, buscando analisar as relações entre suas práticas e o modo de organização do trabalho no espaço determinado de oito Unidades Básicas de Saúde, territorializado no município de Americana-SP.

Estas práticas pertinentes ao estrato técnico do conhecimento e no interior da profissão enfermagem nem sempre parecem ser reconhecidas e/ou valorizadas, apesar de numericamente significativas nas ações de saúde. Isto pode estar relacionado à divisão técnica e social do trabalho que se faz presente desde os primórdios da constituição da profissão (Spagnol, 2005).

A existência legal destes profissionais e a busca pela profissionalização dos trabalhadores de nível médio na enfermagem tem sido debatido por meio de seu órgão de classe, em particular, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e das políticas públicas, em especial da saúde e da educação com mais ênfase a partir da década de 1970 (Germano, 2003).

O debate sobre a nova formação de nível médio, que é o interesse deste estudo, foi apresentado no I Seminário Regional de Ensino Médio de Enfermagem, sediado em Curitiba-Pr, em 1966, fundamentado na Lei de Diretrizes e Bases - LDB 4021/61.

Julga-se importante ressaltar a atuação e os movimentos engendrados no interior da profissão enfermagem entre o final dos anos 1980 e meados de 1990. Houve mudança resultante de seminários regionais e nacionais cujo foco profissional deixa de ser a assistência às doenças pelo novo paradigma do cuidado humano, gerando novos parâmetros curriculares, preconizando a formação articulada entre competência técnico-científica e político-social.

O currículo contempla estreita relação entre processo de formação e processo de trabalho, incorporando mudanças nos marcos conceituais do trabalho em saúde pela compreensão conjuntural do país e do contexto sanitário (Carvalho & Ceccim, 2006).

Em 25/06/1986, é promulgada a Lei 7498 conhecida como Lei do Exercício Profissional, a qual dá outra direcionalidade a essa composição e estabelece o que está em vigor nos dias atuais constituindo a profissão em três níveis apenas e definindo atribuições específicas a cada um.

Decorreram 20 anos, desde a proposta ter sido colocada em debate em Curitiba-Pr, em 1966 e a promulgação da nova Lei do Exercício Profissional, em 1986.

Após este período foi possível tornar realidade esta nova subdivisão no interior da profissão com um delineamento legal e jurisdicionado no interior da profissão.

Antes da aprovação da lei do Exercício Profissional, em 1986, a profissão se sustentava com a prestação de serviços de enfermagem ofertados pelos Atendentes de Enfermagem, um significativo contingente, porém sem qualificação formal; os Auxiliares de Enfermagem com formação para atuações simples e rotineiras e os enfermeiros, nível superior, que atuavam em supervisão, ensino e procedimentos técnicos de maior complexidade.

Este coletivo buscava na formação técnica uma nova estrutura de suporte e resolutividade capaz de atuar entre estes dois pólos de intervenção com uma aplicação prática, que estruturasse este campo específico de conhecimentos de uma forma mais equilibrada e dividida. Para tanto, era necessário a constituição de uma nova força de trabalho, legitimada pelo credenciamento escolar e legalmente delimitada frente ao significativo contingente de Auxiliares de Enfermagem com escolarização de nível fundamental e onze meses de ensino médio profissionalizante.

A ampliação da base de atuação do setor saúde e da enfermagem em específico, que vem se configurando com a ampliação da oferta de serviços, da demanda e incorporação de novas tecnologias requer, além da formação adequada e permanente, o desenvolvimento de contínuos processos de construção de conhecimento, uma vez que a qualidade do cuidado e da formação de seus profissionais estão relacionados à reflexão crítica sobre a realidade do processo de trabalho, a capacidade de intervenção e a proposição de mudanças para adequar-se a uma realidade dinâmica e diversificada.

A Lei 7498/86 vem fazer frente às contingências e anseios profissionais deste período que antecede a Reforma Sanitária com vistas a redimensionar o quadro de recursos humanos no setor saúde. Este apresentava uma estrutura ocupacional polarizada com a presença significativa de profissionais de nível superior (médicos, principalmente), pouca oferta de profissionais de nível médio/técnicos, pouca diversificação e alta incorporação de pessoas sem qualificação formal como os Atendentes que, conforme dados da ABEn/COREN, em 1976, respondiam por 35,8% do total de empregos no setor saúde e, em 1984 por 29,9% (COREN, 2001).

O reconhecimento de uma especialidade profissional pressupõe arranjos institucionais de organização e jurisdição em meio a conflitos e disputas distributivas intra e interprofissionais. A profissão enfermagem frente ao surgimento de novas tecnologias, expansão da oferta de serviços em saúde, domínio de um campo de saber e território de práticas, principalmente, se organiza, em 1986, em apenas três estratos componentes: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A enfermagem no Brasil, desde a sua origem, se fez representar por um contingente significativo de trabalhadores, porém a qualidade da formação constituiu, por determinado período, ponto crítico a ser equacionado frente até mesmo às grandes dimensões territoriais do país, a distribuição desigual entre as diferentes regiões que perdura até o presente com uma concentração significativa de profissionais nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, principalmente (Göttems,2007).

A profissão enfermagem, por meio de suas ações específicas, se reorganiza para com um coletivo de trabalho jurisdicionado, assumir uma postura de enfrentamento e responsabilização profissional frente aos problemas existentes e em consonância com os direcionamentos legais do sistema rompendo com antigas formas de trabalho de caráter hospitalocêntrico (Germano, 2003).

A qualidade e a continuidade da formação dos profissionais parece centralizar e ocupar a agenda de debates com vistas a legitimar a proteção e o reconhecimento de um campo profissional próprio e sustentar o papel de articulação na relação médico-cuidado-paciente.

Este debate está em sintonia com o determinante principal do setor saúde que se caracteriza, a princípio, pela exposição ao risco inerente aos serviços prestados pelo setor saúde que permeia tanto o usuário quanto o profissional.

Tal característica demanda funções qualificadas e reconhecidas, regulamentação da profissão independente da contratualização de trabalho a que se vinculam e que define atribuições específicas, jornadas de trabalho e estrutura ocupacional pertinente a um campo específico de conhecimento.

As políticas sociais e o preceito constitucional que estabelecem a saúde como direito de todos e dever do Estado ao ser operacionalizado no âmbito do atendimento ao usuário tem o trabalho como elemento central da organização de sua

atividade. Trabalho este que, embora permeado pelos contínuos avanços tecnológicos e a complexidade dos cuidados ao usuário quanto às suas necessidades físicas, psicossomáticas, terapêuticas e de reabilitação possibilitam apenas uma substituição limitada do recurso humano que é, em sua maioria, diferenciado pela qualificação e vinculação profissional.

Esta vinculação dos profissionais que atuam diretamente no setor de atendimento à saúde, em especial dos Técnicos de Enfermagem, apresenta, via de regra, uma contratualização formal decorrente do princípio fundamental prescrito, como direito constitucional, que visa a melhoria do bem estar da população e que, por outro lado, também beneficia os ocupantes deste referido setor:

Os dados da RAIS 2001 para o Brasil permitem estimar 1,9 milhão de pessoas empregadas formalmente para o conjunto do setor saúde. Isto é, a comparação dos resultados revela que, ao menos 72% dos ocupantes do setor saúde eram assalariados formais, média bastante superior à encontrada para o conjunto do nosso mercado de trabalho (Dedecca et al, p. 135, 2001).

Os Técnicos de Enfermagem, objeto de interesse deste estudo, inseridos nas Unidades Básicas de Americana são considerados “empregados públicos” legalmente vinculados por contrato trabalhista prescrito pela Constituição das Leis do Trabalho (CLT), por prazo indeterminado para o exercício das funções pertinentes à sua qualificação formal na administração direta, autárquica e fundacional.

Como tais, os empregados públicos só podem ser admitidos pela via do concurso público, de acordo com a nova redação dada pela Emenda n. 19, ao inciso segundo do Artigo 37 da Constituição de 88. A contratação pelo regime celetista e a admissão via concurso público impedem a ocupação de outros, sem a devida formação, baseados em critérios arbitrários de competência ou indicação política.

A criação da figura jurídica do emprego público foi decorrente de revisões constitucionais associadas às iniciativas da Reforma Administrativa do Estado:

O emprego público compõe parte das medidas de flexibilização do trabalho que foram adotadas pelo governo Fernando Henrique Cardoso com o explícito propósito de ajustar a economia, em geral, e a administração pública, em particular, a requisitos de eficiência do controle de gastos (Nogueira, p.48, 2003).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) fundamentado no Censo Demográfico 2000 este “registra 198.153 médicos, 54.064 enfermeiros e 422.583 técnicos e auxiliares de enfermagem no país” (Dedecca et all, p. 136, 2001).

Embora os últimos estejam em quantidade superior a duas vezes o contingente de médicos e quase oito vezes o número de enfermeiros, os dados numéricos e/ou qualitativos divulgados contemplam técnicos e auxiliares, sem distinção, enquanto sujeitos sociais integrados à equipe de saúde.

Em consulta ao COREN – SP em 24/08/2010, este apresenta um total de 345.500 profissionais cadastrados registrando 62.677 enfermeiros, 83.907 técnicos de enfermagem e 197.816 auxiliares no Estado de São Paulo, conforme última atualização em 05/2009. Quanto ao número de técnicos de enfermagem no país, conforme a mesma fonte oficial de consulta, referencia ter cerca de 350.000 técnicos de enfermagem cadastrados no Brasil<sup>3</sup>.

Por tais informações é possível verificar incremento no número de profissionais decorridos nove anos do último censo realizado no país, o que parece constituir um movimento numérico significativo no interior da profissão enfermagem.

Numericamente presentes, formalmente incorporados aos vínculos de proteção salarial, o trabalho dos Técnicos de Enfermagem, contudo, parece estar ligados às práticas de rotina, sob a supervisão do enfermeiro. Prevalece a divisão vertical entre as diferentes categorias de trabalhadores, em conformidade com os níveis de formação que compõem a enfermagem – enfermeiro com nível superior, técnico de enfermagem com ensino médio, auxiliar de enfermagem com ensino fundamental. Na divisão de responsabilidades e dos papéis, cabe ao enfermeiro as atividades de ensino, supervisão e gestão e, ao pessoal técnico e auxiliar, as atividades de assistência próprias e atribuídas, conforme jurisdicionamento (Anexo IV).

---

<sup>3</sup>Fonte: CORENSP. Disponível em: <<http://claudioa@webcorensp.gov.br>. Acesso em 24/08/2010.

Ressalta-se que, além das atribuições jurisdicionadas para cada estrato profissional, há que se considerar também a presença destes na articulação estreita e próxima com o usuário, no estabelecimento de vínculos, utilização dos equipamentos oriundos das novas tecnologias, operacionalização dos dispositivos de controle, procedimentos, registro e tabulação de resultados parciais, principalmente.

Este conjunto de relações e intervenções práticas configuram determinado modo de atuar/relacionar com as pessoas, tecnologias e controles que nem sempre estão associados ao domínio teórico pertinente à sua qualificação e nem mesmo dimensionados na jurisdição legal da profissão.

Envolvem-se diretamente com os sujeitos no processo de assistência, no respeito à acolhida, a escuta, ao atendimento humanizado e singular, ao vínculo e na interação com o outro enquanto alguém que porta uma dificuldade, um agravo, um problema ou uma necessidade.

Em 08 de junho de 1987, o Decreto n. 94.406 regulamentou a Lei do Exercício Profissional e especificou as atribuições das três categorias para esclarecimento e detalhamento.

Apesar de regulamentado e jurisdicionado em sua base legal as áreas de competência, na prática, a pesquisa de campo e o relato dos entrevistados neste estudo nem sempre parecem delinear com clareza as fronteiras entre os três estratos da categoria em questão.

Observa-se, em alguns espaços de trabalho escolhidos para este estudo, flexibilização presente nas fronteiras entre Técnicos e Auxiliares de Enfermagem como prática usual delineada em maior ou menor conformidade com os diferentes arranjos locais organizativos, aos diferentes territórios e às características próprias dos enfermeiros em atividade e supervisão.

Tais fronteiras profissionais parecem mais ou menos delineadas de acordo com o processo de organização dos serviços de cada local, pois o ambiente de trabalho ou território parece possuir sua própria fonte de influência sobre o dimensionamento, reconhecimento e valorização ou não do trabalho ofertado pelos Técnicos de Enfermagem:

A vida de trabalho do dia-a-dia não é uniforme, pois o que, em teoria, é o mesmo conjunto de tarefas, para muitas ocupações é praticado numa diversidade de ambientes nos quais podem variar não só as contingências sociais e mesmo técnicas de tarefa, mas também a verdadeira essência de tarefas destacadas do repertório completo reivindicado pela ocupação (Freidson, p.127, 1998).

Por esta linha de análise, cabe ressaltar que nem sempre parece haver obediência e respeito ao elenco básico de atribuições legalmente formalizadas como preconiza a Lei do Exercício Profissional no desempenho cotidiano de suas funções.

Questiona-se, então, se é possível construir uma identidade entre trabalhadores, atividades e qualificação como preconiza a já citada Lei para o efetivo exercício regulamentar da profissão, a divisão interna do trabalho e o espaço de atuação profissional entre os estratos construtores.

## **2.4 - Identidade Pessoal e Profissional**

Tudo é submetido a mudanças e, por esta linha de análise, não existe essências imutáveis, que não sofram ações de transformação e mudanças. A identidade de qualquer ser empírico deve ser relativizada ao momento histórico a que se refere, ao ponto de vista da análise em referência. Assim, os modos de identificação são historicamente variáveis uma vez que a identidade não é aquilo que necessariamente permanece imutável, “idêntico”, mas aquilo que se constitui como resultado das “identificações” contingentes, nos diferentes momentos e períodos (Dubar, 2006).

Para este autor, esta construção é delineada pelo resultado e movimento de duas operações em contínuo processo: a diferenciação e a generalização. A primeira configura aquilo que se legitima como singularidade de alguém ou de alguma coisa em relação aos assemelhados cuja “identidade é a diferença” (Dubar, 2006, p.8).

A generalização, para o citado acima, define o ponto comum entre um conjunto de pessoas, diferentes entre si, mas que congregam o mesmo objetivo, mesma crença e/ou propósito cuja identidade é configurada pelo pertencimento a algo ou a alguma coisa.

Tais conceitos aproximam-se das trajetórias pessoais na escolha de uma profissão que como tal está submetida em um conjunto de pessoas singulares que congregam um objetivo comum e se constroem também pelo pertencimento e identificação com intervenções e práticas diferenciadas:

Profissão é um método formal lógico e empiricamente possível de controlar a organização do trabalho [...]. O conhecimento e a especialização são intrinsecamente ligados à ocupação e ao trabalho, dentro de um leque que vai do conhecimento cotidiano e da habilidade necessária para a realização do trabalho dito 'não-especializado' até o conhecimento teórico e a competência discricionária ligados ao 'trabalho especializado ou profissional' (Freidson, 1998, p.27).

Esta legitima um coletivo pré-existente inscrito em uma continuidade histórica que confere uma “identidade categorial” aos profissionais com uma qualificação específica e pertinente ao conjunto (Dubar, 2006).

A identidade coletiva para o autor é, principalmente, uma forma defensiva de um campo profissional resultante do processo de elaboração, de “negociação”, de regras e normas que constituem o arranjo organizacional e protetivo da profissão, enquanto ator coletivo.

Os indivíduos buscam se identificar primeiro pelo seu grupo cultural, a sua comunidade de origem que pode ser a família, seus traços físicos ou lingüísticos, que o autor referencia como “identidade comunitária” (Dubar, 2006).

A identidade pessoal ou comunitária, conforme Claude Dubar, ao considerar o indivíduo como um ser social e relacional não pode ser isolada da trajetória profissional, do seu percurso de formação, da mobilidade social, da ascensão tanto a atividades qualificantes como a convicções e compromissos políticos, religiosos, que evoluem e se alteram durante a vida, pois “esta construção identitária é, ao mesmo tempo, um assunto eminentemente privado e um assunto político e, logo político no sentido mais forte da palavra” (Dubar, p. 139, 2006).

Antes de construir uma identidade profissional, o indivíduo, desde a infância, vai se constituindo como tal por meio de identificações parciais e sucessivas como identidade sexual, étnica, da classe social de pertencimento e, no momento da sua iniciação escolar, experimenta sozinho, sua primeira identidade social frente aos pares

e aos outros. Esta é conferida pela dualidade frente às características da instituição escolar, professores e pares, normas e regras bem como por sua performance escolar que se edifica nas e pelas categorizações dos outros, pela socialização que nos rodeia e nos constitui. (Dubar,1997).

Por esta linha de análise, deduz-se que a identidade não é dada e sim construída ao longo das diferentes socializações a que nos deparamos e que, parece reconstruir-se ao longo da vida, pois “o indivíduo nunca a constrói sozinho: ela depende tanto dos julgamentos dos outros como das sua próprias orientações e auto-definições. A identidade é um produto de sucessivas socializações” (Dubar, p. 13, 1997).

A formação escolar e profissional em sua proximidade e continuidade com a obtenção do emprego e/ou uma profissão, entendida aqui como escolha de um ofício, configura um ato significativo para a futura vida profissional.

As escolhas mais ou menos forçadas ou assumidas representam uma antecipação importante da vida futura, vida laboral, de um estatuto social a ser conquistado por intermédio de uma “especialidade” disciplinar ou técnica do trabalho que, para muitos, pode se constituir em desafio, incerteza, investimento de risco.

Tal indefinição não se configura apenas na situação de “escolha de um ofício” ou obtenção de um certificado escolar. Suscitam também em construção pessoal que envolve a referência identitária, a apreciação de suas capacidades, a realização de desejos e a conformação de nova etapa social possibilitada ou não pela formação escolar e profissional.

Esta formação constitui etapa significativa na conformação da identidade social, pois implica o confronto não apenas com critérios e especificidades do sistema educacional, como também o mercado de trabalho, os estatutos de emprego, carreira, a identificação pelo outro de suas competências e mesmo a construção para si mesmo de um projeto pessoal e profissional:

Do resultado deste primeiro confronto dependem as modalidades de construção de uma **identidade ‘profissional’ de base** que constitui não só uma identidade no **trabalho**, mas também e, sobretudo uma projeção de si no futuro, a antecipação de uma trajetória de **emprego** e o desencadear de uma lógica de aprendizagem, ou melhor, de **formação**<sup>4</sup> (Dubar, p. 114, 1997).

---

<sup>4</sup> Grifo do citado autor.

Aquilo que habitualmente designa-se por “formação” corresponde a uma modalidade singular e parcelar de um processo continuado e multiforme de socialização que coincide ou confunde-se com a trajetória profissional de cada um. Os efeitos do seu percurso formativo estão, por sua vez, intimamente ligados a trajetórias “biográficas” ou pessoais incluindo-se aí a diversidade de experiências e influências recebidas e apropriadas ao longo deste período que transcendem, sem ignorar, o período da formação profissional propriamente dito.

Ao considerarmos a complexidade inerente ao setor saúde tanto no que diz respeito ao ambiente institucional de suas organizações as quais concentram interesses, nem sempre convergentes, dos diferentes profissionais da saúde, dos usuários/beneficiários, dos fornecedores e dos gestores, principalmente, quanto das características próprias do setor de serviços em que a saúde se encontra, percebe-se a complexidade da construção da identidade profissional dos Técnicos de Enfermagem, o interesse deste estudo, em meio a tantos confrontos, conflitos e embates:

Este processo implica uma transação que pode ser conflitual entre os indivíduos portadores de desejos de identificação e de reconhecimentos e as instituições que oferecem estatutos, categoriais e formas diferenciadas de reconhecimentos (Dubar, p.117, 1997).

A estrutura organizacional das situações de exercício profissional, os processos de socialização que aí ocorrem, a trajetória pessoal de cada trabalhador são fatores que permitem compreender a natureza de seus atos, de seus comportamentos, do sujeito singular atrás de cada um.

A ação profissional tem lugar em contextos sociais marcados pelo processo sóciohistórico e articulações políticas em que se cruzam diferentes formas de organização, controle e hierarquias, a dinâmica do território e os interesses próprios dos trabalhadores. Por outro lado, a aquisição de um conjunto de saberes, a interiorização de um conjunto de valores e o domínio de um conjunto de gestos técnicos não constituem linearidade de atos, atitudes e comportamentos comuns. Os saberes apreendidos configuram um “acumulo” de recursos que podem ser mobilizados em forma e modalidades diversas (Dubar, 2006).

Por estarem inseridos em uma associação/corporação profissional o domínio do processo de trabalho que eles executam concentra-se nos serviços operacionais, em sua maioria, delimitados no âmbito da sua formação. Porém, respondem para além da organização, a indivíduos especializados e de máxima qualificação que coordenam, supervisionam e estabelecem o que deve ser feito, quando, como e por quem deve ser realizado.

A forma divisionalizada da realização do trabalho profissional conduz a um inevitável nível relacional entre pares e superiores cujas relações profissionais constroem os atos do cuidado em saúde, mas também a identidade dos atores neste referido sistema social.

O contexto de trabalho aparece, neste estudo, como uma situação social que comporta também uma dimensão técnica, porém distingue-se aqui os técnicos de enfermagem como profissionais da relação inerente à concretização do trabalho em saúde em que as vertentes pessoal e profissional não são indissociáveis.

Objetiva-se conhecer a construção da identidade conferida pelo trabalho destes profissionais pela articulação entre a formação, as práticas, processos de trabalho e gestões locais em que estes trabalhadores encontram-se inseridos.

## **3 – OBJETIVOS**

## **Objetivo Geral**

- Analisar o trabalho dos Técnicos de Enfermagem da Atenção Básica na cidade de Americana- SP .

## **Objetivos Específicos**

1. Caracterizar o perfil dos Técnicos de Enfermagem.
2. Identificar os olhares dos profissionais da saúde sobre o trabalho dos técnicos de enfermagem da Atenção Básica na cidade de Americana-SP.
3. Conhecer o processo de trabalho desenvolvido na Atenção Básica.
4. Analisar a identidade social e profissional dos Técnicos de Enfermagem.

## **4 - QUESTÕES DE MÉTODO**

Trata-se de estudo de natureza qualitativa. A escolha desta abordagem se deve ao fato de permitir uma aproximação com a realidade, pois trabalha com o universo de comportamentos, motivações, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço ampliado das relações, dos processos e dos fenômenos (Minayo, 2004).

Ao privilegiar uma escolha não se despreza, em consequência, a utilização de dados quantitativos, que também são importantes para a compreensão e explicitação de determinados contextos e visibilidade da produção dos trabalhadores do setor saúde. Este estudo se estrutura sobre a utilização de ambos os métodos, frente aos seus propósitos e objetivos.

O enfoque qualitativo tem sua origem em Max Weber (1864-1920) que introduz o termo “entendimento”, “compreensão”, reconhecendo que, além da descrição e da medição de variáveis sociais, devem ser considerados os significados subjetivos e o entendimento do contexto no qual ocorre o fenômeno estudado. Com frequência, baseia-se em métodos de coleta de dados sem expressão numérica, como as descrições e observações. Seu propósito consiste em “reconstruir” a realidade tal como é observada pelos atores de um sistema social predefinido (Becker, 1997).

Ao pensar no método e instrumentos de operacionalização do conhecimento, o pesquisador procura traçar um caminho prévio, fazer o enfrentamento da prática em um contexto permeado de historicidade. Depara-se com a colaboração, aceitação ou não dos sujeitos sociais, tendo como horizonte a perspectiva de que qualquer conhecimento é aproximado, dinâmico e continuamente construído.

As abordagens qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado, da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais. Estas são tomadas tanto na sua origem quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 2004).

É por meio da pesquisa qualitativa que se busca compreender melhor a realidade que emerge da percepção, do relato e da experiência dos informantes. Nesse sentido, optou-se por esta linha de pesquisa no intuito de ressaltar, como objetivo deste

estudo, a representatividade, os papéis, o contexto e as dinâmicas relacionais presentes no material discursivo e na observação participante.

O estudo de natureza qualitativa deu-se em face da possibilidade de investigação da realidade social para além do observável no contexto e em uma somatória ao quantificável. Essa abordagem foi escolhida por permitir visualizar o objeto de interesse, considerando a sua especificidade, determinações históricas e as relações institucionais e organizativas que permeiam as possibilidades de valorização, análise, interpretação, construção e reconstrução nas relações entre os sujeitos sociais.

Para Minayo (2004), as pesquisas qualitativas, ao privilegiarem os significados, vêm sendo impulsionadas pelo fortalecimento da introspecção do homem e da observação de si mesmo. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa é importante para:

- a) compreender os valores culturais e as representações de determinados grupos sobre assuntos específicos;
- b) compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais;
- c) avaliar as políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina (Minayo, 2004, p.134).

É importante enfatizar que a abordagem qualitativa deve desenvolver-se de forma dinâmica, reformulando-se continuamente, ou seja, dados coletados ou análises feitas podem e devem, caso seja conveniente, ser veículos de uma nova busca de informações.

O método qualitativo parte do princípio de que entre o mundo real e o sujeito de interesse há uma interação constante e transformadora, um vínculo que se estabelece entre o mundo objetivo e o subjetivo. Estabelece-se uma interdependência entre o pesquisador e seu objeto de estudo na busca de um corpo qualitativo de dados e informações.

Neste estudo, interessa conhecer o trabalho dos técnicos de enfermagem na Atenção Básica da cidade de Americana/SP, o que corresponde a um espaço mais profundo de relações e inter-relações próprias de em ser reduzidas à condição de variáveis.

Para este estudo foram escolhidas oito entre as vinte e três Unidades Básicas do município, considerando que quatro delas comportam, no mesmo espaço físico, também a Unidade de Pronto Atendimento. Neste contexto, o objetivo foi

entrevistar técnicos de enfermagem inseridos em uma equipe com maior número de profissionais médicos e da enfermagem, bem como diferentes formas de atendimento, considerando uma menor vinculação com a população atendida.

Por isso, julga-se adequada a escolha pelo método qualitativo, já que se pressupõe uma relação do sujeito com o seu conteúdo, ocasionando uma articulação entre a objetividade e a subjetividade que o constituem como indivíduo. Considera-se também o participante do estudo como capaz de produzir conhecimentos e de transformar suas práticas a partir de suas reflexões e relações.

O pesquisador está incluído no campo que investiga, em uma relação dinâmica, construída e constituída em consonância com o sujeito de seu interesse. Acha-se implicado em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto, a questão que configura o seu estranhamento, o aporte teórico escolhido, até o resultado do trabalho, pois “ser pesquisador é também estar integrado no mundo: não existe conhecimento científico acima ou fora da realidade” (Minayo, p.19, 2006).

Ao se conceber a pesquisa científica como processo interativo do pesquisador com a realidade a ser estudada, enseja-se um debate acirrado sobre a natureza e objetividade do conhecimento produzido. A subjetividade e o envolvimento do pesquisador, no entanto, são condições da pesquisa que, uma vez conhecidas, assumidas e analisadas, podem ter como fruto a tentativa de objetivação do conhecimento (Denzin e Lincoln, 2006).

Nesta perspectiva, a explicitação das concepções teóricas do pesquisador, conceitos e pressupostos adotados, as técnicas de coleta de dados e categorias de análise utilizadas são norteadores dessa objetivação, além da utilização de cuidados e procedimentos metodológicos pertinentes (Minayo *et al*, 2007).

A pesquisa qualitativa é uma atividade situada, que localiza o observador no contexto escolhido, o que significa dizer “que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem” (Denzim & Lincoln, p.17, 2006).

Por se tratar de apenas um pesquisador destinado ao trabalho de campo, escolheu-se, entre as vinte e três Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes na cidade de Americana/SP, quatro com funcionamento 24 horas junto com Pronto-

Atendimento, e quatro que ofertam serviço ambulatorial e agendamento de consultas das 7 às 16h.

Após a definição dos locais da pesquisa, o pesquisador comparecia às Unidades de Saúde em dias e horários diferentes procurando se familiarizar com o contexto, o movimento e o entendimento do processo de trabalho em vigor. Colocava-se na recepção, em meio aos usuários e anotava no Diário de Campo o que via, entendia e percebia da dinâmica local.

O período de coleta de dados estendeu-se de 05 de janeiro de 2010 à primeira quinzena de março de 2010, logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em dezembro/2009 e do retorno das férias de algumas enfermeiras responsáveis pelas oito unidades selecionadas.

Houve facilidades para a realização da coleta de dados, pela presença de menor número de pessoas que procuravam por atendimento nas Unidades escolhidas, talvez em função de férias escolares. Isto proporcionou aos técnicos de enfermagem entrevistados um tempo para participação e ao pesquisador um período mais tranquilo para efetuar os contatos preliminares e a exposição dos objetivos da pesquisa quando as entrevistas eram feitas no local de trabalho.

A *observação participante* responde ao interesse de compreensão de uma estrutura específica ou a um problema substantivo, que objetiva tanto descobrir hipóteses quanto testá-las. (Becker, 1997).

Com a utilização da *observação participante* almejou-se a construção de um estudo que vislumbre os sujeitos no contexto e no interior das equipes multiprofissionais. Buscou-se ouvir, registrar e compreender os códigos sociais e significados próprios de cada equipe nas diferentes Unidades de Saúde escolhidas, cujos resultados sejam produzidos como um coletivo de saberes. A referida técnica foi escolhida com uma das formas de tentar apreender uma parte da realidade ao “observar as pessoas que está estudando para ver as situações com que se deparam normalmente e como se comportam diante delas” (Becker, 1997, p.47).

A inserção do pesquisador no grupo a ser estudado foi precedida de um planejamento dividido em etapas, incluindo-se a seleção e definição dos objetivos, a escolha do local onde o estudo será realizado e o estabelecimento dos contatos

necessários para a entrada no campo. Na segunda etapa, realizou-se uma busca mais sistematizada dos dados, sendo selecionados os mais significativos frente aos propósitos da pesquisa, registros, arquivos e documentos complementares. Em seguida, partiu-se para a compreensão dos dados, situando as várias descobertas em um contexto ampliado articulando a fundamentação teórica com o processo de pesquisa.

Almejou-se a objetivação de problemas concretos, sendo que os próprios envolvidos tinham espaço e participação efetiva para realizar análises críticas e propor soluções, embora não necessariamente vinculadas a uma ação direta e observável. A observação participante, as técnicas e as etapas que a complementam e operacionalizam tal arcabouço metodológico propiciam que “o pesquisador trabalhe, de tal forma que a própria seleção do problema de investigação brote da discussão entre especialistas e a população escolhida” (Minayo, p.162, 2006).

A tarefa de observação na pesquisa qualitativa não é tão simples e nem tão fácil de ser realizada, como se imagina antes da entrada no campo propriamente dito. O pesquisador, em diversos momentos e situações, vê-se envolvido com os dados que busca coletar, sofrendo influências diversas relacionadas à sua história de vida pessoal, bagagem cultural, valores e princípios; mesmo preparado para o procedimento, corre, em alguns momentos, o risco de “perder” a clareza do seu papel.

Em duas situações o pesquisador deixou o local das entrevistas antes do previsto por não se sentir capaz de manter uma atitude aberta e despojada o suficiente para não interferir no campo selecionado. Ao vivenciar o espaço, o tempo dos investigados e partilhar de suas experiências, torna-se difícil, em alguns momentos, desprender-se de seus preconceitos e predisposições pessoais.

O enfoque quantitativo presente neste estudo utilizou-se da coleta e análise de dados, ensejando responder e/ou clarificar as questões da pesquisa, partindo da premissa de que os objetivos traçados ganham maiores evidências quando o contexto escolhido pode ser dimensionado com medidas exatas e quantificáveis.

Esta convergência de enfoques auxilia na descoberta de questões relevantes que são construídas no percurso do estudo, possibilitando refiná-las e respondê-las como um processo dinâmico entre os “fatos” observados e registrados e sua

interpretação e análise. Para esta compreensão, julga-se necessário registrar, documentar os dados que venham clarificar a objetividade das informações obtidas.

No planejamento da pesquisa, buscou-se empregar o enfoque quantitativo nos oito contextos selecionados, ensejando dimensionar as práticas de saúde entre os diferentes profissionais componentes, as singularidades, buscando captar experiências pelo relato dos próprios sujeitos em seu ambiente natural.

A quantificação dos dados permite minimizar possíveis vieses e “tentar uma maior formalização e sistematização das várias operações de que se fazem uso, de modo que a pesquisa qualitativa possa tornar-se um esforço do tipo mais ‘científico’ e menos ‘artístico’” (Becker, 1997, p.64).

## **4.1 – Entrevistas**

A pesquisa qualitativa se propõe a investigar obtendo dados descritivos de uma situação previamente escolhida, o que envolve o contato direto do pesquisador com o recorte da realidade, preocupando-se em captar a perspectiva dos participantes escolhidos.

Reconhecendo as questões de método como a fundamentação teórica de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a aproximação do recorte de realidade escolhida e o objetivo definido pelo pesquisador, optou-se por utilizar a entrevista como um instrumento que possibilite alcançar tal propósito (Minayo, 2007).

A entrevista, como um recurso da pesquisa qualitativa, é um encontro social entre pessoas que, neste caso específico, se dá entre o sujeito – pesquisador e os sujeitos sociais pesquisados. Tem o objetivo explícito de investigar e compreender a realidade do sujeito pesquisado, apesar de reconhecer que esta técnica escolhida não possibilitará apreender fidedignamente as práticas dos entrevistados, mas as narrativas de suas práticas, segundo a visão dos próprios narradores (Minayo, 2007).

Ao lado da observação, a entrevista é um dos procedimentos básicos de coleta de dados, o que possibilita o contato direto do pesquisador e do objeto de interesse, com a preocupação de captar a perspectiva daqueles que dela participam.

Na abordagem qualitativa deste estudo, o roteiro de entrevista contém 07 questões para os técnicos de enfermagem, 05 para os enfermeiros e 03 questões para os médicos. O roteiro, nesse caso, funciona como guia, facilitador de contato, direcionamento e aprofundamento da comunicação.

Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, ou seja, aquela que combina questões fechadas (ou estruturadas) e respostas livres e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o assunto apresentado, sem condições previamente fixadas pelo entrevistador (Minayo, 2007).

Frente à dificuldade de entrevistar os trabalhadores escolhidos, otimizaram-se as oportunidades dos “encontros” ocorridos no interior da Secretaria Municipal de Saúde do município, antes ou depois destes trabalhadores participarem de reuniões de trabalho, e até mesmo em atividades de saúde ofertadas junto às diferentes comunidades das quais também estivessem participando.

Cinco entrevistas, isto é, 33% do total de técnicos de enfermagem entrevistados, foram realizadas nos finais de semana - preferencialmente aos sábados à tarde, próximo ao horário de almoço dos profissionais, que se revezavam em função do atendimento à população - e aos domingos, pela manhã. Seis entrevistas, isto é, 40%, foram realizadas em uma sala de reunião da Secretaria Municipal de Saúde; finalmente, 27% foram realizadas nos eventos de saúde junto às comunidades, após a anuência do profissional e em local isolado da frente de atendimento.

Com as nove enfermeiras entrevistadas as mesmas circunstâncias foram seguidas, pois ao se tratar de uma equipe de trabalho é bastante frequente estarem juntos nas Unidades selecionadas, nas reuniões ocorridas na Secretaria Municipal de Saúde, bem como nos eventos de saúde locais.

Os profissionais médicos foram, em sua maioria, entrevistados no local de trabalho; apenas um médico pediatra optou por realizar a entrevista em uma sala de reunião da Secretaria de Saúde local, após ter participado de uma reunião com outros profissionais da sua especialidade.

Os diferentes locais escolhidos para a realização das entrevistas foram motivados pela preocupação e cuidado em não constranger os entrevistados, cerceando-lhes as narrativas frente às diferentes questões apresentadas. Ciente de que, em sua totalidade, os espaços físicos ainda eram pertinentes às suas relações de trabalho - o que poderia caracterizar um viés importante e de grande poder de interferência nos relatos obtidos - o pesquisador procurou lugares isolados, respeitando a individualidade, o sigilo e a menor exposição possível do entrevistado.

Nas Unidades Básicas de Saúde, o local de trabalho, a pesquisadora se apresentava na recepção, procurava pela enfermeira para esclarecer os motivos de sua presença no local, os objetivos da pesquisa e seu interesse pelos técnicos de enfermagem. Após obter autorização, a própria enfermeira, via de regra, fazia a apresentação aos técnicos como forma de anuência e liberação.

A escolha do local era feita pelos próprios entrevistados e, logo no início, era esclarecido que poderiam interromper quando julgassem necessário, como forma de respeito aos profissionais presentes. Procurava-se manter a porta aberta para facilitar o acesso e a visibilidade dos outros profissionais, bem como o acompanhamento do fluxo de pessoas, caso fosse necessário auxiliar no atendimento da Unidade.

Desta forma, as entrevistas realizadas entre os técnicos de enfermagem aconteceram na cozinha, nas salas de inalação, curativo, vacina, medicação, atendimento médico de diferentes especialidades e nas dependências da recepção, conforme a escolha dos entrevistados.

Quando a enfermeira não estava presente na Unidade iniciava-se o contato pela recepção e era indicado/consultado o técnico que estivesse mais próximo do local e sem atendimento, no momento.

Estas etapas e procedimentos foram previamente “negociadas” com a Diretora da Atenção Básica e com a enfermeira-coordenadora que, em primeiro lugar, foram consultadas, informadas sobre os objetivos da pesquisa e sobre as oito unidades escolhidas pela pesquisadora como representativas do todo, dada a pertinência em relação aos objetivos.

Houve problemas e dificuldades desencadeados, principalmente, pelas enfermeiras; uma delas, inclusive, mostrou-se apreensiva por ser recém-admitida na

instituição e estar ainda no período de adaptação à instituição e ao local de trabalho. Foi-lhe feita a exposição dos objetivos do estudo e dada a liberdade de participar ou não da pesquisa. Após o conhecimento das questões, esta profissional optou por participar - com a ressalva de que o faria a fim de “contribuir para a profissão que escolheu”.

Outra tentou impedir a realização das entrevistas, procurando “convencer” os técnicos presentes na Unidade da não obrigatoriedade, tendo questionado a aprovação do Comitê de Ética para tal. A pesquisadora procurou não confrontar a autoridade da enfermeira, apresentando o documento de aprovação pelo Comitê de Ética e desculpando-se por não tê-lo apresentado desde a sua chegada; em seguida, explicou o motivo da sua presença e os objetivos da pesquisa. As duas técnicas presentes concordaram em participar, alegando o interesse demonstrado por “alguém” no trabalho realizado por elas.

A primeira técnica de enfermagem foi entrevistada sem qualquer interrupção, porém, logo no início da segunda entrevista, a enfermeira entrou na sala onde a mesma estava sendo realizada e começou a mexer nas embalagens plásticas que protegiam alguns medicamentos.

O barulho dificultava a gravação, e a presença muito próxima da enfermeira levou a técnica a diminuir o tom de voz em um primeiro momento; em seguida, passou a dar respostas evasivas e curtas para as questões formuladas.

A pesquisadora, frente à proximidade da enfermeira e ao comportamento da técnica, sugeriu a mudança de local, porém a mesma sorriu e manifestou o desejo de “terminar” a entrevista ali mesmo.

Cabe ressaltar que não houve nenhuma recusa dos quinze técnicos de enfermagem escolhidos para participar da pesquisa. Em apenas um caso a entrevista foi repetida em função de falha da pesquisadora, que realizou toda a entrevista, porém se esqueceu de ligar o gravador. Voltou-se ao local e, após a autorização da enfermeira, a técnica foi informada do ocorrido, fez um comentário solidário e prontamente procurou um local em que a entrevista fosse realizada e gravada.

As entrevistas com os técnicos de enfermagem foram realizadas na última etapa, pois o processo se iniciou com os 05 médicos (02 pediatras, 02 clínicos e 01

ginecologista), seguido das 09 enfermeiras. Estes profissionais foram entrevistados no próprio local de trabalho, entre as oito Unidades selecionadas para este estudo, conforme manifestação do interesse e adequação às suas jornadas de trabalho e compromissos profissionais.

O objetivo para entrevistá-los na última etapa foi de “ouvir” os outros profissionais falarem sobre o trabalho desenvolvido por este grupo de profissionais, antes mesmo de conhecer o próprio relato deles, proporcionando clareza, dimensão e reconhecimento do tema escolhido.

Os quinze técnicos de enfermagem, sujeitos deste estudo, foram entrevistados em seus locais de trabalho, em eventos ofertados à comunidade, bem como em situações que antecederiam ou sucediam as reuniões onde estes convocados a comparecer na Secretaria Municipal de Saúde. Após o convite era explicado os objetivos da pesquisa, o sigilo sobre sua identificação e ofertado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Além dos problemas vivenciados, a pesquisa de campo trouxe significativas reflexões sobre o trabalho dos profissionais da saúde. Tornou mais claro a dimensão e importância das pessoas na realização de um trabalho que se concretiza na relação com o outro, no significado e nos significantes de um trabalho desenvolvido em e por uma equipe.

## **4.2 - O local da pesquisa**

As quatro Unidades Básicas de Saúde que comportam também o Pronto Atendimento escolhidas para este estudo localizam-se em pontos periféricos do município, que concentra uma grande densidade populacional, sendo que a maioria desta população foi atraída, em sua conformação original, pela construção de núcleos habitacionais.

As outras quatro Unidades foram escolhidas tendo como critério o fato de comportarem uma equipe menor contando, em sua maioria, com um técnico e uma

enfermeira. Estas unidades atendem a uma população adscrita de menor densidade demográfica, localizando-se na área central e em bairros próximos.

Quanto ao processo de trabalho e relações sócioprofissionais, estes contextos possibilitam uma maior vinculação entre profissionais e usuários, proporcionando vivências e experiências singulares.

As dificuldades encontradas relacionavam-se ao período de férias de alguns profissionais e, às vezes, da enfermeira do local. A que se encontrava na condição de substituta, mostrava-se indecisa em algumas situações, o que demandava do pesquisador uma maior e mais convincente exposição do seu papel, interesse e propósitos.

Tais situações proporcionaram ao pesquisador maiores conhecimentos, clareza quanto ao seu objeto de estudo e o enfrentamento de situações não planejadas frente à coexistência de diferentes leituras e saberes presentes na construção de um mesmo objetivo.

A pesquisa de campo utilizou-se de entrevistas semi-estruturadas, que foram realizadas no próprio local de trabalho das entrevistadas, procurando conhecer, observar e “participar”, de certa forma, do seu ambiente de trabalho.

O entrevistador, definindo previamente a Unidade que seria visitada entre as oito escolhidas para o escopo da pesquisa, comparecia ao local sem identificar-se. Sentado na recepção, procurava “entender”, identificar e se familiarizar com entrevistados, com a rotina de trabalho, as características físicas dos diferentes locais e o perfil da população atendida, registrados em seu Diário de Campo.

O comparecimento se dava em diferentes períodos e horários, bem como em dias alternados da semana, procurando observar e delinear com um pouco mais de clareza a formação das equipes de trabalho, a relação entre os diferentes profissionais, a organização dos serviços de saúde e o ritmo de trabalho, nos diversos momentos.

Ao ser reconhecido pelo pessoal da recepção ou mesmo por algum dos profissionais das diferentes formações, o pesquisador justificava sua presença pela necessidade de “levantamento de dados” procurando, na conceituação abrangente do termo, não causar constrangimento aos profissionais em serviço.

Esta etapa facilitou sobremaneira o entendimento de algumas expressões ou referências utilizadas pelos profissionais em relação às questões elaboradas para as entrevistas sobre o cotidiano de trabalho, os últimos acontecimentos e, até mesmo, alguns fatos que ultrapassaram o espaço físico das Unidades, envolvendo a população e divulgação de fatos pela mídia local.

O conhecimento das características da população atendida e da demanda, em alguns períodos de trabalho, auxiliou a avaliação do pesquisador para a elaboração das questões, contribuindo ainda para que fossem feitas algumas interpelações durante o desenrolar das entrevistas, com o objetivo de esclarecer e/ou complementar as respostas dadas.

### **4.3 – Aspectos Éticos**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, conforme Parecer CEP 1163/2009.

Os dados foram coletados a partir de janeiro de 2010, após parecer favorável deste referido Comitê e retorno de algumas enfermeiras responsáveis pelas unidades selecionadas.

O pesquisador responsável se encarregou de realizar todas as entrevistas, bem como a transcrição dos dados. Todos os contatos e registros de interesse deste estudo só foram feitos mediante a concordância espontânea dos sujeitos, expressa pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III)

Os dados de identificação dos entrevistados foram preenchidos em uma folha à parte e eliminados após a utilização necessária para a complementação dos resultados. Os entrevistados foram informados sobre o respeito, sigilo e alteração dos dados pessoais e, para não confundir a origem das informações obtidas, foi utilizada a primeira letra das profissões, isto é, nomes iniciando com **E** designando enfermeiras, letra **T** aos técnicos de enfermagem e letra **M** para médicos, em substituição aos nomes originais.

Procurou-se, nas oito unidades selecionadas, garantir ao entrevistado o direito de solicitar esclarecimentos a qualquer momento, bem como a liberdade de se recusar a participar ou desistir em qualquer etapa do desenvolvimento da pesquisa.

Ao adentrar o local, o primeiro contato era com o(a) enfermeiro(a) responsável, que após ser informado(a) dos propósitos da pesquisa e dar seu consentimento, designava os técnicos de enfermagem a serem entrevistados.

As entrevistas foram transcritas e editadas como forma de respeito aos entrevistados, bem como para se buscar um melhor ordenamento das informações colhidas.

A seguir, serão apresentados os resultados da pesquisa. Foram estruturados de forma a contemplar e contextualizar o município, tanto na sua origem sócio-histórica, por meio de uma rápida descrição cronológica, quanto no seu desenvolvimento atual. Em um segundo momento, são descritos os territórios onde se localizam as oito unidades de saúde escolhidas, nas quais os sujeitos da pesquisa estão inseridos. Em um terceiro momento, é apresentada uma breve descrição do perfil dos entrevistados e, por último, com base nos relatos obtidos e sistematizados, procurou-se caracterizar e identificar os diferentes olhares dos profissionais da saúde sobre o trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem sujeitos desta pesquisa.

## 5 - RESULTADOS

*“Uma idéia precisa suportar o peso da experiência concreta, senão se torna mera abstração” (Richard Sennett)*

## **5.1 – Contexto do Estudo: breve histórico de Americana**

A Vila de São Carlos de Campinas, pela necessidade de escoar o café e a cana-de-açúcar produzidos em seus domínios, passou a ser ligada, por estrada de rodagem, à Freguesia de Santo Antonio de Piracicaba. Essa estrada de rodagem, aberta em 1810, revelou uma região banhada por muitas águas, com terras próprias para a plantação de cana-de-açúcar e cereais, demarcadas em semarias.

A fundadora, Dona Margarida da Graça Martins adquiriu uma sesmaria de duas léguas quadradas e, junto com filhos, parentes e agregados, se mudou para estas terras em 1817, formando uma fazenda com engenho de açúcar. A região foi sendo povoada com a atração de novos lavradores e as terras iam sendo divididas em propriedades menores, voltadas à cultura de cana-de-açúcar, principalmente.

A fundadora, por devoção, doou à Cúria Paulistana uma extensão de terra para que nela fosse construída uma capela em louvor à Santa Bárbara, erguida em 1818, ano que marcou a fundação do povoado de Santa Bárbara.

Com o passar do tempo, nos arredores da capela, foi se constituindo um núcleo urbano, formado por lavradores que se dedicavam à plantação, cultivo da cana-de-açúcar e produção de cereais. A população rural foi-se adensando à medida que as sesmarias iam se fragmentando em fazendas e sítios. O número de lavouras, pequenos engenhos de cana e pastagem se multiplicava conforme o desmatamento avançava, abrindo espaço para a agricultura e pecuária.

Nas proximidades, outra sesmaria foi doada por Portugal a Domingos da Costa Machado que, em 1711, dividiu a terra em três fazendas, a saber: Salto Grande, Palmeiras e Machadinho. O solo fértil, que pertencia ao povoado de Santa Bárbara, no início serviu para o cultivo de cana-de-açúcar e café. Basílio Rangel e Capitão Ignácio Correa Pacheco, prevendo a valorização das terras impulsionada pelo projeto de expansão da via férrea, adquiriram uma parte da sesmaria localizada às margens do Ribeirão Quilombo, a Fazenda Machadinho, que se tornou um núcleo de produção agrícola.

Embrião da área central do futuro povoado, tal empreendimento já tinha, em 1866, um modelo de vida independente e próspero o suficiente para que aquelas terras

fossem escolhidas para compor o traçado dos trilhos da estrada de ferro, que estabelecia uma nova forma de escoamento da produção agrícola.

A partir de 1867, acorreram a essas terras e região os imigrantes norte-americanos, sulistas sobreviventes da Guerra da Secessão, bem como italianos e alemães, principalmente. Vieram com incentivo do governo imperial, interessado em suas técnicas agrícolas e em profissionais liberais – como professores, médicos e dentistas. Os novos métodos agrícolas potencializaram a produtividade rural, com a utilização do arado, sementes de algodão e melancia, contribuindo para o progresso e diversificação da agricultura local. Aos poucos, o povoado foi crescendo com a abertura de oficinas voltadas à fabricação, manutenção de implementos agrícolas e outras atividades artesanais.

O tronco ferroviário foi construído no sentido Capital-interior, passando pelas terras divisórias entre Campinas e Santa Bárbara, no interior da Fazenda Machadinho, em direção a Rio Claro.

A primeira estação, denominada "Estação de Santa Bárbara" e inaugurada em 27 de agosto de 1875, foi construído no sentido Capital-interior, passando pelas terras divisórias entre Campinas e Santa Bárbara, no interior da Fazenda Machadinho, em direção a Rio Claro.

Por economia e pelo traçado original, a grande malha ferroviária foi construída a 8 km do centro de Santa Bárbara e propiciou, em seu entorno, o surgimento de uma nova vila que se tornou conhecida como Villa dos Americanos, no interior de suas terras.

A inauguração da Estação Ferroviária de Santa Bárbara tornou-se o marco de fundação do novo povoado, que se constituiu pelo cultivo da cana-de-açúcar, café e algodão, o qual ajudou a delinear o desenvolvimento e a história têxtil local.

Em 1875, instala-se a primeira indústria têxtil na Villa dos Americanos - conhecida como Fábrica de Tecidos de Algodão. Em 1880, ela é adquirida por um empreendedor americano, que a denomina como *Fábrica de Tecidos Carioba*, a qual viria a se constituir em um dos pilares do crescimento do segmento têxtil.

O povoado de Santa Bárbara desenvolvia o cultivo de cana em larga escala e, em 1883, instalou o primeiro grande engenho do município, inaugurando, em 1899, uma destilaria de álcool.

A necessidade de escoar a produção de café impulsionou o crescimento dos núcleos urbanos já existentes nas terras ao redor da linha férrea. A partir de 1900, a nova vila passou a ser conhecida como Villa Americana e, em 1904, a localidade adquiriu autonomia, sendo criado o Distrito de Paz de Villa Americana, cuja jurisdição é transferida para Campinas.

Em 25 de julho de 1914, inaugurou-se uma grande usina açucareira instalada em uma das fazendas locais, o que estimulou o progresso de engenhos de menor porte que, com o passar do tempo, transformaram-se também em usinas, conglomerados no município de Santa Bárbara, consolidando uma linha própria de desenvolvimento e industrialização.

No início da década de 1920, a região passou por um processo de industrialização, com o surgimento de indústrias de implementos agrícolas voltados para o desenvolvimento do plantio da cana-de-açúcar no município de Santa Bárbara e com a diversificação de indústrias têxteis no município de Americana, emancipado em 1924.

Com o passar dos anos, surgiram novas indústrias, produzindo tecidos, implementos agrícolas e tornos mecânicos, e os dois municípios que tiveram uma origem próxima e comum se estabeleceram de fato e de direito por diferentes segmentos.

O município de Santa Bárbara consolidou-se como um dos maiores centros produtores de açúcar e álcool, bem como através da industrialização de máquinas operatrizes computadorizadas, injetoras de plásticos, entre outras, enquanto Americana potencializou o desenvolvimento de um dos maiores polos têxteis do país. Ocupando praticamente a mesma extensão territorial desde a sua origem, os dois municípios convivem, até os dias atuais, com um peculiar processo de conurbação urbana, onde apenas ruas separam - ou não - os dois municípios.

Paralelamente à sua trajetória política, Americana há mais de um século fia, beneficia, tece, modela, exporta e sustenta-se como “Princesa Tecelã”, delineando-se

como cidade industrial a partir do século XIX. A imigração italiana e os alemães imprimiram o espírito empreendedor, potencializando a produtividade rural com experiências exitosas de novas modalidades de sementes de algodão; também construíram uma vila operária moderna e bem estruturada para a época. Vivendo em um sistema paternalista, tinham emprego, casa e estrutura social - incluindo um clube de lazer e esporte, escola, biblioteca, apoio social, cultural e o atendimento de saúde que era oferecido pela Sociedade Mútuo Socorro vinculado ao núcleo fabril.

Americana foi pioneira na geração de energia elétrica com a instalação de uma usina hidrelétrica no Rio Atibaia, além de possuir ruas asfaltadas. No cultivo algodoeiro, supria a indústria de tecelagem ali instalada, enquanto o país ainda voltava os olhos apenas para o café.

Nas décadas de 1940 e 1950, as pequenas indústrias têxteis começam a ocupar um espaço considerável na urbanização e industrialização da cidade, enquanto a agricultura começa a perder a sua importância.

O município se desenvolve rapidamente e, em 1960, com uma população urbana de 32 mil habitantes e a instalação de grandes empresas multinacionais, passa, na década seguinte, para 62.387 habitantes; em 1980, a cidade conta com 121.794 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O município se notabiliza também, neste referido período, como precursor da indústria façonista, uma espécie de terceirização de serviço em que a empresa de maior porte fornece matéria-prima para que outra, de menor porte, se encarregue da produção. Este modelo de desenvolvimento econômico impulsionou o crescimento de indústrias têxteis, o aumento populacional e do setor de serviços.

Com um incontido aumento populacional, que dobrou o número de habitantes contabilizados entre as décadas de 1970 a 1980, o município presencia o agravamento dos problemas de saúde frente à capacidade de oferta instalada e inaugura o primeiro hospital público. Investe em um projeto que contempla a instalação de 20 Postos de Atendimento Médico (PAM, assim originariamente denominados) distribuídos entre os diferentes bairros da cidade, cuja administração, neste referido período, visava oferecer atendimento médico gratuito no próprio território (*Jornal O Liberal*, 22/11/1978).

No decorrer da década de 1990 e início do século XXI, os diferentes governos locais, comprometidos com a defesa dos interesses da maioria da população, estruturaram, com recursos próprios, serviços de saúde apoiados na expansão da rede de saúde.

As unidades básicas, antes denominadas Postos de Saúde, tiveram uma significativa ampliação, passando de 10 para 20 unidades neste referido período, encontrando-se também, em quatro delas, serviço de Pronto Atendimento com 24 horas de funcionamento.

Além da sua estrutura de saúde Americana é, nos dias atuais, uma das principais cidades da Região Metropolitana de Campinas (RMC), depois de Campinas e Paulínia. Apresenta o melhor índice socioeconômico da Região do Polo Têxtil (RPT), sendo um dos poucos centros urbanos que reúne, em seu território, a cadeia produtiva têxtil completa.

O setor de serviços desponta como uma nova vocação no município, além dos segmentos industriais e comerciais. Em 2008, registrava-se 13.709 estabelecimentos com aproximadamente 18 mil trabalhadores formais empregados, distribuídos entre as áreas de logística, segurança patrimonial, saúde, estética e beleza, alimentos, montagem e manutenção elétrica, mecânica e refrigeração, principalmente. (Informativo 2009).

Com uma extensão territorial de 133,9 km<sup>2</sup> o município limita-se ao norte com a cidade de Limeira; a nordeste com Cosmópolis; a oeste com Santa Bárbara D'Oeste; ao sul com Nova Odessa e a leste com Paulínia. Nos últimos dez anos, o crescimento de loteamentos particulares e conjuntos habitacionais aumentaram as áreas de conurbação de Americana em 27 pontos, predominantemente com as cidades vizinhas de Nova Odessa e Limeira. Com Santa Bárbara D'Oeste, em muitos pontos, tornou-se difícil delimitar as áreas e população, pois os limites territoriais praticamente já não se distinguem mais.

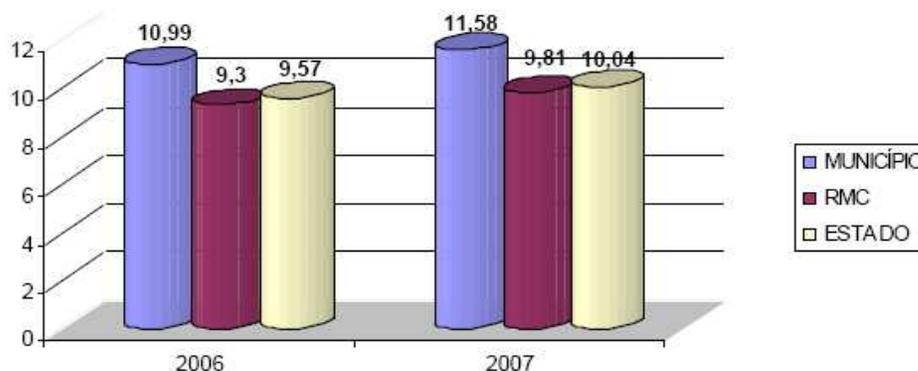
Contava, em 2008, com uma taxa de urbanização de 99,8% e infra-estrutura adequada, com 99% do município atendido pela rede de água; 95% atendido pela rede de esgoto, sendo que, deste volume, 85% é tratado; 100% de iluminação da área

urbana; 95% das ruas asfaltadas, a coleta de lixo orgânico e seletivo no território tem cobertura de 100%.

O município apresenta índice de alfabetização populacional de 96% e a rede municipal atende cerca de 15 mil alunos nas 50 unidades escolares, distribuídos entre 07 Centros Integrados de Educação Pública (CIEPs) - em período integral para alunos da primeira à sexta série; 04 Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEFs) e, no ensino infantil, 13 Casas da Criança, 22 EMEIs e 05 creches. Integram a rede de educação mais 38 escolas estaduais, 05 filantrópicas e 19 particulares (Informativo 2009).

Com população quase que totalmente urbana de 203.283 habitantes, e densidade demográfica de 1.412 habitantes/ km<sup>2</sup>, semelhante à do Estado, o município apresenta taxas de natalidade e fecundidade inferiores às da região, porém a taxa de envelhecimento mostra-se superior, o que significa maior presença relativa do contingente de idosos e menor dos jovens abaixo de 15 anos, conforme gráfico abaixo.

### Gráfico 01: População com mais de 60 anos



Fonte: Fundação SEADE

O indicador de mortalidade infantil apresenta perfil semelhante ao da região, que tem, em seu conjunto, uma situação melhor do que a apresentada pelo estado. Outros indicadores demográficos e sanitários mostram uma situação favorável a Americana, seja no contexto regional, seja no estadual. É o caso, por exemplo, das

taxas de mortalidade de jovens e idosos, de mães adolescentes, de mães que tiveram sete ou mais consultas de pré-natal e de nascimentos de baixo peso.

As razões explicativas para esse perfil certamente resultam de vários fatores, dentre os quais provavelmente se inscrevem saldos migratórios relativamente reduzidos e boas condições sanitárias e de saúde, tendo em vista os evidentes reflexos resultantes do investimento local na configuração e na infra-estrutura de assistência à saúde.

## 5.2 - O sistema local de saúde

O modelo de organização do sistema local de saúde vem se conformando ao longo das últimas décadas em função do crescimento demográfico, em expansão, e da industrialização.

Entre as décadas de 1960, 1970 e 1980, uma nova fase de expansão se apresenta, impulsionada pela instalação de multinacionais e pela conseqüente atração de um fluxo migratório populacional, que levou à duplicação no número de seus habitantes, conforme quadro abaixo:

**Quadro 01:** População do município 1960 a 1980

<b>Ano</b>	<b>Pop. Urbana</b>	<b>Pop. Rural</b>	<b>Total</b>
1960	32.000	5.856	37.856
1970	62.387	4.384	66.771
1980	121.794	261	122.055

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Com o aumento populacional, agravam-se os problemas de saúde, uma vez que a estrutura existente não atendia às necessidades demandadas. O problema, de tal extensão, não condizia com soluções em curto prazo, e o gestor em exercício prenuncia, em 1978, um projeto para a área da saúde composto pela construção de um hospital municipal e 12 Postos de Atendimento Médico, denominados no referido período, como PAM's (Jornal "O Liberal", 08/10/10978, n. 3465, 1. p.).

Em 1979, o município contava com 03 hospitais gerais privados, que ofereciam 385 leitos, e um hospital infantil com 50 leitos. Apesar de inúmeros enfrentamentos políticos contrários à construção do hospital municipal, este é inaugurado em 01/05/1982, com 101 leitos, em uma área construída de 5.158m<sup>2</sup> bem como dez Postos Médicos de Atendimento (PAM) distribuídos entre os bairros mais populosos e distantes do centro da cidade.

O hospital deixa de ser um projeto e transforma-se em realidade, tanto para a população do município quanto para a da região, que não dispendo de leitos, recursos tecnológicos e mesmo atendimento por especialidade médica, passa a se beneficiar da infra-estrutura do recém inaugurado hospital e dos postos médicos.

Após a Constituição Federal de 1988, o município continua investindo no setor saúde, ampliando o número de unidades de atendimento sob o ordenamento jurídico-institucional do Sistema Único de Saúde.

Os quatro primeiros técnicos de enfermagem foram contratados pelo município em 03/04/1989, para atuarem no Hospital Municipal, sendo designados, inicialmente, para as alas da Maternidade, Centro Cirúrgico, UTI Neonatal e Adulto. Neste referido período, havia apenas uma enfermeira responsável por todo o processo de trabalho desenvolvido pela enfermagem no interior do Hospital, vinte e quatro auxiliares de enfermagem e quarenta e seis atendentes.

Com doze Postos de Atendimento Médico (PAM) distribuídos em diferentes bairros, a partir de 1991 estes começam a receber técnicos de enfermagem para atuarem junto à equipe existente, formada por médicos, auxiliares e atendentes de enfermagem - ainda em maior número.

Pela configuração do modelo de saúde local, entre a década de 1990 e 2000, havia cinco enfermeiras contratadas para atuarem no Hospital Municipal e outras quatro profissionais que se responsabilizavam pela supervisão do trabalho desenvolvido por técnicos e auxiliares de enfermagem nas unidades de saúde existentes.

Tal modelo de saúde vigente no município foi se conformando com as atribuições legais da profissão enfermagem, pela presença disciplinadora e fiscalizadora do Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP). Conforme Resolução COFEN 189/1996, que “estabelece parâmetros para dimensionamento do

quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde” demandava a presença de enfermeiros na supervisão de técnicos e auxiliares de enfermagem, tanto nas unidades básicas de saúde que foram sendo ampliadas nas gestões político-administrativas subsequentes, quanto no Hospital Municipal (COREN-SP, 2001).

Americana, atualmente, possui 05 hospitais particulares com atendimentos a convênios que, em 2008, realizaram 885.799 atendimentos, considerando consultas, exames (laboratoriais, radiológicos e outros) e internações, enquanto os dois hospitais municipais (um infantil e um hospital geral) realizaram 905.185 atendimentos. Portanto, em rápida análise quantitativa, podemos dimensionar a utilização e importância dos equipamentos públicos para a população do município, uma vez que apenas dois hospitais municipais apresentaram uma oferta de serviços equivalentes aos 05 hospitais particulares.

A assistência à saúde contempla, além dos dois hospitais municipais, 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais três funcionam como tal e Pronto Atendimento (PA) 24 horas, e 01 como Pronto Atendimento apenas nos finais de semana e feriados. Todos possuem ambulância no local e encontram-se instalados em bairros periféricos de maior concentração populacional, a saber: Mathiensen, São José, Parque Gramado e Antonio Zanaga, os quais fazem parte do campo desta pesquisa.

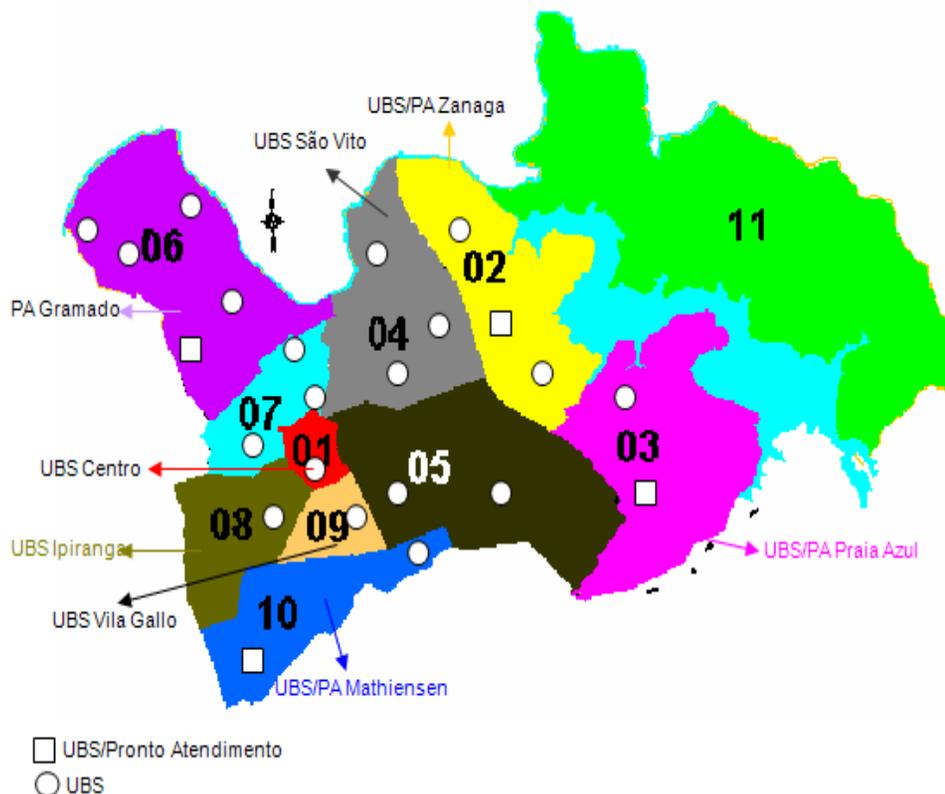
Além de 10 equipes do programa Estratégia da Saúde da Família, a cidade conta com um Núcleo de Especialidades, que engloba, na estrutura de média complexidade, médicos especialistas - delineando um modelo organizacional de oferta de serviços.

Como suporte para o atendimento básico e especializado, que referenciam para internação, existe a estrutura do hospital geral municipal, com 114 leitos, denominado Hospital Municipal “Dr. Waldemar Tebaldi”; o Hospital Infantil “André Luiz”, com 35 leitos de pediatria, bem como o suporte da regionalização para outras referências.

Encontra-se em fase de implantação uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA I, com funcionamento 24 horas, em conformidade com as orientações emanadas pelas Portarias 2.922/GM, de 2008, e 1020/GM, de 2010, do Ministério da Saúde, que atenderá aproximadamente 65.000 habitantes.

A Saúde Bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, é composta por equipe com 63 dentistas e 02 protéticos, que realizam atendimentos programáticos de cunho curativo e preventivo, bem como os atendimentos de urgência e emergência. São ofertadas especialidades de endodontia, prótese, cirurgia oral de pequena dimensão em uma Clínica Modular, e espaço de cobertura que conta com 14 UBS, 04 escolas municipais, 04 escolas estaduais, 03 entidades assistenciais, 05 creches, 13 Casas da Criança e 22 EMEI's.

Com a rede básica estruturada em 23 UBS nas diferentes regiões do município, estas atendem, em média, 8.838 pessoas. A distribuição física das mesmas entre as onze áreas de planejamento do município segue, conforme mapa abaixo, diferentes arranjos, considerando, basicamente, a dimensão do espaço territorial de cobertura e a densidade demográfica presentes entre as áreas de planejamento constituintes.



### **5.3 - Caracterização das Unidades de Saúde selecionadas**

Em função do número de UBS/PA existentes no município, optou-se por selecionar oito delas que pudessem ser representativas e significativas para uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem, objeto de interesse desta pesquisa.

A assistência em saúde é constituída de atendimentos médicos em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia, principalmente. Cada UBS oferta uma cesta de serviços contemplando-se curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, inalação, grupos de orientação a gestantes, diabéticos e hipertensos, adolescentes, principalmente.

As unidades localizam-se em pontos distantes da área central e em bairros populosos formados, em sua maioria, por projetos habitacionais financiados por recursos federais. Para melhor compreensão dos contextos escolhidos, optou-se por uma breve descrição da conformação histórico-social dos territórios escolhidos, bem como pela utilização do método quantitativo para clarificar e identificar as diferentes dinâmicas locais.

As outras quatro Unidades Básicas, de menor porte, estão localizadas no entorno da área central, funcionam no horário administrativo e a equipe profissional restringe-se à presença de apenas um ou dois Técnicos de Enfermagem e uma Enfermeira, em sua maioria.

O interesse recai sobre as atuações dos mesmos em diferentes arranjos organizacionais, em equipes singulares, bem como sobre a relação construída mediante as características da população adscrita (prevalência de idosos ou de jovens, por exemplo).

#### **UBS/PA 01 – Mathiensen**

A área de abrangência da UBS/PA 01 tem extensão territorial de 4.395 Km<sup>2</sup> e população estimada, em 2009, de 29.445 habitantes, conforme estudo socioeconômico do município baseado no Censo 2000.

Localizado entre a divisa da cidade de Nova Odessa e a Rodovia SP 304, que liga Americana a Piracicaba, o município teve seu primeiro loteamento, por iniciativa de proprietários de terra, oficialmente registrado em 28/09/1955.

Muito próximo da divisa com Nova Odessa, no início da década de 1960, outro proprietário registra um novo loteamento particular, o qual atraiu população de baixa renda, tendo início aí o primeiro núcleo habitacional com “submoradias”, constituídas de um cômodo e de banheiro - que ainda perdura neste território.

Na década de 1970, quando ocorreu a explosão urbana de Americana em função do desenvolvimento industrial, pessoas de diversas partes do país foram atraídas por possibilidades de emprego. O crescimento populacional trouxe com eles os problemas de moradia, uma vez que parte dos trabalhadores que chegava não era qualificada o suficiente para atender a demanda, aglomerando-se em favelas e “submoradias”.

Constituído basicamente por núcleos de habitação popular, é neste espaço territorial que foi construída a Unidade de Saúde, ao lado de outros equipamentos sociais, tais como creche, duas escolas infantis, escola estadual de ensino fundamental e médio, bem como centro comunitário.

Nas décadas posteriores, novos loteamentos e novas formas de moradia, conhecidas como “sobrados”, são registradas em pontos mais distantes, dando conformação mais alongada ao território, acompanhando o percurso da Rodovia SP 304 e a instalação de novas indústrias, fator de crescimento e atrativo demográfico.

A população do entorno, assistida pela UBS/PA, é formada, predominantemente por adultos na faixa de 25 a 35 anos - conforme Informativo do município, com renda mensal média compreendida entre 3 a 5 salários mínimos. O responsável pelo domicílio apresenta escolaridade que oscila entre 4 a 8 anos, embora exista uma parcela de analfabetos entre os moradores do local.

A equipe de saúde é composta por 46 trabalhadores, contando com 04 médicos na especialidade de clínica geral, 02 pediatras e 02 ginecologistas. A equipe

de enfermagem é composta por 04 enfermeiras, 09 técnicos e 05 auxiliares de enfermagem. Inclui-se também 04 dentistas, 02 auxiliares odontológicas, 01 farmacêutico, 10 recepcionistas, 04 serventes e 01 motorista de ambulância.

Conforme informações obtidas com os profissionais, entre os diferentes momentos de permanência no local existe grande procura da população pelos serviços de saúde, o que a caracterizaria como “*Unidade sempre cheia de gente*”. Atualmente, o território é constituído por 14 bairros, comportando desde área considerada de vulnerabilidade social, até núcleos residenciais de universitários e população de renda diferenciada.

A área física desta Unidade conta com 04 salas de atendimento médico, sendo 01 para inalação, 01 para curativos, 01 sala para atendimento odontológico, 01 para esterilização, 01 para vacinas, 02 salas para medicação e 01 equipada para o atendimento de urgência, havendo nas proximidades uma sala para Raio-X. Possui dois banheiros masculinos e dois femininos, a Recepção, a Farmácia e ampla Sala de Espera próximo a área de luz.

Para conforto dos funcionários, possui cozinha, área de serviço, despensa, dois banheiros (masculino e feminino) com vestiários, 01 área destinada ao depósito de material/equipamentos, 01 de expurgo e 01 almoxarifado. Em construção anexa, há área de descanso para médicos - com quarto, banheiro e cozinha.

Os profissionais deste local estão inseridos na organização e estrutura dos serviços de assistência em saúde por intermédio de diferentes formas de vinculação e oferta profissional, com vistas a atender a demanda da população com atuação interativa e integrada às características sócio-econômicas, conforme quadro abaixo:

**Quadro 02:** Caracterização dos profissionais UBS/PA 01

Profissionais	Masc.	Fem.	Vinculo Temporário	Vinculo P.M.A	Vinculo FUSAME	Vinculo Est/ Fed.	Horas/ Semana
Méd. Clin.	03	-	-	02	01	-	20
Méd. Ped.	-	02	-	02	-	-	20
Méd. Ginec	02	-	-	01	01	-	20
Enf.	-	04	-	04	-	-	40
Téc. Enf.	02	07	01	08	-	-	40
Aux. Enf	-	05	-	04	01	-	40
Farmacêutico	-	01	-	01	-	-	40
Dentista	01	01	-	02	-	-	20
Aux. Dentista	-	01	-	01	-	-	40

As relações estabelecidas no interior das diferentes formas de organização e estrutura dos serviços locais, pela divisão técnica e social do trabalho em saúde, resultam em atividades desenvolvidas por diversos saberes pela articulação do trabalho em conjunto para responder às necessidades dos usuários, conforme série histórica de atendimentos.

Ao reconhecer a complexidade do trabalho em saúde, ressalta-se também o volume desta produção local que, ao ultrapassar o enfoque estritamente biológico, necessita de vários olhares, conhecimentos e formas de intervenção que possam viabilizar a produção de cuidados. Como expressão de trabalho multiprofissional, os números abaixo refletem a importância de cada um para o benefício de todos:

**Quadro 03:** Produção de serviços UBS/PA 01

<b>Profissionais</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun.</b>	<b>Acum.</b>	<b>Média/mês</b>
<b>Clin. Méd.</b>	533	541	711	653	497	624	3559	593
<b>Clin. Ped.</b>	407	446	415	396	408	352	2424	404
<b>Clin. Obst.</b>	104	89	113	87	92	82	567	95
<b>Clin. Ginec.</b>	320	400	371	374	421	327	2213	369
<b>Enfermeiro</b>	1870	2080	2085	1498	1489	1615	10637	1773
<b>Tec. Enf.</b>	2682	2667	3824	3473	2812	3080	18538	3090
<b>Aux. Enf.</b>	3053	3122	4798	4394	4260	4820	24447	4075

**UBS/P.A. 02 – Zanaga**

A área territorial da UBS/PA 02 compreende 1.290 km<sup>2</sup>, estando localizada entre as margens da Represa do Salto Grande e a Rodovia Anhanguera. Até a década de 1970, havia no local pequeno adensamento populacional em apenas dois pontos dispersos no território, porém a partir da implantação de núcleos de habitação popular, na referida década, a área teve seu desenvolvimento e fortalecimento.

O território constituiu-se pelos primeiros empreendimentos populares do município em resposta à atração de 02 grandes empresas multinacionais que se instalaram às margens da Rodovia Anhanguera. Iniciou-se com o financiamento oficial de 709 moradias em 1978 e, dois anos depois, um novo loteamento para 1806 casas populares, o dobro da oferta anterior.

Nas décadas posteriores, novos loteamentos foram sendo oferecidos e os equipamentos sociais de educação e saúde foram os primeiros a serem instalados, seguidos pelos de segurança, promoção social e infra-estrutura esportiva. Este território possui área de atividade econômica consolidada - Distrito Industrial - que comporta indústrias dos mais diferentes segmentos, propiciando emprego e renda à população.

Os 19 bairros, conglomerados de chácaras e condomínio fechado que compõem o entorno da UBS/PA são estruturados não só com equipamentos

comunitários, mas com diferentes organizações sociais da população, que se envolvem nas conquistas e manutenção dos recursos existentes.

Esta população, caracterizada como reivindicativa e organizada, conta com mais duas UBS de menor porte, uma Clínica Modular com 09 dentistas e profissionais de diferentes especialidades médicas, Farmácia e equipe do Programa Saúde da Família, participativa e envolvida com a comunidade.

Com uma população estimada para 2009 em torno de 28.330 habitantes, a UBS/PA atende 24 horas, estando instalada em um dos maiores e mais bem equipados prédios públicos destinados à assistência de serviços de saúde do município. Conta com grande equipe composta por 76 trabalhadores, sendo 17 médicos da especialidade clínica geral e 09 pediatras. A equipe de enfermagem é composta por 07 enfermeiros, 13 técnicos e 08 auxiliares de enfermagem. Há também 01 farmacêutico, 01 agente de saúde, 09 recepcionistas, 07 serventes, 02 porteiros e 02 motoristas de ambulância.

Em área física ampliada, recém construída, conta com recepção e ampla sala de espera; 04 salas de atendimento médico - divididas entre clínica geral e pediatria; 01 sala de sutura; 01 de emergência - bem equipada; 01 de isolamento; 01 sala de medicação; 01 de vacina e 01 de esterilização e expurgo. Este local contempla também áreas de observação destinadas ao contingente masculino, feminino e pediátrico, bem como banheiros masculino e feminino. Conta com almoxarifado de medição e outro para produtos de higiene, 01 copa/cozinha, banheiros masculino e feminino destinados aos funcionários. Em uma das alas, encontra-se a sala dos enfermeiros, a área de conforto médico contendo quarto, banheiro e cozinha, bem como um espaço destinado ao conforto da enfermagem, com a mesma distribuição. Os profissionais acham-se assim distribuídos:

**Quadro 04 - Caracterização dos profissionais UBS/PA 02**

Profissionais	Masc.	Fem.	Vínculo Temporário	Vínculo P.M.A	Vínculo FUSAME	Vínculo Est/ Fed.	Horas/Semana
Méd. Clin.	05	03	-	02	03	03	20
Méd. Ped.	02	05	01	03	02	01	20
Enfermeiro	01	06	01	06	-	-	40
Tec. Enf.	03	10	03	10	-	-	40
Aux. Enf.	01	07	-	08	-	-	40
Farmacêutico	-	02	-	02	-	-	40
Agente Saúde	-	01	-	01	-	-	40

Caracterizado como Pronto Atendimento sem interface com UBS, este apresenta expressiva produção de serviços em saúde, resultante do grande número de profissionais que se acham aí inseridos, conforme série histórica abaixo:

**Quadro 05: Produção de serviços UBS/PA 02**

Profissionais	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Acum.	Média
Clin. Méd.	4269	4905	6077	5991	4615	4613	30470	5078
Clin. Ped.	615	1100	1670	230	1124	1053	5792	965
Enfermeiro	1384	924	2429	729	1286	1395	8147	1358
Tec. Enf.	3618	3221	3423	5480	4387	4711	24840	4140
Aux. Enf.	3442	4133	3833	2036	3203	3285	19932	3322

**UBS/PA 03 – Parque Gramado**

O espaço territorial de 2008 Km<sup>2</sup> abriga 09 bairros e população estimada para 2009, conforme área de planejamento da Prefeitura Municipal, de 36.619 habitantes, considerando-se nesta projeção 03 novos bairros a serem implantados na área de divisa com a cidade de Limeira.

Para atender esta população e extensão territorial, outras 03 Unidades Básicas de Saúde se acham distribuídas entre os bairros mais populosos, funcionando 8 h/dia e com número restrito de médicos, em alguns horários distribuídos na semana. O grande fluxo de atendimento é direcionado para esta UBS/PA em função do atendimento 24h, agendamento de consultas, urgência e emergência, especialidades médicas, serviços de enfermagem e ambulância estruturada com equipe de 54 trabalhadores, sendo 04 médicos da especialidade clínica geral, 02 ginecologistas e 03 pediatras. A equipe de enfermagem é constituída por 04 enfermeiros, 07 técnicos e 08 auxiliares de enfermagem. Inclui-se também 06 dentistas, 03 auxiliares odontológicas, 01 farmacêutico, 01 agente de saúde, 08 recepcionistas, 05 serventes e 02 motoristas de ambulância.

Esta UBS/PA localiza-se em bairro periférico da cidade, formado, basicamente, por população migratória oriunda de ex-favelas, barracos isolados, pequenos núcleos habitacionais clandestinos e sem qualquer infraestrutura, anteriormente espalhados por outras áreas do município.

Esta área caracteriza-se pela conurbação com a cidade vizinha de Santa Bárbara D'Oeste, sendo que apenas uma avenida separa os dois municípios. Limeira, a outra cidade vizinha, ainda se distancia um pouco em função de áreas com plantio de cana-de-açúcar entre elas.

É área dotada de equipamentos sociais, com escolas de educação infantil da rede básica municipal, escolas estaduais para o ensino fundamental, duas escolas de ensino fundamental de período integral da rede municipal, Administração Regional descentralizada, cemitério, extensa e variada rede de comércio e pequenas empresas de diferentes segmentos.

A população possui, em média, de 35 a 39 anos, com maior presença feminina, escolaridade média de 4 a 6 anos de estudo e renda mensal do responsável girando em torno de 3 a 5 salários mínimos. É caracterizada por alguns participantes da equipe de saúde da Unidade pesquisada como “população engajada politicamente e consciente de seus direitos”, conforme uma das técnicas de enfermagem entrevistada: *“por qualquer coisa eles já nos ameaçam dizendo que vão falar com o vereador tal”* (Tida, TE).

A área física, que passa atualmente por ampliação, conta com recepção e uma sala de espera; 02 salas de atendimento para clínica geral; 01 de ginecologia e 01 pediátrica; 01 de curativos e 01 de inalação; 01 para sutura; 01 de observação; 01 destinada à medicação; 01 de vacinas; 01 equipada para emergência; 02 salas de atendimento odontológico, além de banheiros masculino e feminino. Em uma ala lateral, ficam a Farmácia, a sala dos enfermeiros, quarto, banheiro e cozinha destinada aos médicos; um almoxarifado para medicação e outro para produtos de higiene; sala de expurgo, copa/cozinha e banheiros masculino e feminino para funcionários e 01 área de lavanderia.

A equipe de saúde é assim constituída no tocante à sua vinculação formal:

**Quadro 06:** Caracterização dos profissionais UBS/PA 03

Profissionais	Masc.	Fem.	Vinculo Temporário	Vinculo P.M.A	Vinculo FUSAME	Vinculo Est/ Fed.	Horas/ Semana
Méd. Clin.	03	-	-	02	-	01	20
Méd. Ped.	-	02	-	02	-	-	20
Méd. Ginec	01	01	-	01	01	-	20
Enfermeiro	01	02	-	03	-	-	40
Tec. Enf	01	06	01	04	01	-	40
Aux. Enf	02	08	01	08	01	-	40
As. Social	-	01	-	01	-	-	40
Farmacêutico	-	01	-	01	-	-	40
Dentista	04	02	-	06	-	-	20
Aux. Dentista	-	03	-	03	-	-	40

Esta Unidade compartilha tanto ações de Pronto Atendimento quanto de UBS, o que se efetiva no desenvolvimento do trabalho conjunto de vários olhares, conhecimentos e formas de intervenção:

#### Quadro 07 – Produção de serviços UBS/PA 03

<b>Profissionais</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun.</b>	<b>Acum.</b>	<b>Média/mês</b>
<b>Clin. Méd.</b>	321	749	765	630	546	661	3672	612
<b>Clin. Ped.</b>	148	150	246	220	233	226	1223	204
<b>Clin. Obst.</b>	44	34	32	47	53	41	251	42
<b>Clin. Ginec.</b>	135	131	60	150	155	185	816	136
<b>Enfermeiro</b>	1649	1602	2195	2171	2686	1969	12272	2045
<b>Tec. Enf.</b>	3876	4453	4453	4282	3788	4088	24940	4157
<b>Aux. Enf.</b>	3387	3730	5037	4743	5318	5112	27327	4555

#### UBS/PA 04 - Praia Azul

A “praia” existente na área é formada pela Represa do Salto Grande; segundo contam, em 1953, três moradores trabalhavam na infra-estrutura do primeiro loteamento local quando, após uma chuva, olharam para a Represa e viram que esta possuía uma água que de tão limpa parecia azulada, daí o fato de nomeá-la como tal. A extensão territorial de 2.865 Km<sup>2</sup> estende-se das águas da represa até a estrada de acesso da cidade às margens da Via Anhanguera.

Com os loteamentos de veraneio e com a abertura da Praia para a população local e regional, surgiram à beira da represa restaurantes e hotéis para atender a intensa demanda de turismo. Além disso, o local contava com serviço de passeio de lanchas pela represa, o Corpo de Bombeiros e posto policial para segurança dos banhistas e pescadores aos finais de semana.

Outros loteamentos foram implantados na região ainda na década de 1960, incorporando, neste território, condomínios fechados e chácaras de veraneio instaladas entre bairros, lotes urbanizados e casas populares.

A região começou a perder seu potencial turístico na década de 1970 com a poluição das águas da represa. Continuou recebendo investimentos municipais em

equipamentos sociais como escolas, creches, unidades de saúde, centro comunitário, uma unidade descentralizada da segurança pública local e infra-estrutura de água, rede de esgoto, iluminação e asfalto na estrutura local, permitindo maior conforto à população residente na região.

A região conta com 10.502 habitantes, que formam uma comunidade participativa nos empreendimentos locais e políticas públicas instaladas; o futuro aponta para a recuperação do potencial econômico do local com a instalação de novas atividades produtivas nas proximidades da rodovia Anhanguera, que gerem emprego e renda para a população local. A população caracteriza-se pela predominância da faixa etária de 30 a 34 anos; a renda mensal é de 3 a 5 salários mínimos, e a escolaridade média do responsável pelo domicílio é de 04 anos.

A UBS/P.A funciona de segunda a sexta-feira, no período das 7 às 21 horas. Conta com 39 trabalhadores, sendo 02 médicos da especialidade clínica geral, 02 ginecologistas, 02 pediatras e 01 médico de família. A equipe de enfermagem é constituída por 02 enfermeiros, 04 técnicos e 04 auxiliares de enfermagem. Inclui-se também 01 psicólogo, 03 dentistas, 02 auxiliares odontológicos, 06 agentes comunitários de saúde, 06 recepcionistas, 03 serventes e 01 motorista de ambulância.

A UBS/PA comporta Equipe da Saúde da Família, a primeira a ser constituída no município, contando com 06 ACS, dentistas e psicólogo, além dos profissionais médicos e de enfermagem.

A área física do local é constituída por 04 consultórios médicos, 01 sala de atendimento de odontologia, 01 sala de curativos, 01 para vacinas, 01 para consulta e procedimentos de enfermagem, 01 sala de inalação e 01 para esterilização. Além de uma área maior para a recepção e sala de espera, conta também com 02 banheiros (masculino/feminino), 01 sala de almoxarifado, 01 sala de expurgos, cozinha, banheiros e vestiários para funcionários. A planta física comporta um anexo, no lado esquerdo da Unidade, para a acomodação dos profissionais médicos, com um quarto, cozinha e banheiro privativos. Por diferentes formas de vinculação e jornadas de trabalho, a equipe é assim caracterizada:

**Quadro 08:**Caracterização dos profissionais UBS/PA 04

<b>Profissionais</b>	<b>Masc.</b>	<b>Fem.</b>	<b>Vinculo Temporário</b>	<b>Vinculo P.M.A</b>	<b>Vinculo FUSAME</b>	<b>Vinculo Est/ Fed.</b>	<b>Horas / Semana</b>
<b>Méd. Clin.</b>	01	01	-	02	-	-	20
<b>Méd. Ped.</b>	-	01	-	01	-	-	20
<b>Méd. Família</b>	01	-	-	01	-	-	40
<b>Méd. Ginec</b>	01	01	-	01	01	-	20
<b>Enf.</b>	-	03	-	03	-	-	40
<b>Tec. Enf</b>	-	03	-	03	-	-	40
<b>Aux. Enf.</b>	01	04	-	05	-	-	40
<b>Psicólogo</b>	-	01	-	01	-	-	40
<b>Farmacêutico</b>	-	01	-	01	-	-	40
<b>Dentista</b>	02	-	-	02	-	-	20
<b>Aux. Dentista</b>	-	02	-	02	-	-	40

Com uma equipe do Programa de Saúde da Família, este território delineado por diferentes olhares e intervenções em saúde apresenta, como série histórica, a produção abaixo:

**Quadro 09:** Produção de serviços UBS/PA 04

<b>Profissionais</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun.</b>	<b>Acum.</b>	<b>Média/mês</b>
<b>Clin. Méd.</b>	371	420	301	551	549	504	2696	449
<b>Clin. Ped.</b>	445	414	437	345	418	396	2455	409
<b>Clin. Obst.</b>	29	43	53	53	52	40	270	45
<b>Clin. Ginec.</b>	31	182	159	183	220	169	944	157
<b>Enfermeiro</b>	69	51	120	60	223	54	577	96

<b>Tec. Enf.</b>	1395	1237	1312	1507	1140	1502	8093	1349
<b>Aux. Enf.</b>	1123	1157	1121	1378	1083	1224	7086	1181

### **UBS 05 – São Vito**

A urbanização do território iniciou-se na década de 1930, quando foi construída, por famílias de imigrantes italianos, uma pequena capela que abrigasse uma imagem de São Vito, trazida de sua terra natal. Inicialmente povoado pelos familiares, logo outros moradores foram se concentrando no entorno do local, movidos pela devoção religiosa.

Constituído por 18 bairros, este é, depois da área central, o segundo povoamento formado, impulsionado principalmente pela proximidade geográfica com a Fábrica de Tecidos Carioba, a primeira indústria têxtil da antiga Villa Americana, instalada em 1875.

Outro estímulo para o desenvolvimento deste território foi o incentivo dos empresários alemães, proprietários da indústria têxtil, que proporcionavam aos tecelões habilitados no manejo de seus equipamentos, a compra de teares à prestação para montarem suas pequenas “fábricas” nas dependências de sua própria casa. Foi assim que surgiu a indústria façonista e dezenas de novas tecelagens, fiações e demais empresas do setor.

Com 24.014 habitantes, esta área territorial conta com número significativo de equipamentos sociais, inclusive escola da rede municipal - que funciona em período integral, atendendo em torno de 640 alunos do ensino fundamental.

Tem diversificada área comercial e, inclusive, indústrias de diferentes portes e segmentos, cujos trabalhadores são atendidos, principalmente, por esta Unidade de Saúde. Com equipe de 16 trabalhadores, oferece atendimento até às 19h, de segunda a sexta-feira, e conta com clínico especializado em geriatria, em consonância com a demanda de idosos, moradores do entorno. A equipe é composta por 02 médicos da especialidade clínica médica, 01 clínico geriatra, 01 ginecologista e 01 pediatra. A equipe de enfermagem é composta por 01 enfermeiro, 02 técnicos e 01 auxiliar de enfermagem. Inclui-se também 02 dentistas, 01 auxiliar odontológico, 02 recepcionistas e 02 serventes.

Este horário de atendimento está dentro do projeto experimental que, após avaliação e acompanhamento, pode vir a ser estendido para outros territórios, procurando adequar-se às necessidades da população adscrita.

A área física do local é constituída por 04 consultórios médicos, 01 sala de atendimento de odontologia, 01 sala de curativos, 01 para vacinas, 01 para consulta e procedimentos de enfermagem, 01 sala de inalação, 01 para esterilização. Além de uma área maior para a recepção e sala de espera, conta também com 02 banheiros (masculino/feminino), 01 sala de almoxarifado, 01 sala de expurgos, cozinha, banheiros e vestiários para funcionários. A equipe de profissionais apresenta-se abaixo descrita com seus vínculos e com as cargas horárias:

**Quadro 10:** Caracterização dos profissionais UBS 05

<b>Profissionais</b>	<b>Masc.</b>	<b>Fem.</b>	<b>Vinculo Temporário</b>	<b>Vinculo P.M.A</b>	<b>Vinculo FUSAME</b>	<b>Vinculo Est/ Fed.</b>	<b>Horas / Semana</b>
<b>Méd. Clin.</b>	02	-	-	02	-	-	20
<b>Méd. Ped.</b>	-	01	-	01	-	-	20
<b>Méd. Ginec</b>	01	-	-	01	-	-	20
<b>Enf.</b>	-	01	-	01	-	-	40
<b>Tec. Enf</b>	-	02	-	02	-	-	40
<b>Aux. Enf.</b>	-	01	-	01	-	-	40
<b>Dentista</b>	01	01	-	02	-	-	20
<b>Aux. Dentista</b>	-	01	-	01	-	-	40

Com horário diferenciado em relação às outras UBS locais e atendimento voltado para a população idosa que caracteriza este território, a assistência em saúde apresenta a série histórica de produção abaixo:

**Quadro 11:** Produção de serviços UBS 05

<b>Profissionais</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun.</b>	<b>Acum.</b>	<b>Média/mês</b>
<b>Clin. Méd.</b>	860	453	719	525	777	694	4028	671
<b>Clin. Ped.</b>	197	68	237	212	151	138	1003	167
<b>Clin. Obst.</b>	61	63	76	83	58	53	394	66
<b>Clin. Ginec.</b>	153	256	212	249	313	256	1439	240
<b>Enfermeiro</b>	5	118	199	250	183	320	1075	179
<b>Tec. Enf.</b>	958	762	971	725	777	571	4764	794
<b>Aux. Enf.</b>	912	781	768	725	655	470	4311	719

### **UBS 06 – Ipiranga**

Com população atual estimada em 21.232 habitantes, este território é composto por 21 bairros de diferentes portes e nível socioeconômico e se caracteriza, principalmente, por estar no marco divisório entre o município de Americana e Santa Bárbara D'Oeste. Esta divisa é tão tênue que uma mesma moradia pode pertencer a um município e seu vizinho ao outro. A população local faz questão de comentar este fato espontaneamente, como sendo o diferencial.

A urbanização do local data da década de 1940 e, conforme um dos primeiros moradores do local, a área territorial foi loteada por um empresário investidor na indústria têxtil façanista de Americana, que deu ao bairro o mesmo nome do local onde morava na capital paulista.

Com 14 pessoas na equipe, conforme quadro abaixo, a Unidade está localizada entre uma grande escola particular com ensino infantil, fundamental, médio e profissionalizante, a igreja do bairro e uma escola profissionalizante administrada pela comunidade para qualificação de jovens e adultos. A equipe é composta por 02

médicos da especialidade clínica geral, 01 ginecologista e 01 pediatra. A equipe de enfermagem é constituída por 01 enfermeiro, 01 técnico e 01 auxiliar de enfermagem. Inclui-se também 01 agente de saúde, 02 dentistas, 01 auxiliar odontológico, 02 recepcionistas e 01 servente.

O território é constituído por atividades de comércio, diversidade de empresas de diferentes portes e segmentos, com destaque para as confecções. O turismo também faz parte deste território por contar com um parque ecológico, inaugurado em 1984, com área de 210 mil m<sup>2</sup> e uma grande variedade de espécies animais, um jardim botânico com 90 mil m<sup>2</sup> o horto municipal e o observatório.

A área física do local é constituída por 03 consultórios médicos, 01 sala de atendimento odontológico, 01 sala de vacina, 01 de inalação, 01 de curativos, 01 sala de consulta e procedimentos de enfermagem e esterilização, 01 Farmácia, 01 sala de reunião e 02 banheiros (masculino/feminino). Além de bom espaço físico para Recepção e Sala de espera, conta também com almoxarifado, área de expurgo, cozinha, banheiros e vestiários para funcionários. Os profissionais que integram a equipe de saúde desta Unidade caracterizam-se pela vinculação e carga horária abaixo relacionada:

**Quadro 12:** Caracterização dos profissionais UBS 06

<b>Profissionais</b>	<b>Masc.</b>	<b>Fem.</b>	<b>Vinculo Temporário</b>	<b>Vinculo P.M.A</b>	<b>Vinculo FUSAME</b>	<b>Vinculo Est/ Fed.</b>	<b>Horas / Semana</b>
<b>Méd. Clin.</b>	02	-	01	01	-	-	20
<b>Méd. Ped.</b>	-	01	-	01	-	-	20
<b>Méd. Ginec</b>	01	-	-	01	-	-	20
<b>Enfermeiro</b>	-	01	-	01	-	-	40
<b>Tec. Enf.</b>	-	01	-	01	-	-	40
<b>Aux. Enf</b>	-	01	-	01	-	-	40
<b>Agente de Saúde</b>	-	01	-	01	-	-	40
<b>Dentista</b>	-	02	-	02	-	-	20

<b>Aux. Dentista</b>	-	01	-	01	-	-	40
----------------------	---	----	---	----	---	---	----

Em maior proximidade com a população atendida, característica do trabalho em equipe desenvolvida pela UBS, a produção de serviços de saúde apresenta a série histórica abaixo delineada:

**Quadro 13:** Produção de serviços UBS 06

<b>Profissionais</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun.</b>	<b>Acum.</b>	<b>Média/mês</b>
<b>Clin. Méd.</b>	303	418	563	557	577	44	2866	478
<b>Clin. Ped.</b>	199	67	209	231	208	214	1128	188
<b>Clin. Obst.</b>	37	26	31	37	26	15	172	29
<b>Clin. Ginec.</b>	137	144	162	179	194	155	971	162
<b>Enfermeiro</b>	516	369	371	85	-	237	1578	263
<b>Tec. Enf.</b>	135	309	571	700	787	553	3055	509
<b>Aux. Enf.</b>	581	485	559	702	780	557	3664	611

### **UBS 07 – Vila Gallo**

Constituído nas décadas de 1950 e 1960, este território é composto por 12 bairros e uma população de 14.098 habitantes, oriunda de migrantes que, neste período, vieram para o município em função do êxodo rural vivenciado pelo país e atraídos pelas possibilidades de arrendamento de terras e pela expansão industrial que se iniciava com a instalação de grandes empresas multinacionais.

O núcleo habitacional foi se formando em função da presença de trabalhadores tanto da lavoura do entorno quanto do trabalho ofertado em fábricas e indústrias, principalmente do ramo têxtil. O território apresenta misto de área habitacional e industrial e população considerada “tranquila”, conforme relato de uma das técnicas de enfermagem entrevistada.

A UBS está localizada ao lado da escola de educação infantil da rede municipal, que se caracteriza pelo atendimento a crianças de 3 meses a 4 anos e 11 meses, funcionando em período integral. A equipe é composta por 15 trabalhadores,

sendo 02 médicos da especialidade clínica médica, 01 ginecologista e 01 pediatra. A equipe de enfermagem é constituída por 01 enfermeiro e 02 técnicos de enfermagem. Inclui-se também 01 agente de saúde, 02 dentistas, 01 auxiliar odontológico, 01 psicólogo, 02 recepcionistas e 01 servente.

Inserida na área considerada residencial do bairro, o atendimento, conforme informação dos profissionais, é caracterizado por número significativo de crianças que, em sua maioria, ficam sob o cuidado dos avós, residentes nos bairros formadores.

A área física do local é constituída por 03 consultórios médicos, 01 sala de atendimento de odontologia, 01 sala de curativos, 01 para vacinas, 01 para consulta e procedimentos de enfermagem, 01 sala de inalação, 01 para esterilização. Além de uma área maior para a recepção e sala de espera, conta também com 02 banheiros (masculino/feminino), 01 sala de almoxarifado, 01 sala de expurgos, cozinha, banheiros e vestiários para funcionários.

Os profissionais caracterizam-se pela vinculação e dedicação conforme quadro abaixo.

**Quadro 14:** Caracterização dos profissionais UBS 07

<b>Profissionais</b>	<b>Masc.</b>	<b>Fem.</b>	<b>Vinculo Temporário</b>	<b>Vinculo P.M.A</b>	<b>Vinculo FUSAME</b>	<b>Vinculo Est/ Fed.</b>	<b>Hora/ Semana</b>
<b>Méd. Clin.</b>	01	01	-	01	01	-	20
<b>Méd. Ped.</b>	01	-	-	01	-	-	20
<b>Méd. Ginec</b>	01	-	-	-	-	01	20
<b>Enfermeiro</b>	-	01	-	01	-	-	40
<b>Tec. Enf</b>	-	01	-	01	-	-	40
<b>Dentista</b>	01	01	-	02	-	-	20
<b>Aux. Dentista</b>	-	01	-	01	-	-	40

Considerando a aproximação e vinculação com a população adcrita como foco de produção de saúde ofertada pela Unidade Básica, esta série histórica reflete a produção abaixo:

**Quadro 15:** Produção de serviços UBS 07

<b>Profissionais</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun.</b>	<b>Acum.</b>	<b>Média/mês</b>
<b>Clin. Méd.</b>	466	417	498	585	488	459	2913	486
<b>Clin. Ped.</b>	112	57	134	114	88	122	627	105
<b>Clin. Obst.</b>	38	35	49	22	41	39	224	37
<b>Clin. Ginec.</b>	162	178	131	174	283	133	1061	177
<b>Enfermeiro</b>	-	301	660	660	325	285	2231	372
<b>Tec. Enf.</b>	1205	930	947	746	1138	906	5872	979

### **UBS 08 – Centro**

A UBS acha-se inserida na área central e está instalada em prédio público que tem sua construção no entorno de moradias construídas para abrigar ex-funcionários da antiga ferrovia.

Com a formação do primeiro núcleo, enquanto Villa Americana, os moradores foram atraídos pela estação ferroviária e pela perspectiva de um futuro próspero, tendo esta área se urbanizado a partir da construção de antigos casarões de propriedade de empresários e ex-funcionários de indústria têxtil local, ganhando novos espaços e contornos com a construção de salões industriais, incentivados pelo modelo façanista, comércio e prestadores de serviços como sapateiros, lojistas, alfaiates, pequenas oficinas, armazéns, entre outros.

A região central se desenvolveu de forma desordenada, com ruas abertas e traçadas no ritmo do crescimento habitacional e comercial, entrecortada pela via férrea e por um ribeirão, provocando uma expansão urbana sem interligação nem fluxos periféricos que antecipassem o intenso tráfego na área.

Caracteriza-se pela presença de antigas e novas edificações, distribuídas entre 07 bairros, que demandam adequações para maior conforto da população em pequena área territorial. A UBS conta com equipe de 26 pessoas para oferecer atendimento a 6.463 habitantes, porém por sua localização próxima ao fluxo do

transporte coletivo concentra, em suas dependências, uma central de vacinação que atende a população do município como um todo.

A equipe de trabalhadores é constituída por 02 médicos da especialidade clínica médica, 01 ginecologista e 02 pediatras. A equipe de enfermagem conta com 01 enfermeiro, 02 técnicos e 01 auxiliar de enfermagem. Inclui-se também 06 dentistas, 03 auxiliares odontológicos, 01 farmacêutico, 01 agente de saúde, 03 recepcionistas e 02 serventes.

Conforme relato dos profissionais entrevistados, o “volume” de atendimento não é grande, porém as pessoas demandam maior investimento de tempo e qualidade da oferta de serviços destes profissionais.

A área física do local é constituída por 03 consultórios médicos, 02 salas de atendimento de odontologia, 01 sala de curativos, 01 sala ampla para vacinas, 01 para consulta e procedimentos de enfermagem, 01 para a enfermeira, 01 sala de inalação, 01 para esterilização e 01 local para a Farmácia. Além de uma área maior para a recepção e sala de espera, conta também com 02 banheiros (masculino/feminino), 01 sala de almoxarifado, 01 sala de expurgos, cozinha, banheiros e vestiários para funcionários.

Estes se caracterizam pela vinculação e dedicação, conforme quadro abaixo:

**Quadro 16:** Caracterização dos profissionais UBS 08

<b>Profissionais</b>	<b>Masc.</b>	<b>Fem.</b>	<b>Vinculo Temporário</b>	<b>Vinculo P.M.A</b>	<b>Vinculo FUSAME</b>	<b>Vinculo Est/ Fed.</b>	<b>Hora/ Semana</b>
<b>Méd. Clin.</b>	02	-	-	01	-	01	20
<b>Méd. Ped.</b>	-	01	-	01	-	-	20
<b>Méd. Ginec</b>	-	01	-	01	-	-	20
<b>Farmacêutico</b>	-	01	-	01	-	-	40
<b>Enf.</b>	-	01	-	01	-	-	40
<b>Tec. Enf</b>	-	02	-	02	-	-	40
<b>Aux. Enf.</b>	-	01	-	-	-	01	40

<b>Dentista</b>	03	03	-	06	-	-	20
<b>Aux. Dentista</b>	-	02	-	02	-	-	40

A série histórica de atendimentos reflete o modo articulado em que o coletivo de trabalhadores, permeado por relações estabelecidas no interior do processo de produção em saúde, responde às demandas e necessidades da população adscrita:

**Quadro 17: Produção de serviços UBS 08**

<b>Profissionais</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun.</b>	<b>Acum.</b>	<b>Média/mês</b>
<b>Clin. Méd.</b>	224	517	588	534	581	530	2974	496
<b>Clin. Ped.</b>	189	166	209	241	251	184	1240	207
<b>Clin. Obst.</b>	23	60	46	48	50	48	275	46
<b>Clin. Ginec.</b>	162	225	147	270	226	202	1232	205
<b>Enfermeiro</b>	469	469	1093	337	78	356	2808	467
<b>Tec. Enf.</b>	527	503	672	624	740	570	3636	606
<b>Aux. Enf.</b>	311	273	226	113	312	161	1396	233

Conhecer o trabalho em saúde é também considerar na composição das informações e dados coletados reflexões que possam clarear e permitir o delineamento de um desenho local, com suas diferentes formas de organização do processo de trabalho, arquitetura e dimensões físicas, recursos e tecnologias. Os números refletem não só o ato produtivo, mas também o ator, o trabalhador, o profissional que o constrói, permeado por relações conflituosas, por confrontos de poder e saber, por projetos singulares e coletivos nem sempre harmoniosos, porém presentes e constituídos no componente social do trabalho em saúde.

Estruturados pelas relações técnicas e sociais presentes na organização do trabalho em saúde, os profissionais aí inseridos, com seus saberes e sua força de trabalho investida nessa dimensão do processo de transformação, se distinguem pelo valor inerente ao produto criado e ofertado em ações de saúde.

Ao compreender a saúde como prática social que tem finalidades que se configuram social e historicamente, a categoria “Trabalho” traz importante contribuição para a compreensão do processo de produção das ações de saúde. Permeadas por

uma finalidade específica, por quem dele necessita, por instrumentos, processos e pelo sujeito dessa ação que, no coletivo, se constitui produtor de indiscutível valor de uso para a sociedade.

Os técnicos de enfermagem, inseridos na produção de ações de saúde construídas no relacional e sustentadas por uma linha específica de conhecimento, constituem o objeto de interesse deste estudo. Almeja-se conhecer sua singularidade, sua inserção no coletivo de trabalho, sustentado por relações de interação, vínculo, escuta e interdependências.

#### **5. 4 - Breve descrição do perfil dos entrevistados**

Os 15 Técnicos de Enfermagem entrevistados fazem parte equipes profissionais de quatro UBS entre as dezenove existentes no município de Americana e das 04 Unidades de Pronto Atendimento localizadas em áreas periféricas de maior densidade demográfica.

Os técnicos que trabalham nas 04 UBS selecionadas entre as dezenove fazem parte de equipes menores, que oferecem serviços de saúde visando ações preventivas, controle e tratamento de patologias crônicas, principalmente. Apesar de possuírem o mesmo foco de atenção, diferem entre si em função da característica populacional do território em que estão inseridos e da organização do processo de trabalho.

Pela oferta de serviços de saúde próprias de cada UBS, estes técnicos são parte integrante de um conjunto de ações de caráter individual e também coletivo, que engloba promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento, bem como recuperação e reabilitação, por meio do contato frequente e próximo da população atendida.

Os técnicos de enfermagem que atuam nas 04 Unidades de Pronto Atendimento, estão inseridos em equipes maiores, que atuam 24 horas no atendimento

de urgência, contando com auxílio de estrutura completa de equipamentos e espaços físicos adequados a este desenho de atendimento.

Estes, pela característica de seu trabalho de urgência, desenvolvem menor contato com a população, porém ainda com uma aproximação maior do que a existente na rede hospitalar.

A seleção destas oito unidades foi planejada para atender aos objetivos da pesquisa, uma vez que permite observar a mesma formação profissional nos vários serviços de saúde, mas inseridos em equipes com diferentes conformações e diversificados modelos de atenção para a população atendida.

#### **5.4.1 - Breve descrição do perfil dos técnicos de enfermagem**

Os técnicos de enfermagem estão presentes nas 23 unidades de saúde que compõem a Atenção Básica da cidade de Americana. Acham-se integrados em modelos de atenção e cuidados de saúde, com ênfase no trabalho em equipe, onde convivem diferentes segmentos profissionais.

O município possui 62 técnicos de enfermagem contratados para atuarem nas Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimento, sendo 54 do sexo feminino e 8 do sexo masculino. Deste total, foram entrevistados 14 trabalhadores do sexo feminino representando 26% do total e apenas um do sexo masculino, isto é, 13%.

A predominância da presença feminina entre os quinze técnicos de enfermagem entrevistados é compatível com a representatividade na equipe e na profissão enfermagem de forma geral. De acordo com o Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo (CORENSP), em 2010, 85% da categoria profissional era constituída por mulheres o que reflete a conformação da rede local, apontando para a análise do processo saúde-doença sob um olhar de gênero.

O termo *sexo* reporta a um significado biológico, enquanto *gênero* é utilizado na perspectiva de relações, representando uma elaboração cultural sobre o conceito de sexo. As relações de gênero não são produtos de uma demarcação biológica; são, antes de tudo, construções sociais de uma dada cultura.

Assim sendo, gênero é aqui entendido como categoria explicativa dos atributos específicos que cada cultura impõe ao masculino e ao feminino, a partir do lugar social e cultural de cada um, construído hierarquicamente como uma relação de poder entre os sexos (Kergoat,1992).

Gênero é a categoria que explica a relação de poder entre os sexos, dando a dimensão social da desigualdade sexual, com base na naturalização e biologização dos sexos enquanto representação da imagem de poder relacional do homem e da mulher na sociedade.

A presença significativa de mulheres no trabalho em saúde nos remete à intersecção trabalho/saúde, onde o cuidado na efetivação do seu exercício profissional traz imbricado também os condicionantes do trabalho doméstico, próprios da dimensão feminina.

O cuidado em saúde nos conduz à naturalização da oferta do trabalho feminino, antes desenvolvido no interior das famílias, como um processo de socialização de valores no âmbito do privado, descobrindo o modo como estes valores determinam o comportamento das mulheres em torno do cuidado da saúde e da assistência às enfermidades, na esfera pública.

O serviço de saúde pode ser caracterizado, para além do seu fazer profissional, como ações sociais que, via de regra, são ofertadas pelo poder público. Tais ações se concretizam no relacional, na proximidade com o outro e para o outro que, pela qualificação e relação assalariada, tornam-se reconhecidas e valorizadas em conformidade com o vetor das políticas públicas em uma dada sociedade:

O assalariamento atualmente é considerado como retribuição de uma outra coisa: exigimos deles uma mobilidade profissional (que é “requerido” e indispensável ao bom funcionamento do sistema), também de uma formação contínua, relacional e técnica (Kergoat, 1992, p.121)<sup>5</sup>,

Os técnicos de enfermagem são, em sua maioria, jovens - com predominância das faixas etárias entre 25 e 34 anos - o que representa 53% dos

---

<sup>5</sup> “Le salaire actuellement est censé rétribuer tout autre chose: on exige d’elles une mobilité professionnelle (celle-ci apparaît ‘voulue’ mais eele est indispensable au bon fonctionnement du système), ainsi qu’une formation continue, relationnelle et technique”. Tradução da autora.

entrevistados, conforme tabela abaixo. Constituem-se no primeiro contato com o serviço profissional da enfermagem onde, na formação do vínculo, há quase que uma relação corporal manifestada pela aproximação, pelo sorriso, pelos primeiros procedimentos de aferição de pressão arterial e oferta de medicação, principalmente.

**Tabela 01:** Faixa etária dos sujeitos da pesquisa

<b>Idade/ Anos</b>	<b>Sexo Feminino</b>	<b>Sexo Masculino</b>
25 – 29	05	-
30 – 34	03	-
35 – 39	04	01
40 – 44	-	-
45 - 49	01	-
50 – 59	01	-
Total	14	01

#### **5.4.1.1 - Exercício Profissional**

O trabalho da enfermagem encontra-se na diretriz da descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, processo que, no Brasil, tem tido um significativo impacto no sistema de saúde em vigor desde a criação do arcabouço jurídico-legal do SUS, em ato constitucional.

Pela experiência local, os técnicos de enfermagem inseridos no coletivo da profissão participam e efetivam a oferta de serviços de saúde, tendo como marco orientativo as diretrizes da universalização e da equidade, principalmente esta última, em função das expectativas de que as políticas e práticas de saúde contribuam para a redução das desigualdades sociais pela via do processo de consolidação da cidadania.

Com atribuições jurisdicionadas, estão presentes na organização do trabalho pela complementariedade de saberes, supervisionados pela maior especialidade na assistência de enfermagem e na continuidade dos cuidados, por meio de um trabalho singular e compreensivo, em consonância com as necessidades específicas da população adscrita.

Os técnicos de enfermagem, na experiência local, estão em todas as unidades, desde a oferta de serviços de atenção primária - porta de entrada do sistema - até os de maior complexidade no atendimento de urgências, participando e qualificando as ações de assistência em saúde.

Os entrevistados apresentam diferentes períodos de inserção na profissão, prevalecendo o tempo de 4 a 6 anos de experiência profissional:

**Tabela 02:** Tempo de exercício profissional

<b>Tempo na Profissão (Anos)</b>	<b>Sexo Feminino</b>	<b>Sexo Masculino</b>
1 a 2	05	-
2 a 4	03	-
4 a 6	04	01
6 a 10	02	-
Total	14	01

Os técnicos de enfermagem, estratificados no interior da profissão enfermagem são, na maioria das vezes, os executores das ações assistenciais em saúde, articulando seu fazer profissional com as demais práticas sociais. Como participantes do processo de trabalho da enfermagem, estes profissionais desenvolvem estratégias para melhor e maior aproximação com o outro, tanto em seus aspectos biológicos quanto individuais, articulados na sua dimensão social e local; conforme Lei 7498/86 do estatuto profissional:

Da totalidade dos entrevistados, 67% estão na mesma Unidade por um período entre 1 e 3 anos, inseridos em uma equipe que busca um trabalho interativo de construção concreta e cotidiana de assistência de saúde capaz de responder às necessidades locais. Este percentual leva a inferir certa rotatividade destes trabalhadores entre as diferentes Unidades de Saúde do município, desencadeada, na maioria das vezes, por problemas pessoais como mudança do local de residência, incompatibilidade da jornada de trabalho com a continuidade da formação, um novo vínculo empregatício, filhos, relacionamentos e outros. Esta situação merece uma

avaliação mais criteriosa ao se considerar a importância da relação e interação profissional entre os integrantes da equipe de saúde, bem como pelas interferências na formação e estabelecimento de vínculo com a população local. Contudo, das nove enfermeiras entrevistadas, a quem cabe a gestão local, apenas uma faz menção a este fato, e sem muita ênfase.

**Tabela 03:** Tempo de permanência na UBS/PA

<b>Tempo na UBS/PA (Anos)</b>	<b>Sexo Feminino</b>	<b>Sexo Masculino</b>
1 a 2	07	-
2 a 3	03	01
3 a 5	02	-
6 a 11	02	-
Total	14	01

Com a criação do SUS, as ações e serviços de saúde são caracterizados como de relevância pública, ofertados de modo universal e consolidados pela sistematização e expansão das ações básicas de assistência integral por níveis de complexidade e da multiprofissionalidade.

Dos quinze técnicos de enfermagem entrevistados, sete trabalhadores - ou seja, 47% do total - revelaram possuir apenas um emprego público: em função da continuidade da formação (três entrevistados): por considerar cansativa a sua jornada de trabalho (um entrevistado): opção por cuidados domésticos e filhos (dois entrevistados) e por residir em outro município (01 entrevistado).

Quatro dentre eles, isto é, 27% do total, relataram ter dois empregos públicos. Dois, entre eles, desenvolvem suas atividades em outro nível de complexidade (hospital geral), e dois trabalham em outros municípios do entorno (Campinas e Sumaré).

Dois técnicos de enfermagem possuem vínculos tanto no serviço público quanto no privado, em estabelecimentos de saúde do município; outros dois nada declararam a este respeito.

Esta opção dos profissionais pode estar ligada ao incentivo dos municípios na descentralização da saúde, bem como ao investimento na edificação de novos e diversificados níveis de assistência em saúde, contemplando desde a Atenção Básica até os níveis de média e alta complexidade, o que gerou espaços de trabalho qualificado.

O serviço público aqui referido como opção da maioria dos entrevistados aparece como uma vinculação geradora de “estabilidade e segurança”, que pode oferecer perspectivas de futuro aos profissionais, em contraponto com o setor privado – “instável, inseguro” – e até mesmo considerado como espaço com outras prioridades que não apenas a avaliação das práticas de saúde:

*“Nos hospitais privados a gente é selecionada não pelo seu lado profissional e sim pelo fato de agradar ou não o outro. Eu enfrentei um processo seletivo desgastante com cinco provas e tudo isto para nada porque se você for indicada tem chance, se tiver o ‘jeito’ que eles querem. O concurso público é você com seus conhecimentos e só! Você aguarda ser chamada e não tem que ‘agradar’ ninguém.” (Tícia, TE).*

Relatam ter deixado o serviço privado pelo público, que apesar de apresentar muitas dificuldades para o exercício profissional, ainda é portador de valores e perspectivas que motivam a busca pelos processos seletivos, apesar do tempo de espera pela convocação e do enfrentamento de condições de trabalho diferenciadas.

A estabilidade do vínculo e a conseqüente segurança proporcionadas pelo serviço público permitem, aos que delas usufruem, considerarem-se protagonistas de sua própria vida, sujeitos capazes de construir uma história linear para si, com planejamento e perspectivas de futuro. O serviço público ainda constitui um contraponto aos ditames neoliberais da flexibilidade, dos contratos temporários, da vinculação a instituições que se desfazem, terceirizam ou são incorporadas por outras:

O sinal mais tangível dessa mudança talvez seja o lema ‘Não há longo prazo’. No trabalho, a carreira tradicional, que avança passo a passo pelos corredores de uma ou duas instituições está fenecendo; e também a utilização de um único conjunto de qualificações no decorrer de uma vida de trabalho (Sennett, 1999, p.21-2).

Esta questão foi acrescentada à entrevista e objetivava conhecer os motivos singulares que levavam à escolha pessoal pelo serviço público e, ao mesmo tempo, possibilitava obter informações sobre o nível de satisfação/insatisfação com o vínculo atual.

A grande maioria, isto é, 11 dos técnicos de enfermagem entrevistados - representando 73% do total, relataram ter feito esta escolha em função da estabilidade e segurança oferecidas pelo serviço público, em contraponto às incertezas conhecidas ou vivenciadas no setor privado:

*“Eu já trabalhei em um serviço particular, mas o que mais chama a atenção no serviço público é a estabilidade e isto é algo que a gente busca. Hoje está muito difícil encontrar alguma coisa que seja assim mais duradoura e isto é importante porque nos traz segurança.” (Tábata, TE).*

*“Trabalhei desde os dezesseis anos como costureira e é um emprego muito instável porque de janeiro a março não tem o que fazer, ficamos sem emprego e a gente precisa disto para se sustentar. Trabalhei nisto até os meus trinta e dois anos e não consegui nada, troquei muito de emprego neste tempo. É muito difícil viver deste jeito! Para se fazer planos é importante ter estabilidade, pensar em fazer um financiamento ou coisa parecida. Agora é diferente. É seguro, é mais tranquilo.” (Talita, TE).*

Três entrevistados, ou seja, 27%, manifestaram-se favoráveis aos critérios objetivos de seleção do concurso público, em detrimento do setor privado, que privilegiaria outras condições de caráter mais subjetivo:

*“Eu trabalhava atendendo pacientes em casa prestando serviços para um hospital privado aqui do município, no Home Care. É meio complicado entrar em um hospital privado, porque se você não conhece ninguém lá dentro você não consegue entrar e eu parti para o serviço público porque só dependia de mim mesma. Procurei e entrei.” (Tâmara, TE).*

Dois entrevistados, 14% do total, distinguem a possibilidade de uma atuação ampliada no serviço público, tanto pela abrangência do atendimento, quanto pelos diferentes locais que compõem a rede municipal de saúde:

*“Eu já trabalhei no setor privado, mas já estou aqui há três anos e sempre me ofereço para cobrir férias sempre que é possível. Mudo de lugar, conheço outras pessoas, outra maneira de trabalhar porque mesmo sendo um tipo só de trabalho, cada lugar é diferente do outro e eu estou contente com esta possibilidade de aprender.” (Telma, TE).*

O diferencial da população atendida é referido por dois técnicos de enfermagem como um fator motivador de sua permanência e preferência pelo setor público, bem como a liberdade de agir profissional:

*“Fiz estágio nos hospitais públicos e privados, mas quando eu terminei o curso eu já dizia que me identificava mais com a população carente e foi isto que me levou a procurar o serviço público. Atender aos que mais precisam me gratifica, eu me sinto bem.” (Tilce, TE).*

*“Eu prefiro trabalhar no serviço público do que no particular porque é um lugar melhor para se trabalhar. Aqui a gente se sente mais à vontade porque é tudo mais livre e melhor, mais simples e a gente se sente útil.” (Téssia, TE)*

Um dos técnicos entrevistados atribui à família a sua escolha, tanto no que se refere à formação profissional, quanto à vinculação ao serviço público. Este foi um dos únicos entrevistados a se mostrar insatisfeito com a profissão, declarando já estar cursando engenharia como possibilidade de deixar a área da saúde. Torna-se pertinente questionar, frente a este fato singular, o quanto a “imposição” familiar dificultou a identificação profissional deste entrevistado:

*“O serviço público e a enfermagem não foi uma opção, foi circunstancial (risos). Estou aqui por pressão da minha mãe e como foi dando certo eu fui ficando, mas este tempo me ajudou a ver melhor as coisas e eu vi que a enfermagem não dá, estou na engenharia e acho que ‘me encontrei.’” (Tida, TE).*

Dois entrevistados não foram precisos na definição dos motivos que os levaram à opção pelo serviço público e responderam apenas descrevendo as etapas, o tempo de demora para serem chamados e até mesmo a “desconfiança” da legitimidade da convocação sequencial dos aprovados.

Ao considerar o número de respostas obtidas, faz-se necessário destacar que, ao serem questionados durante a entrevista, os técnicos de enfermagem forneceram dois ou mais motivos que os levaram à escolha pelo serviço público o que, no cômputo final, excede o número total dos entrevistados escolhidos para este estudo.

Em uma análise ampliada sobre as respostas obtidas, deduz-se que, apesar das condições de trabalho não serem inteiramente satisfatórias, o serviço público é considerado, pela maioria, como um bom local de trabalho. É referido como um espaço de produção de um trabalho portador de “valor de uso”; os profissionais entrevistados também declararam se sentirem com liberdade para trabalhar, com possibilidades de aprendizagem e gratificados por desenvolverem um trabalho útil a quem deles necessita.

#### **5.4.2: Breve descrição do perfil do profissional enfermeiro**

A Atenção Básica da cidade de Americana conta com 33 enfermeiros, distribuídos entre 23 Unidades Básicas de Saúde e 04 Pronto Atendimentos, dos quais 10 têm a sua dedicação voltada para o Programa Saúde da Família. Deste total foram entrevistadas 09 enfermeiras, todas do sexo feminino constituindo 31% deste universo. Existem 04 enfermeiros do sexo masculino presentes entre as equipes do Programa de Saúde da Família

Como os técnicos de enfermagem também entre os(as) enfermeiros (as) contratados(as) para atuarem na Atenção Básica do município há o predomínio do sexo feminino. Este fato pode remeter às categorias de trabalho e gênero, que procuram explicar a relação social e de poder entre os sexos, superando o marco da naturalização e biologização, conforme já discutido anteriormente.

O trabalho é uma dimensão que perpassa a existência de homens e mulheres, e o setor saúde, com a predominância do relacional e do cuidado, apresenta número significativo de mulheres como “qualificadas” para tal. As entrevistadas eram jovens, em sua maioria com idades entre 25 e 34 anos.

**Tabela 04:** Faixa etária dos enfermeiros entrevistados

<b>Idade/Anos</b>	<b>Sexo Feminino</b>
25 – 29	02
30 – 34	04
35 – 39	01
40 – 44	02
45 – 49	-
50 – 59	-

Por serem jovens, em sua maioria, as enfermeiras possuíam de 2 a 6 anos de experiência profissional. Algumas, entre as entrevistadas, têm na vinculação com o serviço público local a sua primeira experiência profissional:

**Tabela 05:** Tempo de exercício profissional

<b>Tempo na Profissão (Anos)</b>	<b>Sexo Feminino</b>
1 a 2	01
2 a 4	04
4 a 6	03
6 a 10	-
10 a 15	01

Por motivos pessoais e/ou profissionais, ocorrem mudanças de Unidades entre as profissionais, bem como novas contratações em consonância com as determinações do conselho de classe da categoria. A maioria, entre as entrevistadas, apresentava de 2 a 4 anos no mesmo local, diferentemente dos técnicos de enfermagem:

**Tabela 06:**Tempo de permanência na UBS/PA

<b>Tempo na UBS/PA (Anos)</b>	<b>Sexo Feminino</b>
1 a 2	03
2 a 4	03
4 a 6	02
6 a 10	-
10 a 20	01

Todas as enfermeiras entrevistadas relataram ter apenas um vínculo de trabalho com o serviço público, característica que também as diferencia dos técnicos de enfermagem.

**Tabela 07:** Tipo de vínculo profissional

<b>Vínculo Profissional</b>	<b>Sexo Feminino</b>
Público	09
Público-público	-
Público-privado	-
Não declarado	-

### **5.4.3- Breve descrição do perfil do profissional médico**

Componentes da equipe de saúde em todas as 23 Unidades da Atenção Básica do município e com uma posição hierárquica bem definida como participantes da rede de cuidados, estes profissionais acham-se divididos entre as especialidades de clínica geral, pediatria e ginecologia. Totalizam 73 profissionais, sendo 29 do sexo feminino e 44 do sexo masculino.

Diferentemente dos técnicos e dos enfermeiros, entre os profissionais médicos existe o predomínio do sexo masculino, embora tenha sido entrevistado

apenas um, representando 2% do total. As outras quatro profissionais médicas entrevistadas eram do sexo feminino com representatividade de 14% do total.

Dentre os cinco profissionais entrevistados, procurou-se contemplar as três especialidades; assim, 02 são clínicos, 02 pediatras e 01 ginecologista, com as características abaixo:

**Tabela 08:** Faixa etária dos médicos entrevistados

<b>Idade/Anos</b>	<b>Sexo Feminino</b>	<b>Sexo Masculino</b>
25 – 29	-	-
30 – 34	01	-
35 – 39	-	-
40 – 44	01	-
45 – 49	02	-
50 – 59	-	01
Total	04	01

São profissionais com mais tempo de experiência profissional que as enfermeiras e os técnicos de enfermagem entrevistados:

**Tabela 09:** Tempo de exercício profissional

<b>Tempo na Profissão/Anos</b>	<b>Sexo Feminino</b>	<b>Sexo Masculino</b>
1 a 2	-	-
2 a 4	01	-
4 a 6	-	-
6 a 10	-	-
10 a 15	01	-
15 a 20	01	-
20 a 25	01	01
Total	04	01

Em relação ao tempo na UBS atual, a maioria dos entrevistados permanece no mesmo local, relatando ter se identificado com a população, diferente das enfermeiras e dos técnicos de enfermagem.

**Tabela 10:** Tempo de permanência na UBS/PA

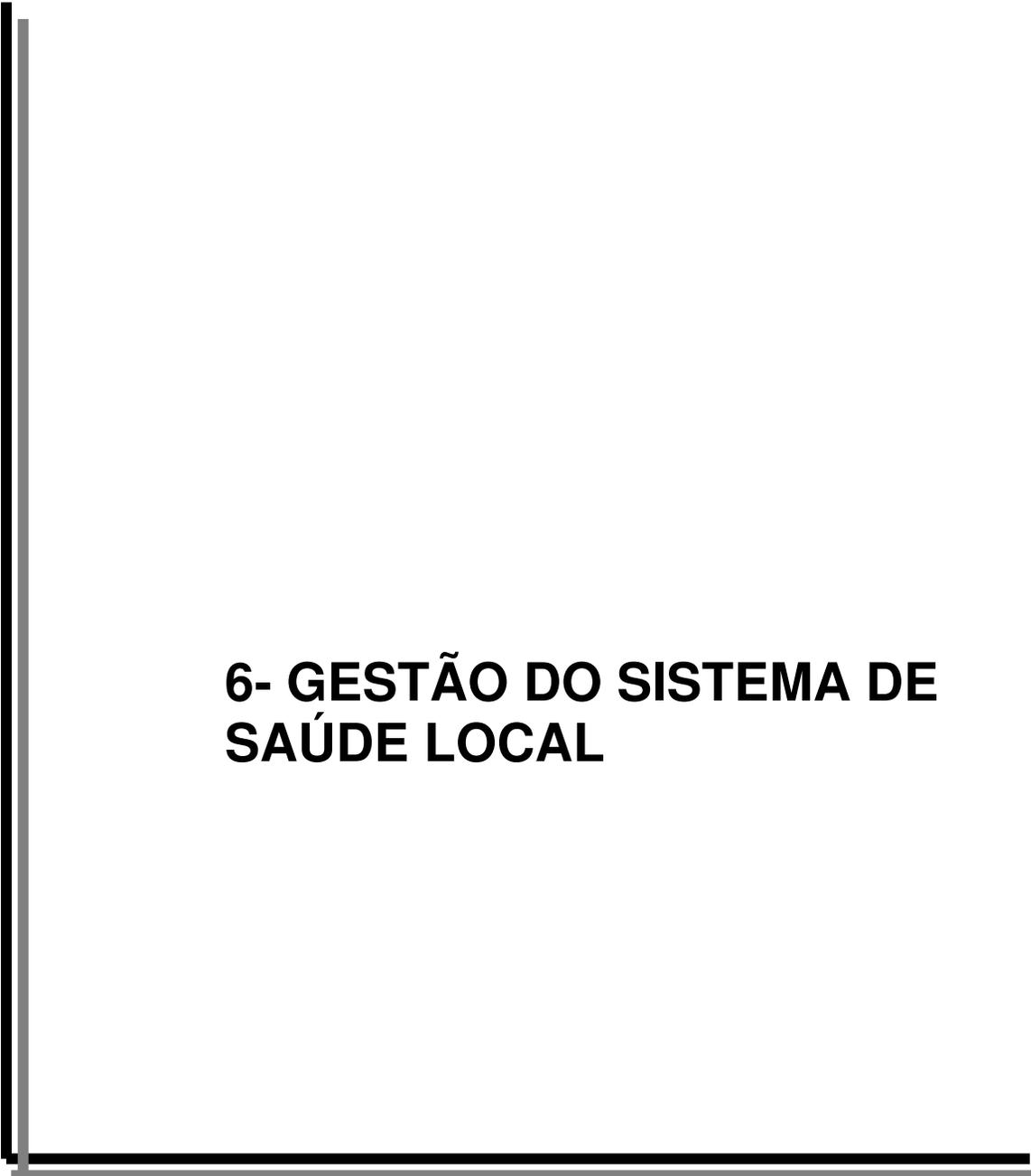
<b>Tempo na UBS/PA (Anos)</b>	<b>Sexo Feminino</b>	<b>Sexo Masculino</b>
1 a 2	01	-
2 a 5	-	-
5 a 10	01	-
10 a 20	02	01
Total	04	01

Em relação ao vínculo profissional, a maioria, entre eles, relata de dois a três vínculos, o que também é diferente da situação profissional das enfermeiras, se aproximando do modelo dos técnicos de enfermagem:

**Tabela 11:** Tipo de vínculo profissional

<b>Vínculo Profissional</b>	<b>Sexo Feminino</b>	<b>Sexo Masculino</b>
Público	-	-
Público-público	03	01*
Público-privado	01	01*
Outros		01*
Total	04	01*

\*O profissional relata ter vínculos públicos e privados.



## **6- GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL**

A implantação do Sistema Único de Saúde não é um trabalho simples, depende de competência técnica e de grande habilidade política para compor interesses e diferentes perspectivas culturais. Por esta linha de análise considera-se que o sucesso desta política de saúde não depende somente de ações alinhadas dos governos federal e estadual, mas também da iniciativa arrojada dos poderes locais, na razão direta da capacidade gerencial e política de cada um dos diferentes municípios brasileiros.

A descentralização, no caso da reforma sanitária brasileira, tinha por objetivo modificar o desenho e a lógica de um sistema público centralizador e pouco resolutivo sem que necessariamente ocorresse privatização da prestação de serviço, ou sem abdicar o papel de gestor e prestador direto do Estado (Campos, 2005).

A diretriz da descentralização foi incorporada ao SUS, concretizando-se como a municipalização de serviços, de atenção à saúde e com a existência de uma direção única a cada esfera de governo. Ainda incompleto, apesar da delegação de responsabilidades ter sido maior que a de poder, mesmo com maior comprometimento de recursos do orçamento municipal, “evidências comprovam que o desenho do sistema de saúde brasileiro modificou-se bastante nos últimos quinze anos, ampliando a extensão, a importância e as funções dos sistemas estaduais e municipais da saúde” (Campos, 2005, p. ).

A descentralização acabou por se constituir em um valor ético-político que os movimentos democráticos passaram a priorizar em sua ação. Além da distribuição de poder, proporcionou a ampliação dos mecanismos de participação e de controle da sociedade civil sobre as ações do estado, sobre governos e sistemas públicos, dando visibilidade aos limites e potências dos diferentes sistemas de gestão.

Como exercício de democracia, as diretrizes legais da descentralização e a do controle social criaram o direito da participação e abriram possibilidades para que novos sujeitos sociais interviessem na gestão e na política de saúde em vigor.

O modelo de atenção à saúde vigente ainda acha-se fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado por ações e serviços conformado a partir da oferta o que, em grande parte do país, tem se mostrado insuficiente frente aos desafios sanitários atuais. Embora existam inegáveis e significativos avanços

alcançados pelo SUS nos últimos anos, a fragmentação das ações e serviços de saúde perdura e persiste como um desafio à gestão do cuidado no contexto atual.

A adesão dos municípios é influenciada por um conjunto de variáveis que envolve a vontade política dos dirigentes locais, a capacidade de pressão da sociedade civil, a organização mais ou menos corporativa dos profissionais de saúde, o grau de clientelismo, a degradação dos costumes políticos que permeiam as diferentes regiões e, até mesmo, a capacidade financeira e orçamentária para incorporar novos desafios.

Reconhecendo que um sistema de saúde é uma construção histórica e social, decidiu-se incorporar a este estudo uma breve descrição e avaliação da gestão local. Apesar de não ter sido formulado nenhuma questão sobre a gestão local aos entrevistados, considera-se que o trabalho em saúde e, em especial, o trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem da Atenção Básica na cidade de Americana é também resultado das práticas gerenciais nos diferentes momentos históricos.

A escolha desta perspectiva de análise tem por objetivo compreender o desenvolvimento gerencial influenciado pela diretriz da descentralização, mas também como um significativo vetor de intervenção no campo de recursos humanos, as práticas sanitárias das diferentes formações, sua articulação com o cotidiano, no local de trabalho, bem como a inserção profissional dos técnicos de enfermagem.

O cenário municipal escolhido constitui o espaço de observação da organização dos serviços de saúde conformados e desenhados a partir das transformações desencadeadas pela diretriz política da descentralização e seus efeitos sobre a vida prática. Ao se incorporar um novo conceito, os atores sociais envolvidos e com capacidade operativa intervêm sobre a maneira de “andar a vida”, desencadeando ações e efeitos sobre a organização econômica e social estabelecida, que se transformam em arranjos estruturais pertinentes.

Compreende-se aqui a descentralização como conceito-chave para a reorganização dos serviços de saúde e a gestão como norteadora dos processos de trabalho frente ao desafio de organizar a complexa inter-relação entre acesso, qualidade, demanda e efetividade de um sistema universal. Neste contexto ampliado, julga-se importante ressaltar a história local, quando o município iniciou seus

investimentos no setor saúde pela construção de um hospital geral e de algumas unidades periféricas, antes da Constituição de 1988 e o ordenamento jurídico do SUS.

A prevalência do modelo curativo, centrado no hospital desde a sua conformação original, parece ainda presente como um arranjo que perdura pela mediação entre as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde. Apesar do número considerável de Unidades Básicas, bem como a disposição geográfica das mesmas pelos diferentes bairros do município, ainda se percebe o enfoque na “doença” em detrimento dos princípios de promoção e prevenção da saúde.

O modelo vigente ainda se mostra como “médico-centrado”, a presença deste profissional e da referida “consulta médica” como referência estruturante das práticas profissionais, ainda parece constituir o direcionamento e sustentação do processo de trabalho em saúde. As ações voltadas para os sujeitos individuais e coletivos parecem ainda incipientes, descontinuados e fragmentados resultando na falta de adesão às consultas agendadas, aos tratamentos prescritos, às numerosas filas para atendimento. Destacam-se também as dificuldades de enfrentamento e compreensão frente às questões subjetivas ou relacionais, oriundas de uma prática médica centrada na doença, na consulta e no componente “tempo de atendimento”:

*Apesar da fila enorme para atender a gente não se estressa porque sabe que a triagem já foi feita e isto ajuda muito porque **num instantinho está todo mundo atendido**<sup>6</sup>. É bom para os pacientes e bom para o médico também” (Marta, MED).*

O sistema de saúde local parece ainda cristalizado por determinações histórico-estruturais originárias da década de 1970, quando o gestor em exercício, um médico sanitário, investe na construção do hospital geral, enfrentando forte oposição política. Inaugurado em 01/05/1982 a equipe era composta por médicos de diferentes especialidades, auxiliares, atendentes de enfermagem e apenas uma enfermeira.

Julga-se pertinente distinguir este posicionamento institucional, por considerar que a organização do trabalho nos espaços de saúde é resultante de práticas

---

<sup>6</sup> Grifo da autora.

gerenciais próprias e definidoras do território, bem como das diferenças institucionais e institucionalizadas que se sobrepõem ao tipo e complexidade do serviço prestado.

A composição da equipe inicial foi sendo preservada e este modelo multiplicado nos investimentos no setor saúde do município. Uma das médicas entrevistadas relata:

*“Estou há 20 anos nesta UBS e antes nós trabalhávamos com uma equipe bem menor que a atual. Eu trabalhava diretamente com a técnica de enfermagem; era apenas uma, mas eu posso dizer que o trabalho rendia mais, aparecia mais, fluía melhor” (Marcela, MED).*

Após a inauguração do hospital geral, a construção de Unidades Básicas tornou-se prioridade nos governos subsequentes. Houve uma importante ampliação da rede de serviços, do acesso da população, apesar de muitas filas e queixas que denotam os limites, as dificuldades e remetem à questão da utilização eficiente dos recursos disponíveis.

Até 2005, o município contava com 20 Unidades Básicas de Saúde perseverando em um processo de trabalho em saúde estruturado na presença dos profissionais médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem. Conforme levantamento de dados nas unidades de recursos humanos, no referido período, o município contava com 14 enfermeiras no hospital geral e 08 profissionais que se responsabilizavam por duas ou três Unidades, de acordo com o seu porte.

Embora em discordância com as determinações legais da profissão, que exigem a presença do enfermeiro como supervisor de técnicos e auxiliares de enfermagem no exercício profissional, o serviço de saúde local mantinha estas características em termos de organização e gestão. Uma das técnicas de enfermagem relata:

*“Eu sei do COREN apenas quando eles vêm para fiscalizar e isto aconteceu quando eu estava em uma Unidade sem enfermeira e que foi motivo de denúncia. Eles apareceram e isto foi bom porque logo a Prefeitura colocou uma enfermeira aqui e nas outras unidades também. Eu trabalhei muito tempo em uma UBS sem enfermeira e ela ia lá duas vezes por semana, falava com a gente por telefone, mas quando tinha uma emergência era muito complicado para nós” (Teresa, TE).*

Esta situação relativamente recente, mas que perdurou por um período significativo no sistema de saúde local, é refletido na Tabela 06 que, das nove enfermeiras entrevistadas, sete delas possuíam de 2 a 6 anos de experiência profissional com vinculação no município. Frente a esta situação desencadeada pelo órgão de classe da categoria, a gestão procurou se adequar aos ditames legais e jurisdicionados da profissão enfermagem, resultando na contratação de enfermeiras para todas as Unidades de Saúde do município:

*“Hoje eu não tenho problemas com a equipe de enfermagem. Antes era difícil porque eu era a mais nova da equipe e foi complicado para que os funcionários compreendessem que eu ia liderar uma equipe sendo bem mais nova de casa que a grande maioria deles. Isto foi há quase três anos atrás e foi difícil para eu conseguir ter o bom relacionamento que tenho hoje” (Elena, ENF).*

A organização dos serviços públicos depende em maior grau do ambiente sóciopolítico que se delineia em nível local. Em 2007, foram contratados “gerentes” que, em sua maioria, não possuíam qualificação específica do setor saúde e se responsabilizavam por, no mínimo, duas ou três unidades; estes “gerentes” ficavam quase exclusivamente voltados para atividades burocráticas, configurando um modelo de atenção mais voltado para a doença que para a saúde.

A partir de 2009, com a mudança do gestor político e novas práticas gerenciais, o setor recebeu investimentos na construção e ampliação das Unidades de Saúde, novas equipes do Programa de Saúde da Família e mudança organizacional na oferta de serviços. Assim, as UBS passaram a contar com um gerente local, enfermeiras em sua grande maioria, instrumentalizadas pela transferência de poder, responsabilidades e recursos.

A importância do relato histórico e descrição do gerenciamento local vivenciado pelas Unidades Básicas de Saúde local adquire relevância para o interesse deste estudo, pois estas unidades produtoras de serviços, caracterizadas por uma produção singular, se constituem como porta de entrada do sistema local de saúde e coordenadoras da rede do cuidado. O papel gerencial tem uma forte influência no

processo de trabalho, assim como na qualidade dos serviços oferecidos,, efetividade frente às necessidades em saúde e no cotidiano de trabalho dos sujeitos sociais que podem imprimir mudanças no modo de fazer saúde.

Ao entendermos as organizações como sistemas em permanente processo de transformação, assumimos que assim como uma construção social, estas só podem ser reconstruídas pela vontade dos trabalhadores que as compõem, que vivenciam os limites e as potências, submetidas e delineadas pelas influências políticas, econômicas e sociais.

### **6.1 - A função gerencial do enfermeiro (a)**

Ao enfermeiro, por seu estatuto profissional, cabem quatro atividades essenciais e norteadoras à sua atuação: assistencial, gerencial, educativa e pesquisa. Apesar de integradas, a este estudo interessa apenas a relação social do trabalho da enfermagem o que leva a destacar a função gerencial do profissional enfermeiro e seu envolvimento com os demais estratos componentes da profissão.

A gestão do trabalho em saúde requer o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores relacionados aos saberes profissionais denominados processos de trabalho, bem como a decorrente configuração estrutural dos diferentes espaços e níveis de complexidade. O profissional enfermeiro assume, na maioria das vezes, uma posição de articulação entre as equipes multiprofissionais, ganhando destaque a coordenação do cuidado e, especificamente, a organização do processo de trabalho da enfermagem (Spagnol, 2005).

A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e de saúde, operacionalizadas por um coletivo profissional e, portanto, fundamentalmente participativas e complementares, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a sujeitos e populações pertencentes a territórios bem delimitados, sendo permeadas pelas mudanças e dinâmicas ali existentes:

*“Na minha Unidade existe a divisão de trabalho sim. Elas mesmas se dividem porque cada uma sabe de sua responsabilidade dentro da Unidade no atendimento aos ginecologistas, curativos, inalações, medicações, P.A, Dextros, vacinas e curativos, principalmente. Elas fazem revezamentos, senão cansa demais pelo volume de atendimento que temos na Unidade e eu só oriento a equipe” (Elena, ENF).*

O processo de trabalho da enfermagem inclui, além das técnicas, procedimentos, recursos físicos e tecnológicos, o aspecto relacional ou o “trabalho vivo”, configurado no ato de cuidar, que por sua vez é permeado pelo vínculo, a escuta e pela comunicação necessariamente estabelecida em seu fazer cotidiano e profissional.

A função gerencial do enfermeiro ainda está fundamentada na utilização de métodos e estratégias originários da Escola Científica e Clássica da Administração preconizados por Taylor e Fayol, em meados do século XIX para aplicação no segmento industrial. Uma forma racionalizada de organizar o trabalho com centralização de poder e decisão na maior especialidade que determina quem, quando e como devem ser executadas as tarefas respaldadas pelo órgão de classe:

*“Sabe, a enfermeira direciona, lidera, a equipe, propõe novos projetos, propõe mudanças, mas quem vai executar tudo isso são os técnicos e os auxiliares porque a mão de obra mesmo ali dentro é deles” (Elisa, ENF).*

A formalização nos serviços de enfermagem representa o uso de normas na organização do processo de trabalho e corresponde ao grau em que ações, práticas, procedimentos e instruções estão escritos e juridicionados. Na maioria das vezes, isto provoca um distanciamento, uma “desresponsabilização” das pessoas envolvidas uma vez que não compartilham decisões, não participam da sua elaboração, tornando a estrutura prescritiva e normativa, inibindo a criatividade e o envolvimento dos integrantes.

Este coletivo de trabalho está inserido na Atenção Básica que, por definição, é a instância coordenadora do cuidado e ordenadora de práticas clínicas que devem ser organizadas e articuladas para a superação da fragmentação já estabelecida das ações e serviços de saúde que se contrapõe aos princípios do SUS.

Tais práticas gerenciais de centralização e de controle mostram-se contraditórias neste contexto, ao considerarmos uma Unidade Básica como o nível fundamental de um sistema de saúde. Ela constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades em busca de suas necessidades sanitárias, e portanto deve levar o serviço o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas.

*“É a gente (refere-se à enfermagem) que está aqui na Unidade todos os dias atendendo o paciente, seja no que for. Desde uma receita que ele quer trocar, uma orientação que ele vem buscar, uma medicação que ele tem dúvida é a gente que ele vem procurar” (Elisabete, ENF).*

Quando um grupo de pessoas contribui com seus esforços para o alcance de um objetivo, faz-se necessário estabelecer um acordo sobre atribuições de cada um e definir as relações de trabalho que permeiam este coletivo. Nesta linha de análise, as ações e práticas que conformam o serviço de enfermagem só se concretizam por meio de um grupo organizado de pessoas, distribuição de tarefas por complexidade e diversidade, evidenciando a divisão e distribuição do trabalho entre seus membros, bem como estabelecimento do padrão de relação entre eles.

Aparece, então, o necessário trabalho em equipe, sustentado pela coordenação de esforços com vistas a se alcançar um objetivo proposto e comum. O enfermeiro, na maioria das vezes, coordena e lidera baseado no relacionamento superior/subordinado, seguindo uma posição hierárquica bem definida e fundamentada pela especialização do saber. Esta organização formal lhe atribui autoridade e responsabilidade por toda a equipe:

*“A divisão do trabalho é respeitada sim porque o que é atribuição do enfermeiro ele deve fazer e o que é dos técnicos é deles e pronto! Aqui é cada um com sua atribuição, cada um com sua responsabilidade e hoje isto é possível porque cada Unidade tem o seu enfermeiro que garante as atribuições e assegura a cada um o seu campo de trabalho ” (Elba, ENF.).*

O órgão de classe legisla a profissão, respaldado pelo Estado e distingue, pela Lei do Exercício Profissional, as atribuições dos três estratos componentes do coletivo da profissão. Para além dos dispositivos legais e jurisdicionados, cabe aos enfermeiros

também a organização de um coletivo que oferece uma linha de cuidados e práticas especializadas que, na sua concretude, faz se conhecer como o trabalho da enfermagem.

O trabalho da enfermagem, como todo trabalho em saúde, se constrói no relacional, nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. Estas relações se caracterizam pelo vínculo, a escuta, a palavra, pela atenção e a responsabilização com o produto que é ofertado.

Os enfermeiros, no âmbito de sua atuação, efetivam uma microgestão na linha do cuidado, utilizando-se de mecanismos de coordenação, continuidade e integração assistencial, não apenas no interior da equipe profissional, mas também junto à equipe de atenção à saúde:

*“Na Unidade nós somos mais de vinte pessoas, entre os dentistas, auxiliares, médicos, recepção, limpeza e as quatro pessoas da enfermagem (refere-se à enfermeira, duas técnicas e uma auxiliar de enfermagem). Todo mundo ajuda em todos os lugares porque esta é a equipe de saúde pública. Trabalhamos todos juntos pelo objetivo comum de atender a população que nos procura” (Emily, ENF).*

Por suas especificidades, o trabalho em sua saúde deve ser visto como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, em um ambiente constituído por pessoas, sujeitos, coletivos de sujeitos que criam, constroem, transformam, se transformam, sonham e, sobretudo, produzem saúde.

Nesta concepção o trabalho deve ser visto como uma categoria central para uma política de valorização dos trabalhadores do setor saúde. Este se constitui como um território vivo e circunscrito, com múltiplas disputas no modo de produzir, organizar, direcionar e produzir saúde. Ao enfermeiro cabe, em primeira instância, reconhecer, valorizar e proporcionar a criação de espaços coletivos em sua gestão para que os componentes de sua equipe profissional possam atuar como sujeitos sociais não só por suas atribuições legais, mas por desempenharem papéis para além do prescrito:

*“Os técnicos de enfermagem são o primeiro contato na Unidade com os usuários depois da recepção. A importância deste trabalho é a empatia inicial, a criação de vínculo com aquele paciente porque a partir do momento que a enfermagem tem vínculo aquele paciente confia inteiramente em você. Sem eles a Unidade não anda, mas sem enfermeiro anda” (Elena, ENF).*

Enseja-se a necessidade de implementar ações, reflexões e novas práticas desencadeadas pelos questionamentos do fazer cotidiano, debates e re-leituras nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes de todos e das diversas profissões. A divisão efetuada no interior da profissão traz em seu cerne o compromisso de envolvimento com as necessidades da assistência de saúde comunitária, e o faz pela articulação das práticas de seus estratos componentes:

*“Sem os técnicos e os auxiliares a gente não consegue fazer promoção à saúde, não tem educação continuada com os pacientes porque eles são os promotores da saúde na Unidade. Sem o apoio deles a enfermeira não consegue fazer nem a parte administrativa” (Elba, ENF).*

A discussão sobre a gestão e organização do trabalho em saúde tem, neste estudo, o objetivo de distinguir os olhares dos profissionais da saúde sobre o trabalho dos técnicos de enfermagem da Atenção Básica na cidade de Americana/SP. Ao enfermeiro compete planejar e gerenciar a equipe de enfermagem, mas além das competências técnicas inerentes ao exercício profissional, ele necessita implementar a gestão, com todas as dificuldades e facilidades ensejadas pela organização do trabalho, pelas disputas políticas e de poder no espaço local, pelas relações sociais e profissionais que constituem e caracterizam a assistência em saúde.

Faz-se necessário assumir-se como um profissional autônomo e gerenciador de processos de trabalhos realizados por uma equipe multidisciplinar, que exige interação, construção, relação e ação a todo momento, em diferentes situações e condições.

Ao discorrer sobre a centralização da autoridade e responsabilidade na maior especialização, não se nega vantagens como o fato das decisões serem tomadas por quem tem uma visão geral e domínio do maior conhecimento na linha do cuidado.

Julga-se oportuno refletir sobre os benefícios advindos de uma gestão que, para além do domínio do conhecimento, pratica o compartilhamento do processo decisório entre os componentes considerados importantes, úteis e, às vezes, imprescindíveis para o serviço de enfermagem. Ao se considerarem, de fato, parte integrante das ações e procedimentos, tais trabalhadores podem vir a ter maior clareza individual e coletiva sobre a dimensão e importância da sua intervenção no processo de trabalho.

Podem vir a identificarem-se como responsáveis não só pelo que lhes é atribuído, mas pela saúde, o bem estar e a vida de quem deles necessita. Pode vir a se constituir, deste modo, um movimento de enfrentamento à fragmentação das ações e serviços de saúde que tanto dificultam a efetivação de um sistema de saúde universal, equânime e integral.

Ao abrir espaço ao compartilhamento, efetiva-se o vínculo não só na acolhida e naquilo que lhe é prescrito, mas propicia a participação e a resolução dos problemas ou necessidades por quem as vivencia. Constata-se, pelos relatos de quem os supervisiona, que estes trabalhadores são, reconhecidamente, os que detêm mais informações sobre quem procura o serviço de saúde, tendo, aparentemente, já conquistado este espaço na experiência local.

As dificuldades vivenciadas na área da gestão do trabalho necessitam de ações estratégicas e eficazes, que talvez estejam além do alcance das teorias clássicas de administração para o contexto atual. Romper com a cisão entre quem pensa e quem executa talvez seja uma alternativa para se instituir novas práticas gerenciais e para a obtenção de novos resultados. Uma nova configuração de supervisão pode ser o caminho a ser construído, possibilitando avançar na qualificação da atenção, superar as lacunas assistenciais importantes e na conquista do comprometimento dos trabalhadores em relação à sua capacidade de, por um trabalho em equipe, prover a integralidade para todos.



## **7 – A ESCOLHA DA PROFISSÃO**

A lógica da produção de cuidados requer trabalhadores em sua execução, que se reconhecem no trabalho ofertado, articulando suas ações com as finalidades da assistência em saúde, com as necessidades dos usuários e com as suas próprias necessidades, conjunto este que se encontra em permanente produção.

O processo de trabalho deve tomar como objeto o homem, em suas múltiplas complexidades, e não somente o corpo biológico, produtor de procedimentos. Os “recursos, que também são “humanos”, devem estar prontos para viabilizar as ações planejadas pela organização do trabalho.

Os trabalhadores detêm parcelas distintas de conhecimento, de poder e autonomia, inerentes a cada ação em saúde. Trabalham na saúde estabelecendo um espaço de relações de trabalho, vendo e convivendo com conflitos, competição, cooperação, sendo que este espaço necessita ser construído a cada ação, a cada usuário, a cada necessidade.

Neste contexto, faz-se necessário destacar, para o âmbito do trabalho em saúde, os seus produtores, aqueles a quem efetivamente cabe o fazer cotidiano. Abrir um espaço para conhecer não apenas a racionalidade do seu conhecimento, mas a motivação e o prazer pelo trabalho, o entendimento do processo de cuidar, a participação no interior de uma equipe, os projetos, as singularidades, os valores, medos, aflições, o jeito particular de enxergar e viver a vida.

Faz-se relevante reconhecer os trabalhadores de saúde, especificamente os técnicos de enfermagem, em função de suas habilidades e necessidades, como pessoas que mantêm relações de troca e de convivência também com os usuários, situações em que as expressões da subjetividade de ambos se fazem presentes:

*“Eu trabalho também no Hospital Municipal e a gente vê que o paciente recebe alta e está com boa aparência, sai mais satisfeito e tranquilo. É difícil receber elogios, mas a gente vê o trabalho aparecendo e isso é bom” (Tilce, TE).*

No grupo dos 15 técnicos de enfermagem entrevistados, a primeira pergunta que iniciava a entrevista, depois de uma preleção sobre os objetivos da pesquisa e interesse do pesquisador, era sobre a escolha da profissão.

A trajetória pessoal em direção à escolha da profissão traz consigo as singularidades vivenciadas no interior da família e durante a escolarização e convivência nos espaços de socialização, que resultam na organização e assimilação de saberes e valores necessários à integração social.

A família vai se moldando no contexto das fronteiras entre o público e o privado, transmitindo ou despertando nos futuros técnicos de enfermagem um horizonte de atuação, a perspectiva de um fazer profissional:

*“Eu sou de uma família muito grande: pai, mãe e muitos irmãos. Teve uma época que uma irmãzinha minha morou durante três anos no hospital e ao visitar eu fui gostando da profissão, vendo uma coisa ali outra aqui”(Tália, TE).*

A família é também responsável pela formação inicial de comportamentos socialmente determinados ou delineados pela capacidade de conduzir os seus membros em direção a “escolhas” previamente definidas:

*“A minha opção pela enfermagem foi pela influência da minha mãe, porque ela queria que eu e minha irmã fizéssemos os seus sonhos, aquilo que ela não teve oportunidade de fazer, que era o curso técnico de enfermagem e tocar um instrumento musical” (Tida, TE).*

A transmissão cultural pela família não se caracteriza apenas por normas rígidas e detalhadas de ação e escolhas, mas também por princípios e vivências de orientação, de um espaço de respeito e incentivo aos comportamentos manifestos e à valorização de características pessoais que potencializam as escolhas:

*“Como a minha mãe fala, eu não escolhi, porque eu já nasci enfermeira. Quando eu era pequena e alguém se machucava, era eu que ia lá ajudar; se alguém ficava doente, era eu que ia dar sopa na boca e até dos cachorros era eu que cuidava. Foi assim desde pequena e era assim bem natural” (Tâmara, TE).*

A profissão desempenhada de forma comprometida por outros e/ou por algum membro da família, também pode orientar e definir escolhas futuras, se

constituindo em modelo positivo orientado por posturas, gestos, afetos e relações, o que conduziria a uma reprodução em diferentes realidades sociais:

*“Sempre admirei o trabalho dos profissionais de enfermagem, desde pequena. Achava bonito. Gostava de ir com minha mãe até o postinho (risos). Naquela época era chamado de postinho e até hoje ainda é assim. Acho que sempre gostei da área, do jeito de trabalhar e do objetivo do trabalho da enfermagem” (Telma, TE).*

*“A minha mãe era da enfermagem; ela era Atendente, daquelas que aprendia na prática e eu não sei se foi isto que me levou a escolher esta profissão. Só sei que deu um ‘estalo’ na minha cabeça e eu fui fazer enfermagem, fui e gostei. Naquela época eu já não tinha mais a minha mãe e, talvez pelo perfil ou por alguma coisinha dela, não sei. Fui e amei, gostei mesmo!” (Ticiane, TE).*

Os técnicos de enfermagem entrevistados são, em sua maioria, jovens que parecem não estar dando importância para a continuidade da qualificação, estabilizando-se na formação de nível técnico e comprometendo assim a sua mobilidade ascendente, reproduzindo as experiências intergeracionais. Dos quinze sujeitos da pesquisa, apenas três, isto é, 20% declararam estar investindo em novos conhecimentos e ascensão pessoal e social.

Ao considerar as profissões como um “constructo social”, as singularidades, a socialização familiar e escolar, as interferências externas e relacionais destacam-se como determinantes sociais alterados e desenhados pelo tempo, espaço e até mesmo pelos constrangimentos frente à necessidade de se colocar no mercado de trabalho:

*“Eu tinha que escolher uma profissão e eu não tinha nenhuma ideia do que fazer, mas eu precisava fazer alguma coisa. Aí eu fui para o curso de enfermagem, mas não tinha noção alguma e tomei gosto pelas aulas e pelas informações” (Tícia, TE).*

Este confronto com a incerteza da escolha de uma profissão leva em conta as características pessoais, habilidades e anseios em relação a realizações futuras; é

marcante e ocorre em condições históricas particulares, de acordo com o sexo, as origens sociais, as aspirações e a construção de um projeto profissional.

Estas escolhas não se resumem apenas a uma situação profissional ou ao desejo de obtenção de um “diploma”, mas revelam a busca de uma construção pessoal, de uma estratégia identitária que reflita as singularidades do indivíduo, a valorização das suas capacidades, o respeito aos valores pessoais e a obtenção do prazer proveniente do trabalho útil e reconhecido. Um dos técnicos relata esta passagem pessoal-profissional:

*“Eu, que já gostava do trabalho da enfermagem, comecei a sentir prazer no que faço e isto faz muito diferença na vida da gente. Hoje eu me sinto outra pessoa, muito melhor como pessoa, inclusive. Eu chego em casa tranquilo, apesar do dia cansativo” (Tadeu, TE).*

Nem sempre, porém, se tem clareza suficiente nas escolhas frente ao que se descortina como universo profissional. A definição do campo de trabalho, do emprego e da formação pode decorrer das interações sociais e circunstanciais que se vão se delineando pela identificação pessoal e/ou profissional:

*“Tem uma determinada época da vida que é preciso escolher uma profissão e eu não pensava em nada. Via, via, falava com algumas pessoas, alguns conhecidos, até que pensei na enfermagem. Sabe, acho que eu acertei, porque está bem de acordo com o meu jeito de ser. Estou contente!” (Talita, TE).*

O cuidado é uma vertente importante no fazer da enfermagem, um diferencial que caracteriza este campo de práticas e conhecimentos desde a sua origem. A higiene, o cuidado, a atenção para com o outro, constituem um dos eixos da enfermagem, permanecendo como fator de identificação e satisfação no trabalho desenvolvido por seus trabalhadores. Uma das técnicas de enfermagem entrevistadas ressalta com clareza estes eixos identificadores:

*“Gostei muito do curso que fiz e gosto muito do que faço. Me identifico com o trabalho, com a higiene necessária, com o contato com os pacientes. Sabe, estou feliz com a minha escolha profissional” (Telma, TE).*

Outra técnica faz uma relação entre suas características pessoais e os eixos profissionais da enfermagem, o que leva a considerar as modalidades constitutivas da identidade construída pelo trabalho:

*“Eu sempre me preocupei muito em cuidar e a enfermagem é a que mais se identifica com o cuidar e eu sempre gostei de cuidar”(Tilce, TE).*

Este cuidado vai além das práticas profissionais, ao considerar o outro como merecedor de respeito, de atenção, reconhecendo a necessidade de investir no acolhimento como importante para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o detentor de uma necessidade e o produtor. Este contato se constitui por meio de uma relação de mão dupla, que se desenvolve no cotidiano, entre o trabalhador e o usuário e que os transforma e os dignifica, como relata uma das técnicas de enfermagem:

*“Eu gosto de lidar com o ser humano, deste contato de perto com ele, da vivência com ele, do cuidado. Eu me sinto realizada cuidando de uma pessoa” (Teca, TE).*

Às vezes, porém, isto que é fator de identificação também pode trilhar caminhos contraditórios, pois o mesmo trabalho que dignifica pode desencadear sofrimento e até mesmo o adoecimento. Quando em uma relação não se efetiva a troca, a realização profissional tende a diminuir, causando frustração e incômodo, originários do conflito estabelecido entre a finalidade de cuidar e o confronto com quem não quer ou demonstra não querer ser cuidado.

Se o desafio for grande e a indiferença presente se configurar como uma recusa, isto pode ser um caminho para o sofrimento, às vezes para o adoecimento. Um dos sofrimentos dos técnicos de enfermagem é a tentativa frustrada, é o comprometimento em ajudar e cuidar e não conseguir, neste movimento contraditório:

*”Uma coisa que eu menos gosto de fazer são os curativos. Eu gosto de fazer curativos, mas os pacientes daqui não se ajudam, eles não trocam as faixas, não lavam, eles não fazem nada e sem ajuda dos pacientes a gente não consegue resultado algum” (Téssia, TE)*

Ao considerar tais relatos pessoais frente às exigências do trabalho ofertado, cabe fazer uma análise crítica sobre a gestão do sistema local, que além de apresentar lacunas assistenciais importantes, fragmentação da atenção e do cuidado, mostra fragilidades na área de Educação em saúde. Esta área ainda não se constituiu como tal, a ponto de ser capaz de estimular a aprendizagem a partir da problematização do processo de trabalho, pautando-se pelas necessidades de saúde e construindo novas práticas profissionais e uma organização própria do trabalho, apropriada ao território.

O trabalho dos técnicos de enfermagem acha-se presente em todas as UBS/PA tanto em seu referencial quantitativo quanto qualitativo. Tem a sua importância reconhecida, pois uma das enfermeiras entrevistadas ao ser questionada sobre o trabalho coletivo da profissão, declara que *“sem a enfermagem, a UBS não funciona”*.

A profissão enfermagem é um coletivo e conformou um campo de conhecimentos e práticas ao se tornar um conjunto produtivo pela sua estratificação funcional, mas também pela expansão numérica, valorização e reconhecimento. Julgamos procedente ressaltar a carga burocrática assumida pelas enfermeiras, as suas ausências para outras participações, bem como a sua intervenção jurisdicionada para a supervisão, controle, planejamento e não para a execução.

À maior especialidade cabem as atividades do pensar/planejar, supervisionar e ensinar, enquanto aos estratos inferiores cabe o fazer, o executar, como se fosse possível fazer sem pensar, sem planejar, sem considerar as condições e os recursos necessários para tal. O sistema “mestre e aprendiz” há muito foi superado. Isto é reconhecido por uma das enfermeiras; quando questionada sobre a importância do trabalho da enfermagem relata *“eu vejo o trabalho da enfermagem como o agente principal da equipe, porque sem as técnicas e os auxiliares a gente não consegue fazer promoção à saúde, não tem educação continuada”*.

Entende-se a dimensão do fazer, próprio dos técnicos de enfermagem, pela capacidade de melhoria nos processos de trabalho e as intervenções no cotidiano. Em

sua dimensão qualitativa, devem ser ressaltadas as estratégias de aproximação e acolhimento, estabelecimento de relações de confiança, reconhecimento às diferenças individuais e ao entendimento do outro como sujeito de direito e, portanto, possuidor de uma subjetividade que deve ser considerada e respeitada.

Para tanto, este trabalho não é desarticulado de conhecimentos e de reflexão, não pode ser mecânico e nem mecanizado, mas sim ancorado em saberes e valores que possibilitem a escolha das melhores formas de realizar este fazer.

Frente à evidente complexidade do trabalho qualificado desenvolvido pelos técnicos de enfermagem, pelo reconhecimento de sua atuação no cotidiano e no núcleo de competências e responsabilidades da enfermagem – o vínculo e o cuidado – cabe questionar aqui, como ponto principal deste estudo: por que este fazer não é valorizado? Por que este trabalho é e deve ser invisível? Por que a enfermagem insiste em manter uma invisibilidade funcional no interior de suas práticas? Por que esta contradição entre o que foi desmembrado como um “fazer intermediário e qualificado” é apropriado pelo estrato de maior conhecimento e “utilizado” por outros saberes no interior da equipe? Se a enfermagem tem por foco de atuação a ação cuidadora, na perspectiva da integralidade à saúde, por que não o faz também na direção dos seus trabalhadores? Por que a importância parcial de um saber em detrimento de outros? Por que cuidar de uns, (des)cuidando e (des)controlando os outros?

## **7.1- Escola Técnica Estadual “Comendador Emilio Romi” – Um centro formador local**

No Brasil, apesar do desfavorável contexto sociopolítico dos anos de 1970, principalmente, projetos alternativos para o setor saúde foram desenhados e executados em alguns municípios, com o objetivo de criar um sistema de saúde próprio e resolutivo, capaz de atender as necessidades de saúde de sua população, sem depender dos grandes centros.

Por iniciativa de alguns gestores locais, teve início o processo de construção de pequenas unidades de saúde, além dos hospitais gerais filantrópicos, instaladas em pontos estratégicos da cidade, de modo a atender a expansão demográfica e os novos desenhos da conformação territorial.

Em meio às novas demandas e às respostas do governo local, voltava à cena o descompasso entre o atendimento das necessidades da população e a falta de profissionais qualificados para atender o perfil da nova organização dos serviços que se vislumbra.

Como muitos municípios brasileiros, Santa Bárbara D'Oeste, cidade vizinha de Americana-SP, local da pesquisa, surge, praticamente, com a produção de açúcar. Com novas tecnologias e instrumentos para plantio, se desenvolve com a expansão agrícola e, nas primeiras décadas do século XX, conta com 04 usinas de açúcar. Isto impulsiona o desenvolvimento econômico local e atrai um maior número de moradores, em função da oferta de empregos e de novas oportunidades de negócios, decorrentes deste segmento.

À medida que ocorre a expansão demográfica, inicia-se a luta da população para construir um hospital. Por iniciativa de um grupo formado por Damas de Caridade ligadas à Vila de São Vicente de Paulo, nos anos de 1940, conseguem inaugurar o primeiro hospital, denominado “Hospital Nossa Senhora Aparecida”.

Por causa de dificuldades financeiras para a sua manutenção, o prédio foi adaptado e passou a funcionar - na década de 1950 - como uma escola, o Ginásio de Santa Bárbara - hoje Escola Estadual “Comendador Emílio Romi”. No entanto, a população não abre mão de seu ideal de construir um hospital para atender suas necessidades de saúde, e “em 15/11/1952, nos altos da Vila Maria, é lançada a pedra fundamental do novo hospital do município, pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, com o nome de Hospital Santa Bárbara” (Acervo Fundação Romi).

Em 16/09/1962, dá-se a inauguração oficial do novo hospital geral, porém desde 27/12/1959 a população já contava com o serviço de saúde, só que restrito apenas à Maternidade. O Hospital Santa Bárbara, administrado por irmãs de caridade, contrata uma enfermeira chefe para os serviços de enfermagem, a qual “além da seleção dos futuros profissionais que farão parte de sua equipe de trabalho, realizou

uma série de aulas práticas e teóricas aos escolhidos, assim a parte funcional estaria resolvida” (Acervo documental Fundação Romi).

Pelo impulso do plantio da cana-de-açúcar e das usinas instaladas, o município se desenvolve, atraindo e oferecendo oportunidades a diferentes segmentos. Destaca-se, entre outras, a Indústria Romi, que se inicia como uma pequena fábrica de implementos agrícolas e se diversifica pela iniciativa e empreendedorismo do seu fundador, Américo Emílio Romi.

Preocupado com a formação do homem para a vida e o trabalho, ele acalentou uma ideia e iniciou a construção de uma moderna escola profissionalizante. Com ações voltadas para o apoio sócio-recreativo-educacional de seus funcionários e familiares, cria a Fundação Romi, em 29/06/1957, inaugurando o Centro de Aprendizado Industrial - em convênio com o SENAI.

Em 1956, fabricou e lançou o primeiro automóvel nacional, o ROMI-ISETTA. Em 28 de março de 1958, em homenagem a este grande líder empresarial brasileiro, o governo do estado de São Paulo, através do Decreto nº 31563, determinou que o Colégio Estadual e Escola Normal de Santa Bárbara D’Oeste passasse a denominar-se “Comendador Emilio Romi”, um patrono visionário e sensível. (Acervo Fundação Romi).

Grande impulsionador do progresso tecnológico, este destacado empresário também investia no Hospital Santa Bárbara, pois este era um prestador de serviços de saúde para a população e para os trabalhadores das Indústrias Romi. Em 1969, acompanhando o crescimento da cidade, iniciaram-se as obras de ampliação e construção de uma nova Maternidade que, em 22/11/1977, foi inaugurada, com um total de 50 leitos.

Reconhecendo que o eixo das medidas eficazes para atender suas necessidades de saúde passava pelo sistema educacional, o município assume o papel de contribuinte do sistema de formação de pessoal qualificado, incentivando e investindo em cursos profissionalizantes.

Em conformidade com a linha de desenvolvimento do município, desde a sua fundação, é criado, em 1975, o curso Técnico em Açúcar e Álcool, com o objetivo de formar profissionais de nível médio para as indústrias de açúcar. Este produto era uma das principais fontes de exportação do país no referido período, que também viu surgir

o Pró-Álcool, projeto governamental para enfrentar a crise energética mundial (Acervo Fundação Romi).

O curso técnico de Eletrônica Industrial, criado em 1976, foi o primeiro curso especialmente montado para o setor industrial, que se solidificava no município em decorrência da expansão sucro-alcooleira.

Em 22/10/1979, foi inaugurada a “sala-ambiente” da Enfermagem, nesta referida escola, que passou a servir como “laboratório” para as aulas práticas do Curso Técnico de Enfermagem, em nível de segundo grau. Este acordo, em sua primeira fase, se concretizou mediante convênio entre o Hospital Santa Bárbara, a Secretaria de Educação e a Prefeitura Municipal. (Acervo Fundação Romi).

O curso de Enfermagem vinha ao encontro da expansão da assistência em saúde que, em conformidade com a descentralização e crescimento demográfico do município, procurava atender estas necessidades através da construção de Unidades Básicas (antes denominadas Posto Médico) e pela expansão física do hospital local:

A progressiva criação de escolas técnicas públicas, sob a responsabilidade de Secretarias de Saúde, que ocorreu nas décadas de 1980-90, pode ser creditada à experiência de implantação do Projeto Larga Escala. Essas escolas foram concebidas como escola “função”, com estruturas técnico-administrativas enxutas e flexíveis, utilizando os recursos físicos, materiais e humanos do próprio sistema de saúde, com a missão de formar profissionais para o trabalho em saúde e requalificação dos profissionais de nível técnico (Gottems, 2007, p.1037).

Uma das técnicas de enfermagem entrevistadas relata a sua escolha profissional como resultante da oferta desta referida escola:

*“Eu estudava na Escola Emílio Romi e, na oitava série, a matéria ‘Educação para o trabalho’ tinha uma pesquisa sobre profissões. Como lá tinha os cursos técnicos de Açúcar e Álcool, Eletrônica e Enfermagem, então, fizemos a pesquisa baseada nestes cursos e, com incentivo do pessoal, eu resolvi fazer Enfermagem e gostei. Gostei do curso, do estágio e fui até o fim” (Tônia, TE).*

Essas iniciativas locais, fundamentadas na legislação educacional e legitimadas pela necessidade de trabalhadores qualificados frente à demanda por maiores e melhores ofertas de serviços de saúde, representaram importantes espaços públicos de formação profissional na área de saúde do país. A oferta desperta o interesse e aponta perspectivas profissionais:

*“Foi por acaso que eu escolhi fazer enfermagem. Eu fazia o ensino médio no Emílio Romi (escola profissionalizante de Santa Bárbara D’Oeste) e, na época, tinha os cursos técnicos e uma amiga convidou para fazer enfermagem com ela. Não tinha certeza de nada, comecei a fazer o curso, consegui conciliar o meu trabalho com o estágio e fui pegando gosto”*  
(Teresa, TE)

Pela proximidade geográfica com Americana, que apresentava neste referido período a mesma descentralização na sua oferta de serviços em saúde, o curso profissionalizante de Auxiliar e Técnico em Enfermagem atraía muitos trabalhadores daquele município, já inseridos no serviço, mas também outros em busca de uma qualificação profissional.

Este polo formador acha-se inserido em um território que, para além das fronteiras estabelecidas pelos municípios, existe e se conforma em uma outra dinâmica, que ultrapassa barreiras geográficas, motivado pelas necessidades humanas.

A importância dos processos de territorialização ultrapassa o olhar limitado como espaço geopolítico para uma conformação de “território-processo” por sua permanente construção e transformação (Oliveira & Furlan, 2008).

Para Milton Santos (2002), o espaço geográfico é remodelado constantemente e considerado um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações movidos pelas necessidades humanas, com modos específicos de organização, característicos de sua conformação local.

Nesta perspectiva, existe uma tensão constante entre mecanismos de determinações gerais e locais, ensejando escolhas, opções, possibilidades e enfrentamentos para os sujeitos singulares inseridos nestes contextos, onde “o mundo dita uma ordem global, as escalas superiores ou externas à escala do cotidiano. O

território funda uma ordem local, a escala do cotidiano, a contigüidade” (Oliveira & Furlan, 2008, p.250).

A partir de Santos (2002), temos o desenho de um território-processo como um campo de batalha de determinações gerais e locais que, dialeticamente, moldam os lugares e configuram subespaços de tempo, continuidades, mudanças e transformações no cotidiano, nas necessidades e desejos pessoais.

O município de Americana, que nasceu e se desenvolveu no interior do território de Santa Bárbara D’Oeste, continua um processo de imbricação delineado pela malha social, que se conforma de maneira diferente das delimitações administrativas e geopolíticas.

Cada município trilhou caminhos de desenvolvimento próprios, sendo que o movimento social e a dinâmica de seus coletivos traçam rumos que ora se confluem, ora se distanciam, em conformidade com as singularidades e pela racionalidade própria, local ou espacial. As pessoas que constituem esses territórios e nele vivem, organizam-se e estabelecem alguma relação entre elas, seja quando estão organizados na busca de objetivos comuns, seja por semelhanças ou diferenças e por cultura, entre outros.

Nesta linha de análise, o município de Santa Bárbara D’Oeste se configura como um polo de formação de técnicos e auxiliares de enfermagem, consolidando-se como um “degrau” para a conquista de qualificação profissional, a materialização de objetivos e a obtenção de empregos estáveis no setor saúde.

O território, em constante construção e reconstrução, supõe um espaço delimitado geograficamente, construído historicamente, permeado por relações socioeconômicas e culturais que se constituem em espaços de vivências, de identidades, trajetórias pessoais, de coletivos organizados e ação deliberada de pessoas e sujeitos sociais.

Ao pensar a saúde como política pública, a Reforma Sanitária dos anos 1970 a 1990 construiu um novo pensamento sanitário no final do segundo milênio. Regulamentou a saúde na universalidade da oferta por intermédio de um sistema único – o SUS – operacionalizado pelo funcionamento em rede, a organização dos serviços e

equipes, fundamentados na regionalização e territorialização, em contraponto ao modelo centralizado vigente (Campos, 2006).

A descentralização expressa no Art. 198 da Constituição Federal de 1988, entendida como a transferência de poderes de uma autoridade central para micro-esferas de governo e sociedades, visa estruturar sistemas sanitários eficazes, eficientes e equitativos frente à dimensão cultural, demográfica e às persistentes desigualdades econômicas e sociais existentes no país.

Após o ordenamento jurídico do SUS, a aplicação de suas diretrizes e princípios demandou uma flexibilização administrativa, chegando até os gestores locais e demandando respostas, ajustes e iniciativas exitosas, muitas vezes em curto prazo, frente às necessidades da população atendida, aos recursos financeiros disponíveis e às inovações tecnológicas.

A municipalização da saúde, estratégia fundamental para viabilizar o processo de descentralização do setor saúde no país, acarreta e pressupõe o aumento da capacidade de operação e poder de decisão em âmbito local, trazendo à cena política inúmeros atores sociais, representantes de distintos interesses frente às diversas realidades.

Esses fatores remetem à necessidade premente de buscar alternativas de mudança na área de desenvolvimento de recursos humanos que possam ir ao encontro das exigências emanadas pelo processo de construção de um sistema de saúde mais equânime e justo para todos.

Tais mudanças exigem esforços concatenados, principalmente entre as instituições formadoras, os profissionais da saúde, as associações e/ou conselhos de classes, o Estado e a sociedade.

## **7.2 - Entre a atribuição legal e o trabalho real**

A complexidade do trabalho dos técnicos de enfermagem não se atém apenas aos procedimentos definidos no estatuto da profissão, mas ao se realizar em diferentes espaços e arranjos organizacionais, pode não ser tão sistematizado como preconiza os artigos componentes e delimitadores da Lei do Exercício Profissional.

Este repertório parece ser passível de interferência, tanto na sua ampliação quanto na sua limitação, pelas características do território de atuação, pela supervisão, bem como pelas suas relações em diferentes níveis de saber, pois:

Em si e por si, as atividades concretas de trabalho da divisão do trabalho são de caráter interativo e emergente. Indivíduos e grupos estão engajados num processo contínuo de conspiração, evasão, negociação e conflito enquanto lidam com variadas circunstâncias e situações de seu trabalho, em certo sentido moldando os termos, as condições e o conteúdo de seu trabalho independentemente do modo formal de organização que esta sendo usado para justificar, controlar ou conceituar suas atividades (Freidson, p. 93-4, 1998).

Definido pelo estatuto da profissão e fundamentado em uma abordagem objetiva e macroscópica, as atividades são delineadas por operações padrão e pela atribuição mecânica e restritiva das fronteiras entre os estratos componentes. A forma de condução do trabalho em enfermagem é lastreada pelo conhecimento científico especializado que define, controla, avalia e fiscaliza as etapas sucessivas e complementares de suas práticas, em seu campo de atuação.

O cotidiano e o local interferem e ensejam um novo modelo de atuação frente ao estabelecido, pois a assistência em saúde, como todo e qualquer trabalho, é submetida a eventos inesperados, imprevistos, que levam os executantes a responder pontualmente ao que se demanda, muitas vezes de forma discrepante frente ao prescrito, pois “as técnicas sanitárias vêm se transformando em camisas de força, que aprisionam os profissionais em um emaranhado de regras e procedimentos que nunca podem ser obedecidos nos complexos e tumultuados espaços dos sistemas públicos” (Campos, 2005, p.60).

As enfermeiras entrevistadas mostram a contradição e a dificuldade no cumprimento do trabalho prescrito em seu cotidiano em saúde; por força de estatuto e de seu papel definidor, devem fazer cumprir aquilo que, efetivamente, não conseguem implementar:

*“Aqui não é possível estabelecer esta divisão. Na verdade, todos eles conhecem as suas atribuições profissionais, mas aqui não é possível, no dia a dia não é viável, a gente tem um número reduzido de funcionários e esta divisão de trabalho não é possível” (Elisa, ENF).*

*“Eu acho que isto (refere-se à divisão do trabalho) funciona mesmo em setor fechado como em uma UTI, por exemplo, porque ali é possível esta separação com nitidez porque o técnico fica bem abaixo da enfermeira e técnico faz trabalho de técnico, mas a gente percebe que em uma Unidade Básica acaba que misturando um pouco mesmo” (Ethel, ENF).*

Os técnicos de enfermagem também apontam para a dificuldade no cumprimento das atribuições profissionais estabelecidas, em função das circunstâncias e organização local do trabalho, o que faz com que sejam levados a exercer atividades muito além do prescrito:

*“Todo mundo faz de tudo e, por exemplo, quando a gente está apurada de um lado, até a enfermeira faz o nosso trabalho, vem para ajudar, mas quando está ao nosso alcance, a gente vai fazendo. Quando é muito invasivo, a gente chama o médico, se ele estiver presente, mas se estiver ao nosso alcance, a gente vai fazendo, porque é muita gente para atender, falta funcionário e, às vezes, a gente não dá conta mesmo” (Tatiane, TE).*

*“Hoje mesmo estamos sem enfermeira aqui e eu não sou louca de dizer que eu não vou trabalhar aqui no Pronto Atendimento. Por lei, a gente não pode trabalhar sem enfermeira, mas esta é uma situação entre muitas de que fazemos o que não devemos fazer. [...] Fazemos de tudo, além do que está na lei, e pronto!” (Tida, TE).*

O real do trabalho parece clarificar as discrepâncias entre o que é chamado organização formal e informal do trabalho, que se concretiza no cotidiano, ao reconhecer que “trabalhar é preencher o espaço entre o prescrito e o efetivo” (Dejours, 2008, p. 39).

O único técnico de enfermagem masculino entrevistado, ao ser questionado sobre a execução ou não das atribuições definidas pelo COREN, faz um relato no qual extrapola o nível local, indo para uma avaliação ampliada do trabalho em enfermagem:

*“Isto aqui não existe e eu acho complicado esta separação (refere-se às atribuições). A equipe nem sempre está completa e cada caso é um caso e aqui (refere-se ao Pronto Atendimento) não dá, mas aqui todo mundo faz de tudo e é lógico que nós tomamos cuidado com as competências. Eu acho que Auxiliar faz muito mais do que deve fazer, mas nós ajudamos muito e a enfermeira também. Eu não conheço um lugar perfeito, onde tudo é feito conforme a lei, eu não conheço nenhum” (Tadeu, TE)*

Faz-se necessário conhecer o que é feito, realizado e construído nas atividades diárias e locais, uma vez que o trabalho efetivo dificilmente poderá ser trazido à visibilidade em sua completude. O trabalho, para além do atribuído, está fundamentalmente articulado à subjetividade, ao relacional, ao que o outro traz e almeja obter deste contato e também deste “contrato”, pois *“a população não dá importância ao nosso trabalho, são poucos os que reconhecem o que a gente faz, são exigentes e acham que a dor dele é maior e mais importante que a do outro, mas nós temos que atender todo mundo” (Tábata, TE).*

Os técnicos de enfermagem se submetem a situações constrangedoras, não só demandadas pela população adscrita, mas também no interior da equipe de saúde, quando as relações de poder e saber sobressaem e sobrepujam até mesmo o limite do respeito pessoal. Alguns dos entrevistados relatam situações de humilhação que nenhuma prescrição contempla:

*“Uma coisa que me chateia muito é ter que chamar médico, porque eles não ficam no consultório deles e a gente é que tem que chamá-los e sair procurando por eles. Eles geralmente estão dormindo, às vezes sentados na cozinha e a gente tem que sair procurando. Isso me chateia, porque não é atribuição da enfermagem, mas nós fazemos pelo costume, pela hierarquia, porque é assim” (Talita, TE)*

Tal fato já foi muito discutido, mas pelo relato parece ainda não ter sido equacionado de forma respeitosa. O Hospital Municipal também discutiu, internamente, para que isto não fosse para o âmbito externo, e o coletivo da enfermagem ameaçou “divulgar” e denunciar ao órgão de classe esta situação, considerada como vexatória e humilhante.

Os enfermeiros, respaldados pelas atribuições legais, não faziam esta intermediação e “delegavam” aos técnicos e auxiliares a tarefa. Utilizando-se do mesmo recurso legal, estes se recusaram, expondo as situações humilhantes e vexatórias a que eram submetidos. O Hospital equacionou o problema, não expondo ninguém e estabelecendo uma escala de três horas de sono para cada profissional médico, como alternativa à situação.

A assistência em saúde, como integrante do setor de serviços, é construída segundo competências relacionais, tornando-se mais difícil delimitar, por critérios generalizáveis, o quanto o trabalho exige da sua subjetividade, estendendo-se para muito além do tempo e do local de trabalho, pela inseparabilidade entre vida pessoal e profissional.

### **7.3 - Trabalho coletivo**

Na medida em que o trabalho assume cada vez mais centralidade na vida das pessoas, o seu pertencimento a um grupo/coletivo adquire importância como um espaço de identificação e reconhecimento. Configura-se como um espaço possível para desenvolver e demonstrar a própria capacidade de criação, realização e compartilhamento; um espaço onde o indivíduo se constitui e é constituído como sujeito singular.

Todo trabalho é desenvolvido em um contexto social no qual se articulam, simultaneamente, competências e relações de convivência nos diferentes espaços organizacionais, sejam eles formais ou informais. É uma relação que comporta sentimentos de identificação e adesão bem caracterizados, sustentados pela presença do outro, pela utilidade do seu fazer e pela cooperação.

*“Com os técnicos de enfermagem eu tenho um contato maior, porque são eles que medem, pesam as crianças, tiram a temperatura, recebem, fazem e acompanham os curativos, as suturas e as emergências. Às vezes, as enfermeiras estão em outro lugar e o meu contato*

*com eles é maior porque eles me ajudam e eu os ajudo, porque tem algumas coisas que eles têm medo de fazer” (Marina, MED).*

O trabalho coletivo pode ser entendido como uma estratégia concebida pelo homem para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador. Esta ideia advém da necessidade histórica do homem de somar esforços para alcançar objetivos que, isoladamente, não seriam alcançados ou demandaria mais tempo e investimentos. Justifica-se também pela imposição que o desenvolvimento e a complexidade do mundo moderno tem imposto ao processo de produção, gerando relações de dependência e/ou complementariedade de conhecimentos e habilidades para o alcance dos objetivos propostos (Zimmerman, 1997).

Uma das mudanças mais significativas da atualidade é a passagem da ação individual para o trabalho desenvolvido em grupo. Podemos identificar vários tipos de grupo operando nas mais diferentes situações, em que alguns conseguem constituir-se como equipes, enquanto outros permanecem apenas como um agrupamento circunstancial de pessoas.

Para Moscovici (1999) identificam-se alguns elementos para a transformação de um grupo de trabalhadores em equipe quando:

- O grupo consegue vislumbrar vantagens do trabalho em equipe – complementariedade, interdependência, sinergia das ações – em relação ao trabalho isolado, individual;
- Existe disposição e interesse em compartilhar objetivos, decisões, responsabilidades e também resultados;
- Está presente a necessidade de definir com clareza os objetivos e resultados individuais e grupais a serem alcançados;
- Distingue-se a importância de construir, em conjunto, um plano de trabalho e definir a responsabilização de cada membro do grupo frente aos objetivos estabelecidos;
- Considera-se a percepção de que o fracasso de um pode significar o de todos e que o sucesso de um é fundamental para a equipe;

- Persiste a necessidade de aprimorar as relações interpessoais e valorizar a comunicação entre os membros;
- Destaca-se a disposição das pessoas em ouvir e considerar as experiências e saberes de cada um. O trabalho em equipe não consiste em eliminar as diferenças existentes entre os membros (sociais, culturais, entre outras), mas sim trabalhar os conflitos presentes;
- É fundamental que os objetivos e resultados definidos se constituam em desafios constantes para o grupo, sendo algo que instigue e motive cada integrante à participação.

Fazer do grupo uma equipe de trabalho passa pelo desafio do aprendizado coletivo, da prática democrática que permita o exercício pleno das capacidades individuais e que estimule uma participação mais criativa e saudável de cada sujeito social, evitando assim a cristalização de posições, a rotulação e a deterioração das relações.

Ao referir-se a um determinado tipo de trabalho como sendo de equipe, torna-se necessário ter clareza de que não é possível concebê-lo como algo que passa à margem do processo de trabalho. Este, por sua vez, determina os conhecimentos e habilidades essenciais para o seu desempenho, a importância da coordenação e de um plano de trabalho mais ou menos flexível, em consonância com os objetivos a alcançar.

Toda organização define, implícita ou explicitamente, por meio da sua cultura, determinadas estruturas, padrões de relações interpessoais e intergrupais entre as pessoas que nela trabalham, bem como o que é considerado importante e valorizado por ela. Constrói, ainda, as condições e o ambiente em que o trabalho deve ser realizado, facilitando ou cerceando ações e/ou realizações.

O que se considera como um bom ambiente de trabalho refere-se às condições objetivas e subjetivas próprias do cotidiano de políticas e práticas organizacionais, que são fornecidas ou negligenciadas pelo aparato normativo, estrutural e cultural que permeia as decisões.

Estas ações podem proporcionar condições que estimulam, coíbem ou minimizam problemas ou dificuldades; tais ações dizem respeito simultaneamente aos indivíduos, ao coletivo, à organização e à sociedade que dela necessita ou se beneficia.

A organização do trabalho que constrói pode também se configurar em um espaço de constrangimento e opressão, na medida em que se fundamenta nos ditames econômicos, legitima a competição, individualiza as culpas e usurpa-se dos resultados de outrem (Freitas, 2008).

*“Eu acho que aqui poderia ser um pouco melhor, uma vez que é um Pronto Atendimento. Falta espaço, falta médico, material, medicamento e, principalmente à noite, falta plantonista aqui, falta muita coisa ainda para nós” (Taís, TE).*

As condições de trabalho, quando degradadas, insuficientes e/ou inadequadas, levam as pessoas a também se sentirem desqualificadas e pouco merecedoras de atenção e valorização. Dificuldades e falta de recursos mínimos para executar o trabalho levam à desmotivação, à falta de envolvimento, o que pode atingir os sentimentos, a saúde física e mental, alcançando a dignidade e identidade.

Uma das alternativas, entre outras possíveis, passa pela busca coletiva da construção de novas formas de operar e organizar os serviços de saúde no nível local, visando qualificar a oferta da assistência e as melhorias das condições de vida da população.

*“A enfermagem assume algumas avaliações clínicas do paciente que são pertinentes à sua competência profissional e isto é uma grande ajuda para o trabalho do Clínico. Em saúde, na minha opinião, o trabalho feito em equipe é primordial para as diferentes profissões e também para o usuário, pela rapidez e qualidade do atendimento. Para os médicos, esta ajuda é importante para diminuir filas, evitar o desgaste do contato profissional-paciente e facilitar o tempo para o diagnóstico, que é da competência exclusiva do médico” (Mário, MED).*

As práticas médicas não constituem o objetivo desta pesquisa, porém vale ressaltar neste relato a postura profissional que merece ser destacada, enseja investimento e reflexão junto a estes profissionais. Isto talvez seja um reflexo de uma

das fragilidades da gestão local: não priorizar a Educação em saúde, deixando que a rotina e o desgaste diário comprometam as práticas, dirimindo competências.

Ao definir com seus pares o seu território de atuação, o profissional de saúde não está apenas definindo quais são os seus atos privativos e quais os exclusivos, mas sim distinguindo-os como conteúdos de uma prática profissional garantida por um saber específico. Neste momento, define-se também o trabalho profissional delimitado e delineado pelas condições concretas do espaço de atuação.

Os profissionais encontram-se inseridos em uma organização, em um programa ou voltados para uma atuação que guarda estreita relação com a natureza, quantidade e modo como os serviços de saúde são ofertados e onde *“cada um faz a sua parte, porque cada um sabe o que deve fazer e faz em benefício da população”* (Tícia, TE).

A profissão enfermagem, que já surge como coletiva, se estrutura e se redimensiona frente ao sistema de saúde vigente, buscando formar profissionais com competência técnica e política; sujeitos sociais dotados de conhecimento, percepção e sensibilidade, principalmente para as questões do setor, da vida e da sociedade, capacitando-os para intervir em contextos de incertezas e complexidade, contribuindo assim para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (Germano, 2003).

Uma das enfermeiras faz um relato do cotidiano de trabalho e da gestão do cuidado como significativo na profissão

*“Algumas condutas nós percebemos que os pacientes não abrem mão da presença do médico, mas não é mais aquela situação de antes, quando chegavam na Unidade e se não viam médicos por ali iam embora, reclamavam, ameaçavam ir denunciar no jornal. Hoje, com os curativos, por exemplo, eles sabem que o médico tem capacitação, mas eles não estão no dia a dia, enquanto nós estamos todos os dias olhando, acompanhando, avaliando, ouvimos o paciente e mudamos a medicação, se for o caso. O paciente percebe tudo isso, é uma conquista significativa da enfermagem”* (Ethel, ENF.)

O profissional médico ressalta a valorização e a importância do espaço coletivo de trabalho, que ultrapassa as fronteiras do profissional, e distingue as ações em saúde como relacionais, cuja subjetividade se faz presente

*“Eu gosto de trabalhar sempre em conjunto com elas (refere-se à equipe de enfermagem). Desde os serviços mais simples até conferir material, decidir o que pedir ou não, o que está faltando, ver estoque, medicação e, às vezes, alguma dúvida sobre o trabalho de conclusão de curso, por exemplo. Além dos problemas profissionais nós temos uma relação próxima e pessoal com elas e eu gosto disso. É legal e me faz bem” (Márcia, MED).*

A necessidade dos recursos humanos em saúde requer a união de pessoas qualificadas, a combinação de habilidades para o trabalho em equipe e uma coordenação que minimize o desequilíbrio na distribuição da força de trabalho. A assistência em saúde, no contexto atual, demanda vínculos interpessoais decisivos para a própria eficácia do ato de cuidar, ensejando novas atitudes dos profissionais em relação à população usuária:

*“Olha, em um P.A. o nosso trabalho é muito importante sim. Na saúde como um todo, a importância está nas mãos e na formação das pessoas, de todos os níveis, desde os médicos, a enfermeira, os técnicos e os auxiliares porque todos têm a sua importância e o seu papel” (Tadeu, TE).*

Produzir saúde é tarefa complexa, exigindo o intercurso de vários campos de conhecimento. Assim, não apenas as práticas médicas, mas diferentes profissionais de saúde necessitam ter uma forma de atuação organizada e estruturada, que aumente a capacidade dos serviços, de forma a resolver problemas e atender necessidades. Um dos médicos entrevistados descreve a integração de tarefas e competências para a assistência em saúde:

*“Eu trabalho bem em equipe sim. Quando chego na Unidade, a enfermeira já fez a pré-consulta de enfermagem, as técnicas fazem a triagem, que é ver pressão, dextro, febre ou não, controlam a fila de atendimento e isso ajuda muito. Cada um faz aquilo que é da sua competência e isto é bom para todos” (Marta, MED.)*

Considera-se importante organizar o trabalho de forma que estes profissionais se unam, se reúnam como equipes de saúde efetivamente, tendo um objetivo comum, encontrando campos de atuação que possam ser implementados por

todos de forma complementar, ao lado de núcleos de práticas específicas direcionadas à população assistida (Campos, 2006).

O trabalho em equipe, composto por pessoas e conhecimentos diferentes, é também constituído por comportamentos humanos que, configurados por um objetivo e formação comuns, delineiam uma ação, efetivam uma prática. Nesta linha, julga-se necessário ressaltar que o comportamento humano é complexo e multidimensional, persistindo ainda aspectos intrigantes e inexplicáveis (Moscovici, 1999). O relato de uma das técnicas de enfermagem ressalta o viés político que permeia as relações em uma das Unidades selecionadas:

*“Aqui, como é um posto central, é diferente de um posto de bairro, porque se eu disser que não pode ‘tal procedimento’, a pessoa liga para um vereador e aí pressiona e nos ‘força’ a fazer algo que não posso. Isto me chateia e eu não gosto” (Tâmara, TE).*

O comportamento, entendido aqui como designação genérica da conduta do indivíduo, resulta da inter-relação de variáveis internas e externas, sendo que nenhuma delas, isoladamente, determina a ação observada, configurando a complexidade de sua compreensão e entendimento. A conformação sociopolítica local perpetua comportamentos e atitudes que se refletem no cotidiano das relações, principalmente os que efetivam os primeiros contatos, para quem leva os serviços de saúde o mais próximo possível dos sujeitos, famílias e comunidade adscrita.

O código genético, o núcleo familiar e conjunturas ambientais entrelaçam-se em numerosas possibilidades de diferenciação e caracterização individualizada. Padrões e normas, demandas, expectativas, objetivos, avaliações, êxitos e fracassos figuram entre as variáveis externas do comportamento (Moscovici, 1999).

A mobilização e direcionamento para esta ou aquela atividade é a própria motivação do comportamento, ligada a necessidades internas, desejos e fatores externos que nos complementam. Frente às nossas escolhas e papéis sociais, nos diferenciamos pelo desempenho, aqui entendido como “um comportamento qualificado que atende a certas especificações de uma atividade correspondente ao papel social em questão” (Moscovici, 1999, p.27).

Vários papéis sociais são cumpridos na vida real, com uma mescla de características singulares e variáveis externas no desempenho de cada um deles, dando a esta tarefa uma nuance ou “marca” própria que nos identifica como pessoa; conforme o depoimento de uma técnica de enfermagem:

*“Eu fiz o Magistério porque a minha mãe também é professora, mas não deu certo. Tentei o curso de Auxiliar em 1999 e gostei. Em 2002 fiz o Técnico e no ano passado, em 2009, terminei a faculdade de Enfermagem conseguindo fazer a carreira completa. Eu gosto muito de Artes e como não deu certo eu achei o que eu gosto no contato, no convívio, no apoio que posso dar a quem precisa, porque eu gosto muito de falar e de brincar com as pessoas” (Telma, TE).*

A profissão escolhida, legitimada pelas opções pessoais, interferências externas e questões valorativas, leva à inserção em um coletivo pré-existente inscrito em uma continuidade histórica que confere uma “identidade categorial” aos integrantes, com uma qualificação específica e pertinente ao conjunto. (Dubar, 2006).

*“Nós temos que trabalhar para que o trabalho em equipe aconteça, porque a pessoa precisa entender que ela não faz nada sozinha. Não adianta ter a melhor médica se você não tem uma boa equipe; não adianta ter a melhor enfermeira se os técnicos e auxiliares estão contra você. Descobrir isto e trabalhar para isto é muito mais pessoal que profissional, porque é a sua disponibilidade em fazer isto de fato acontecer e isto é relacionamento” (Elisa, ENF)*

Para Dubar (2006), a identidade coletiva é, principalmente, uma forma defensiva de um campo profissional resultante do processo de elaboração, de “negociação”, de regras e normas que constituem o arranjo organizacional e protetivo da profissão, enquanto ator coletivo. Uma enfermeira ressalta a trajetória da profissão, ressignificando o cuidado que a caracteriza:

*“O trabalho da enfermagem dentro de qualquer estabelecimento de saúde é muito importante, porque você sabe como surgiu a história da enfermagem? Foi surgindo do trabalho*

*das pessoas que gostavam de ajudar e, a partir daí foi que virou esta profissão. Então eu acho que quem está nesta profissão ainda gosta de cuidar dos outros” (Emily, ENF.)*

### **7.3.1 - Trabalho coletivo entre pares**

Os técnicos de enfermagem estão inseridos em um contexto maior, diversificado pelos diferentes saberes e competências, mas também em uma esfera menor e de maior identificação, que é aquela composta por seus próprios pares. Perpassa aí o cotidiano, o rotineiro, o fazer profissional como um denominador comum que os unifica, que se dá na construção dos traços compartilhados entre os pares, em um espaço e tempo de acontecimento próprios deste grupo.

Compostos por sujeitos sociais portadores de subjetividade construída pela sua formação e história pessoal e familiar, conceitos, valores e desejos oriundos de um contexto social próprio se somam e permeiam as relações, os afetos e vínculos. As pessoas se agrupam ao identificarem afinidades e objetivos comuns, articulando-se às múltiplas composições e interesses.

A identidade pessoal ou comunitária, considerando-se o indivíduo como ser social e relacional, não pode ser isolada da trajetória profissional, do seu percurso de formação, da mobilidade social, da ascensão tanto a atividades qualificantes como a convicções e compromissos políticos e religiosos, que evoluem e se alteram durante a vida, pois “esta construção identitária é, ao mesmo tempo, um assunto eminentemente privado e um assunto político e, logo político no sentido mais forte da palavra” (Dubar, p. 139, 2006).

A identidade não é dada, e sim construída ao longo das diferentes socializações com que nos deparamos e as quais parecem se reconstruir ao longo da vida, pois “o indivíduo nunca a constrói sozinho: ela depende tanto dos julgamentos dos outros como das suas próprias orientações e auto-definições. A identidade é um produto de sucessivas socializações” (Dubar, p. 13, 1997). Uma das técnicas de enfermagem relata o seu cotidiano de construção de conhecimento:

*“Aqui existe um bom trabalho em equipe, porque nós temos a liberdade de falar ‘Olha, eu não sei fazer isto’ ou até mesmo ‘Eu nunca fiz’ e todos ajudam, ensinam. Entre nós é muito legal isso, um ajuda o outro, o que é diferente dos outros lugares onde já trabalhei.”*  
(Teresa, TE)

As escolhas, mais ou menos forçadas ou assumidas, representam uma antecipação importante da futura vida laboral, de um estatuto social a ser conquistado por intermédio de uma “especialidade” disciplinar ou técnica do trabalho que, para muitos, pode se constituir em um desafio, uma incerteza, um investimento de risco.

Tal indefinição não se configura apenas na situação de “escolha de um ofício”, ou da obtenção de um certificado escolar, mas também em mais uma construção pessoal. Esta envolve a referência identitária, a apreciação das próprias capacidades, a realização de desejos e a conformação de uma nova etapa social possibilitada ou não pela formação escolar e profissional.

*“Aqui um ajuda o outro, tanto com a profissão quanto com horários, com plantão, com problemas pessoais e aqui é bom porque um pode contar com o outro. As pessoas são compreensivas e a gente sabe que se hoje um está precisando, amanhã pode ser ele. Temos um trabalho em equipe em todos os sentidos.”* (Tábata, TE).

Ao se considerar a complexidade inerente ao setor saúde, percebem-se as dificuldades enfrentadas na construção da identidade profissional dos técnicos de enfermagem, um dos objetivos deste estudo. Em meio a confrontos, conflitos e embates - tanto no que diz respeito ao ambiente institucional de suas organizações, que concentram interesses, nem sempre convergentes, dos diferentes profissionais da saúde, dos usuários/beneficiários, dos fornecedores e dos gestores, principalmente - quanto às características próprias do setor de serviços de saúde. Uma das técnicas de enfermagem descreve os diferentes níveis relacionais a que se submete no seu fazer cotidiano:

*“Acho que a enfermeira é quem mais dá importância ao nosso trabalho, apesar de que alguns médicos também, porque tem médicos e médicos, não é? Alguns nos respeitam, alguns nem olham, mas eu procuro fazer o meu trabalho independente disto e alguns pacientes também reconhecem, mas são poucos os que falam. Não tem problema, porque eu continuo trabalhando naquilo que gosto.” (Taís, TE).*

Constroem, constroem, alteram e assimilam processos contínuos de interação humana presentes em toda organização, sendo este o determinante de maior influência no rumo das atividades e seus resultados. Sucodem-se surpresas, frustrações, eventos inesperados que trazem desconforto, perplexidade, insegurança aos gestores, responsáveis e aos componentes.

*“O quadro de funcionários aqui é muito instável e sempre está faltando alguém na equipe, é muito atestado médico. Hoje mesmo não tem enfermeira aqui e imagina se aparecer um procedimento invasivo que, pelo COREN, eu não posso fazer, mas na falta de funcionário é preciso fazer sim. Estamos aqui para fazer e se aparecer um caso grave, mesmo sabendo que isto não é a minha atribuição, temos que atender.” (Talita, TE)*

Partindo do trabalho coletivo, tanto no setor saúde quanto na organização e estruturação da profissão enfermagem, julga-se necessário que esta conceituação torne-se clara e definidora em relação ao aparente “grupo de profissionais” presentes nos espaços da assistência em saúde e o que, de fato, distingue-se aqui como “equipe”.

Para Moscovici (1999), considera-se equipe um grupo de pessoas que compreende seus objetivos, achando-se comprometidas em alcançá-los, de forma compartilhada. Acrescenta-se um bom nível de comunicação entre os membros, cujas opiniões divergentes são estimuladas e respeitadas; a existência de confiança e solidariedade entre os participantes, cujas habilidades são percebidas como complementares e possibilitadoras do alcance de resultados, objetivos e direção, conforme relato abaixo:

*“Todos nós trabalhamos em equipe. Não tem essa de um ser mais ou menos que o outro. Não tem esta de jogar a culpa sobre a enfermagem, a recepção, nada disso. Quando*

*alguém falha, faz-se uma reunião em equipe porque o erro não é de um só, o erro é dividido com todos e todos têm a liberdade e a oportunidade de aprender para que isto não volte a acontecer. Aqui o erro é dividido e a solução é encontrada por todos, depois de ouvir todos os participantes da equipe.” (Telma, TE).*

Outra característica presente e formativa é quando os elementos demonstram respeito, abertura e cooperação diante de limites, dificuldades e necessidades circunstanciais e respondem favoravelmente, conforme descrição das técnicas de enfermagem ao serem questionadas sobre a existência do trabalho em equipe:

*“Existe sim; apesar de cada um fazer o seu trabalho, quando a gente pode vai também fazer o trabalho do outro que está mais apertado. Nós somos escalados por setor, mas eu ajudo o outro sem deixar de fazer o meu, porque nós trabalhamos em equipe sim.” (Ticiania, TE)*

*“Existe trabalho em equipe sim! Aliás, eu acho que só o trabalho em equipe é que é possível porque eu faço poucas coisas ou quase nada. Aqui todos trabalham e fazem de tudo. A gente consegue fazer trabalho de técnico e também dos auxiliares, porque não é um trabalho pessoal, é um trabalho de equipe.” (Talita, TE)*

*“Aqui é um ajudando o outro e ainda que um seja diferente do outro, a gente consegue, com respeito, superar as diferenças, as dificuldades e ainda respeitar o limite do outro. Todas as equipes são receptivas e a gente conversa bastante para manter isto assim tão gratificante.” (Teca, TE).*

Os movimentos em que a equipe está operando podem ser inferidos a partir de manifestações características do “todo”, do conjunto de ações, práticas e procedimentos que constituem o “desenho do trabalho em saúde”, o qual se constitui por dois níveis de interação onde se destaca o fazer e o relacional, imbuído no que se caracteriza como sócio-emocional (Moscovici, 1999).

A modalidade “fazer” se operacionaliza pela aplicação de um conteúdo específico e especializado de um determinado conjunto de profissionais e que mobiliza

também os processos de motivação/participação, comunicação, iniciativa, cooperação, decisões e relacionamento.

A modalidade emocional pode ser inferida por atitudes de apoio, proteção, brincadeiras, comunicação e liberdade de expressão, solidariedade e compartilhamento, que constituem necessidades pessoais e afetivas comuns, cuja participação em uma equipe torna-se uma possibilidade de realização.

*“Eu sou uma das mais novas na equipe e fui muito bem recebida. Aqui, apesar de um ser diferente do outro, a gente consegue, com respeito, reconhecer o limite do outro, superar as diferenças e as dificuldades que todos nós temos. Está sendo muito importante para mim esta experiência junto dessa equipe, estou me sentindo muito bem.” (Tália, TE)*

Considera-se oportuno distinguir aqui uma “relação de características” referidas por um dos técnicos de enfermagem entrevistado, quando questionado sobre a existência do trabalho em equipe no seu território demonstrando o reconhecimento e valorização dos membros participantes e o “acordo tácito” construído e desenvolvido para a funcionalidade e concretude do trabalho em saúde em um Pronto Atendimento:

*“Eu acho que existe o trabalho em equipe sim, porque primeiro a equipe não é muito grande, a gente se dá muito bem; falamos a mesma língua e durante o dia, quando o movimento está muito grande, a gente tenta cada um fazer a sua parte e todos se ajudam muito; todos têm a mesma linha de conduta e a gente sempre tenta seguir a mesma linha de orientação. Somos amigos mesmo e, de vez em quando, como diz um colega, a gente balança a árvore da amizade para cair algumas folhas secas (risos) e isto ajuda. Nós procuramos trabalhar bem para viver bem; somos respeitados e respeitamos todos também. Eu vejo muito positivamente este trabalho, esta união.” (Tadeu, TE).*

O trabalho em equipe, enaltecido pelos quinze técnicos de enfermagem entrevistados, reforça, sobremaneira, a análise sobre o valor deste para o cotidiano dos trabalhos, das relações de poder, das dificuldades advindas da organização do trabalho, dos enfrentamentos e sofrimentos característicos do setor saúde.

Tal importância leva a considerar o trabalho em equipe como um anteparo para minimizar a rotina de um trabalho pouco valorizado, no interior de uma profissão coletiva sim, mas em que a maior especialidade se apropria das práticas de outros para fortalecer relações de poder, para dirimir “ausências” do local de trabalho. O saber dominante também se utiliza destas práticas para diminuir filas, abreviar o tempo de duração da relação profissional-paciente, entre outros.

Tais constatações levam a distinguir aqui uma “invisibilidade funcional” que dá concretude ao trabalho da enfermagem, mas que não valoriza autorias e os sujeitos sociais deste coletivo. Desta forma, ressalta-se a importância de um modelo gerencial mais democrático, que consiga estabelecer vínculos entre os estratos componentes não apenas para a aplicabilidade legal atribuída, mas também para o reforço constante de metas, objetivos a serem alcançados nos diferentes locais, em consonância com os papéis definidores de cada trabalhador.

O cotidiano do atendimento, do vínculo e da oferta de serviços em saúde traz também outras questões vivenciadas nas diferentes Unidades de Saúde pelas equipes de trabalhadores que ali se encontram. Para além das atividades de serviço, existem também as relações, o convívio e também os enfrentamentos reais advindos da organização do trabalho. As novas formas de gestão do trabalho têm tornado os trabalhadores vulneráveis ao desemprego, à precariedade dos vínculos formais de contratação, à competição acirrada, à individualização e à competitividade vivenciada pelos componentes da equipe e pelos usuários, que podem ser condições portadoras de violência.

Uma entre as oito Unidades de Saúde selecionadas para este estudo teve um episódio bastante divulgado pela mídia local, que divulgava o caso de um dos profissionais médicos pela demora no atendimento à população, gerando descontentamentos e intervenções externas. Ao entrevistar os técnicos de enfermagem do local, este fato foi relatado espontaneamente, bem como as “agressões orais” em decorrência do episódio, generalizadas para todos os trabalhadores da Unidade, indistintamente.

## **7.4 - A questão da violência contra trabalhadores da saúde: justificando as agressões**

Ao reconhecer a violência como um fenômeno sociocultural, em suas origens e repercussões, procurou-se destacar neste estudo ações e comportamentos que, mesmo restritos a um espaço provedor de atenção e serviços de saúde fundamentais, como é o caso de uma Unidade Básica de Saúde, podem, em um movimento contraditório, desencadear situações que aumentam o risco ou a vulnerabilidade dos trabalhadores do sistema local de saúde.

*“Pacientes com dor aguardando atendimento e o médico dormindo em uma das salas do posto de saúde. Revoltados com a situação, pacientes acionaram a GAMA (Guarda Municipal de Americana), que esteve duas vezes na manhã de ontem na UBS. O pivô das críticas era o clínico geral plantonista, o único médico disponível para atender a demanda.”* (Jornal “O Liberal”, 01/11/2009, p.5).

Uma das UBS/PA escolhida para a pesquisa de campo vivenciou esta situação com um dos médicos plantonistas, no final de 2009, fato que extrapolou os limites da Unidade pela ampla divulgação feita pela mídia local.

O fato aqui relatado e caracterizado como violência contra trabalhadores da saúde ocorreu em um sábado de manhã, quando a população aguardava por atendimento médico, e acabou gerando reclamações dos usuários ali presentes. O descontentamento manifesto parece ter se agravado não só pelo tempo de espera sem atendimento, mas pela confirmação das recepcionistas de que havia médico na Unidade, porém o mesmo estava dormindo e “não conseguiam acordá-lo”.

Conforme publicado em uma das mídias locais, “enquanto a sala de espera estava repleta de pacientes, o médico estaria dormindo no posto, segundo a população. A Guarda Municipal (GAMA) foi chamada duas vezes para ir ao posto médico e garantirem o atendimento que é direito de todos” (Jornal “O Liberal”, 31/10/2009, p.3).

O tempo de espera, em torno de duas, três horas, conforme relato dos pacientes divulgado pela mídia local, gerou “um clima de descontentamento e desaprovação entre os pacientes em geral e, de acordo com relatos à reportagem, o médico saiu da sala apenas quando foi informado de que a GAMA estava a caminho” (Jornal “O Liberal”, 05/11/2009, p.4).

O fato foi amplamente divulgado pelas diferentes mídias durante vinte dias, aproximadamente, quando gestores eram frequentemente procurados para falarem sobre o assunto. A divulgação contribuía para aumentar ainda mais os problemas na UBS/PA que chegou, em dias posteriores, “a passar 12h sem atendimento médico pela falta de dois médicos plantonistas” (Jornal “Todo Dia”, 04/11/2009, p. 5).

Tal acontecimento gerou constrangimento na equipe logo após a mídia ter anunciado a “suspensão do médico que dormiu”. Além da forma jocosa com que se referiam ao profissional, as ausências médicas nos dias posteriores manifestavam o receio por parte dos profissionais de serem agredidos ou mesmo ameaçados pela população: “Ontem, os dois médicos que estavam na escala da unidade não compareceram ao trabalho e alegaram problemas de saúde. Os pacientes que procuraram atendimento no período das 7 às 19 horas no posto tiveram de ser transportados para o Pronto Socorro do Hospital Municipal” (Jornal “O Liberal”, 04/11/2009, p. 4).

A violência é reconhecida como fenômeno sociocultural, tanto pela sua origem quanto pela repercussão decorrente, e quase sempre é concebida como responsabilidade da segurança pública e/ou do Judiciário. A violência se estabelece, via de regra, como objeto de denúncia frente a fatos e/ou atos que suscitam críticas, desagradados e formas de repúdio em uma dada sociedade.

O caráter humano das organizações está centrado nas relações afetivas, nas redes de controle e poder que se manifestam de diversas formas, ora pautados pela racionalidade, ora pelos sentimentos. Estes episódios de violência podem ser desencadeados por um fato pontual, com conotação negativa, derivando daí atos e reações grosseiras, rudes ou violentas, como manifestação dos limites, frustrações, expectativas não atendidas e/ou desejos não realizados.

Tais reações se configuram em um processo no qual uma pessoa é “escolhida” como alvo, como depositário de preconceitos, marcado para ser exposto, agredido e desrespeitado. Dejours (2010) define a violência como uma construção social que desencadeia em alguns uma perversidade que leva a uma incapacidade de considerar o outro como ser humano, levando a desmerecer aquele de quem dependemos para satisfazer as nossas necessidades. A violência é uma ação contrária ao instituído, que desautoriza e exclui o estabelecido, criando novas normas, critérios e valores.

Os gestores locais, frente à repercussão dada pelas mídias e ao serem “cobrados” por uma atitude, manifestavam “ameaças de punição”, “suspensão” e “investigações por comissões de sindicância” o que levava a população a se “envolver” ainda mais com o acontecido e a “exigir” atitudes drásticas e rápidas do poder público.



Fonte: Jornal "O Liberal", 05/11/2009, p.03

A violência social parece estar tomando corpo frente às novas formas de organização do trabalho, caracterizadas pela instabilidade, temporalidade das relações contratuais e pela “seleção” de alguns em detrimento de outros, o que segmenta os indivíduos entre “melhores” e “piores”.

O serviço público caracteriza-se por um estatuto que lhe confere segurança e estabilidade, proporcionadas pela via do concurso. Este parece suscitar, nos dias atuais, um “divisor de águas” entre os que vivem e convivem com a nova organização do trabalho vigente das terceirizações, que transformam a atividade profissional em algo precário, com um ritmo intensificado e de pouca durabilidade e valorização, pois:

*“O que mais chama a atenção é a estabilidade do serviço público, porque é algo assim que a gente busca. Hoje está tão difícil a gente encontrar alguma coisa que seja assim mais duradoura e a estabilidade é a que mais chama atenção no serviço público” (Tábata, TE).*

A dificuldade atual por um emprego estável e/ou duradouro e pelo reconhecimento do valor do seu trabalho pode favorecer a eclosão de comportamentos reprováveis e/ou atos violentos contra os que têm emprego e que, ainda mais, são protegidos por estatuto de estabilidade, passando a ser vistos como privilegiados. Isto pode desencadear sentimentos violentos por parte daqueles que detêm uma posição/situação diferenciada dos demais.

Vivemos em uma sociedade regulada pela lógica capitalista, pautada em um modelo neoliberal e globalizado, na qual o que importa e o que interessa é a capacidade produtiva do sujeito, sendo desqualificado tudo aquilo que não se concatena com este ideal.

Este ideário pressupõe um sujeito competitivo e individualista, que valoriza a sua ascensão profissional, seu poder de acumulação e seus interesses próprios em detrimento da existência, necessidade e importância do outro e dos princípios solidários.

As relações interpessoais aparecem como cada vez mais supérfluas e materializadas, afastando-se dos projetos coletivos frente à valorização do “ter”, associando a possibilidade de consumo à construção identitária. O processo de globalização introduz novas dinâmicas sociais, em que as mudanças ocorrem em um ritmo veloz exigindo do sujeito versatilidade, mudança contínua de valores, capacidade de adaptação e transformação.

As relações de trabalho são precarizadas, provocando tensão frente à insegurança e aos limites de permanência no trabalho, isto quando eles existem. A má

distribuição de renda, ausência de políticas públicas consistentes em detrimento de políticas focalizadas, bem como a fragilidade do Estado em gerir e ofertar educação e segurança pública provocam a explosão da violência, vitimizando, principalmente, os bairros da periferia onde residem pessoas de baixa renda, com fracos vínculos de proteção social.

O indivíduo não consegue, por diferentes motivos, incluir-se em um trabalho com vínculo duradouro, vivenciando uma sensação de “desamparo”, da qual advém sofrimento e desestabilização pessoal e financeira, o que pode levar ao adoecimento e a explosões de ira e violência.

Em uma das visitas realizadas à Unidade sessenta dias após o episódio ocorrido e divulgado pela mídia local, um dos profissionais médicos, sexo feminino, com 1 ano de formação e proveniente de outro estado, entrou na sala onde a pesquisadora mantinha uma conversa inicial com a técnica de enfermagem para a explanação dos objetivos da pesquisa. A profissional procurava por um dos seus instrumentos de trabalho e, ao constatar que o mesmo não se encontrava ali, comentou que iria embora mesmo assim “*para se ver livre logo deste lugar*”.

Esta manifestação ressalta o temor, a insegurança que a divulgação provocou nos profissionais que, apesar destes sentimentos, procuravam dar continuidade às suas atividades como um compromisso ético da sua formação, um esforço consciente para com os doentes, seus cuidados e direitos,

O que consideramos um bom ambiente de trabalho não pode ser um mero conceito, mas algo que diz respeito às condições objetivas e subjetivas, próprias do cotidiano de políticas e práticas organizacionais, fornecidas ou negligenciadas pelo aparato estrutural e normativo das instituições.

O ambiente institucional precisa de certo nível de credibilidade para fazer vigorar os seus objetivos, despertar a confiança de seus usuários e a dedicação e envolvimento de todos os seus membros, caso contrário, perde-se aos poucos a sua finalidade, o valor daquilo que produz e oferta.

A população, incitada pela divulgação frequente de fatos negativos pela mídia, generalizava a sua crítica e agressividade oral, distribuindo, às vezes, até

mesmo ofensas para todos os profissionais, independentemente de sua formação ou prática, conforme relato de uma das técnicas entrevistadas:

*“Eu acho que a maioria (refere-se à população atendida) não respeita o nosso trabalho, principalmente depois que saiu a notícia no jornal, sabe, a do médico que estava dormindo; nossa, nós passamos uns dias terríveis. Outro dia quase fui agredida quando, no atendimento da sua esposa, enquanto ela aguardava lá no fundo da Unidade, eu vim até a recepção e quando ele me viu começou a me xingar de ‘baleia’, falou que era para eu tirar a bunda da cadeira e ir trabalhar” (Téssia, TE).*

Os atos de violência surgem, geralmente, diante de situação de tensão, pressão e opressão, transformando o ambiente de trabalho em um local de tensão, temor e humilhação.

A violência é humana e social e, como tal, tem direção, intenção e armadilhas peculiares, que dependem dos objetivos manifestos ou não e da forma como se concretizará. Pode se manifestar como uma reação circunstancial, permeada de preconceitos, ofensas, rancor, ressentimentos, entre outros. Tais efeitos nocivos reforçam o comportamento negativo dos indivíduos, desencadeando generalização a todos os profissionais, sem diferenciação, disseminando a desmotivação e o escárnio sofrido pela equipe, bem como enfraquecimento do reconhecimento do valor dos profissionais.

Outra provocação feita pela mídia era em forma de “charges” anedóticas que expunham e desrespeitavam os profissionais e a categoria médica, os colocando como subservientes da superficialidade, da falta de compromisso e responsabilidade.



Fonte: Jornal "O Liberal", 07/11/2009, p.03

Pela lógica da ironia e do sarcasmo, as anedotas desencadeavam o descrédito e a desvalorização destes profissionais e de todos os outros do segmento saúde, levando-os até mesmo a buscarem outra profissão, outro segmento para trabalhar, conforme relato de uma técnica de enfermagem da Unidade em questão:

*“A população, por qualquer coisa, vem nos humilhar dizendo que a gente não quer trabalhar, que nós somos vagabundas e outras coisas mais... Então eu decidi fazer uma Engenharia e não mais enfermagem, porque este tempo me ajudou a ver melhor as coisas e decidi que não estou aqui para ser desrespeitada, isto não dá. Estou fazendo Engenharia porque os números não humilham, mas as pessoas acabam com a gente” (Tida, TE).*

As relações interpessoais são constitutivas de um núcleo afetivo que alimenta e retroalimenta o processo; sobressaem emoções como mágoas, raiva, humilhação e rancor, produzindo um mundo invertido no qual amor e ódio, rancor e

intolerância, humilhação e vergonha sustentam as discriminações e onde afloram os preconceitos (Dejours, 2010).

Em outra oportunidade, quando a pesquisadora na recepção discorria sobre os objetivos da pesquisa, uma técnica de enfermagem espontaneamente se “apresentou” para ser entrevistada em primeiro lugar, alegando que, finalmente, *“havia aparecido alguém que tivesse interesse em ouvi-los e lhes dar a atenção que julgavam merecer”* (Téssia, TE).

Sem nem dar tempo para a pesquisadora concluir a exposição dos objetivos e obter a sua anuência, a técnica de enfermagem passou a discorrer, por aproximadamente quinze minutos, queixando-se do julgamento da comunidade, que ainda os agredia verbalmente chamando-os de “preguiçosos, dorminhocos” e incluindo-os, sem diferenciação, como atores do mesmo episódio.

Queixou-se também de diferentes problemas vivenciados no dia a dia, como ausência de interesse da população em se ajudar ou querer se curar e falta de reconhecimento da população assistida, que não considerava o trabalho humano desenvolvido e ofertado no local, concluindo que *“A população quer tudo na hora, são exigentes e poucos reconhecem o nosso trabalho. Eles não sabem separar UBS de Pronto Atendimento, não entendem e nem querem saber de explicação e fica tudo para nós mesmos”* (Tábata, TE).

Um ato único constitui um risco não visível, que gera danos à saúde e causa mal-estar que podem degradar as relações de trabalho e/ou destruir sonhos e objetivos, fragmentando os vínculos com a comunidade, algo essencial na produção dos serviços de saúde.

No cotidiano do trabalho, os profissionais sujeitam-se a tratamentos grosseiros, ao descaso, respostas verbais humilhantes, desmandos e desrespeito, que desencadeiam a desmoralização e degradação do outro.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência como “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha

possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002).

Este relato de caso, entre outros que poderiam ser escolhidos, foi motivado mais por questionamentos que por soluções. Seria necessário, como princípio de respeito, que o profissional envolvido neste fato também pudesse ser ouvido e tivesse espaço para manifestar seus sentimentos, suas razões e suas motivações em relação ao ocorrido.

O recorte faz-se necessário pela certeza de que não é possível dar respostas ao real, que é sempre maior e mais complexo do que a capacidade analítica, limitada e cerceada pelo rigor científico do pesquisador e do campo.

Frente à necessária “neutralidade” do pesquisador, mesmo sabendo que esta postura nem sempre é possível e exequível quando envolvido e comprometido com o campo e o seu objeto de interesse, parece ser pertinente retomar o conceito de saúde defendido por Georges Canguilhem, nas décadas de 1940 e 1960: “... para o homem a saúde é um sentimento de segurança na vida, sentimento este que, por si mesmo, não se impõe nenhum limite” (Canguilhem, *apud* Campos, 2006, p.49).

Por esta linha de análise, mesmo considerando o poder de manipulação e provocação da mídia local, a manifestação da comunidade se alinha com a defesa do direito inalienável, indiscutível e, aqui contextualizado, como constitucional. No campo singular dos serviços de saúde há que se resguardar o objetivo precípua da defesa da vida com o intuito de afastar a dor, o sofrimento e a morte.



Julgamos necessário considerar os mal denominados “recursos humanos” como merecedores de novos estudos que os relevem como sujeitos, com todas as conseqüências metodológicas que esse conceito impõe. Considerando os relatos obtidos, constata-se a frustração, o descontentamento, o fato de os profissionais estarem trabalhando pela sobrevivência e não pelo prazer, pelo compromisso ético próprio da profissão escolhida, pela defesa da vida do outro e não apenas da sua.

A violência parece surgir, a cada momento histórico, de uma forma renovada e revigorada, apresentando-se em novas manifestação e métodos para “oprimir, dominar, desprezar, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo a sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional” (Freitas, 2008, p. 37).

Constata-se, também, a construção, ou pelo menos a busca de socialização, quando os entrevistados conseguem vislumbrar outros horizontes além dos embates e dos conflitos. Procuram soluções a partir da articulação de novas relações que tornam o trabalho em saúde algo mais que um espaço para assegurar a sobrevivência, pois *“se a gente se unisse conseguiria mais respeito, não precisaria trabalhar em dois empregos e conseguiria ter mais valor, inclusive um salário decente para todos nós”* (Tida, TE).

O trabalho em equipe permite e propicia esta via da socialização, capaz de compatibilizar o atendimento do interesse individual com certa dose de solidariedade e apoio, na medida em que reconhece e valoriza a presença do outro como portador de interesses comuns, instituindo projetos comuns de solidariedade e a articulação de novas relações, o que parece capacitar para a superação da dureza do cotidiano:

É na “gestão” do cotidiano que se constrói esta ou aquela subjetividade, sujeitos autônomos ou sujeitados. [...] Envolve novas formas de ACOLHIMENTO<sup>7</sup> do sujeito individual ou coletivo que necessita de atenção específica, pressupõe a personalização das relações das equipes de saúde com o até agora objeto da assistência (Campos, 2006, p.75).

---

<sup>7</sup> Destaque do referido autor, conforme original.

É importante considerar que o trabalho em equipe é composto por pessoas em constante interação no nível sócioemocional, o que pode favorecer ou prejudicar o campo das práticas, o resultado do trabalho coletivo e as relações interpessoais que se formam e se desenvolvem. Os níveis de ações e relações representam, portanto, conjuntos de forças presentes e atuantes tanto no âmbito pessoal quanto grupal, exercendo uma permanente influência recíproca.

Considera-se o trabalho em equipe como um anteparo à “naturalização” da violência nos locais de trabalho, ressignificando valores e impedindo a desintegração do vínculo social entre os pares, contrapondo-se ao individualismo predador que corrói a cooperação e a confiança.

O trabalho em equipe pode ser um contraponto ao cotidiano permeado por imposições e conflitos, disputas e medos, reconstituindo o diálogo, a solidariedade, a valorização pessoal e profissional, minimizando processos de adoecimento e solidão e recuperando ao homem sua humanidade.

## **7.5 - A (in)visibilidade funcional**

Em algumas situações de intervenção dos profissionais da enfermagem, parece ser importante indagar quem é o técnico, o que faz, o que lhe é atribuído legalmente e com quem operacionaliza o seu saber. Destaca-se que a “(in)visibilidade” parece ser efeito da divisão social do trabalho que ora é respeitada ora não parece ser delimitada, ora é mesmo definida como impraticável.

Tais “impossibilidades” parecem ser resultantes das dinâmicas do processo de produção, das diferentes características presentes nos territórios, bem como pela aplicação e formas de organização do trabalho ensejado pelos conhecimentos dominantes, principalmente o de nível superior.

A profissão se estratifica pela qualificação formal e pelo aval do Estado, que legitima e jurisdiciona o detentor do conhecimento superior, no caso a(o) enfermeira(o),

com quatro eixos norteadores do exercício profissional: assistencial, gerencial, educativa e de pesquisa (COREN, 2001). Tais prerrogativas de atuação destacam o profissional de nível superior entre os outros de mesmo nível e de conhecimentos diversos, por ser a única formação que garante um papel de chefia, de supervisão, independentemente de outros atributos que permeiam a relação salarial, como tempo de experiência na função, por exemplo. O profissional enfermeiro já se coloca no mercado como chefe, como superior e supervisor legitimado pela qualificação formal e pela base legal:

Na enfermagem, o profissional responsável legalmente para assumir a atividade gerencial é o enfermeiro, a quem compete a coordenação da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, condução e viabilização do processo cuidativo, tendo como princípio norteador de suas ações o direito da população à saúde integral, realizadas de forma digna, segura e ética (Spagnol, 2005, p.120).

A profissão, a partir do século XIX, se institucionaliza com Florence Nightingale (1820 – 1910), incorporando técnicas e procedimentos organizados e sistematizados pela lógica do domínio e do controle, advindos dos princípios administrativos da Escola Científica e Clássica, preconizados por Taylor e Fayol, neste referido período. Tais princípios foram elaborados para a organização do trabalho industrial, modelo este determinado historicamente por fatores econômicos, sociais e culturais.

A enfermagem nasceu como coletivo profissional qualificado, conquistou um campo de conhecimento e prática especializada que, hierarquizado em três estratos componentes, foram jurisdicionados sob a supervisão do maior conhecimento e sob a lógica da articulação para operacionalizar a assistência de enfermagem.

Tais resoluções legais podem contribuir para que a profissão seja usualmente referenciada pelo seu coletivo, isto é, “pela enfermagem”. Quando especificada em suas práticas, aparece, sobremaneira, o saber dominante da maior qualificação, como se o conhecimento ali produzido estivesse descolado do conjunto dos praticantes e das interfaces entre os outros estratos profissionais e a equipe multiprofissional na qual este coletivo está inserido.

A função gerencial do enfermeiro, por sua relação direta com os estratos de nível médio e fundamental que compõem a referida profissão, é estruturada pela supervisão e determinação das ações como dispositivo de controle do processo de trabalho.

Desenhado nos princípios da Teoria Clássica da Administração, que define com clareza a relação hierárquica e os papéis de comando e de comandados como determinantes, o enfermeiro, no exercício da gerência, privilegia em demasia o controle, a hierarquia, a ordem. Fundamenta-se na rigidez para dar concretude à assistência de enfermagem que, de modo contraditório, se configura no relacional, no acolhimento, no vínculo e respeito ao outro:

*“A gente faz esta divisão sim, de comum acordo, gerenciando mesmo a atividade de enfermagem e eles (refere-se aos técnicos e auxiliares de enfermagem) fazem aquilo que é determinado e com a orientação do enfermeiro porque foi estabelecido pelo COREN” (Ethel, ENF).*

*“Elas (refere-se às técnicas e auxiliares de enfermagem) são o primeiro contato, fazem a primeira triagem e, na dúvida, quando elas não conseguem resolver, passam para mim. Elas fazem a parte braçal, que é a maior parte do trabalho, porque, precisamos reconhecer, a mão de obra mesmo ali dentro é delas” (Elena, ENF).*

O órgão de classe respaldado pelo poder do Estado legitima a autoridade dos enfermeiros sobre os outros estratos. Ao gerenciar, ele externaliza a sua autoridade fundamentada no conhecimento especial e especializado do qual é detentor. Esta lhe concede a posição ou função de líder reconhecido por uma especialidade, percebido pelos seus liderados pela distinção de experiência e habilidade superiores. Conforme o relato de uma das técnicas de enfermagem:

*“A enfermeira orienta, ajuda bastante, porque ela explica todo o processo e mesmo que eu não vá fazer tudo ela explica, mostra, esclarece bastante. Isto é bom porque a gente aprende bastante, mesmo que a gente não faça” (Tâmara, TE)*

Sob o domínio da autoridade, não se procura saber apenas quem manda e quem é mandado no trabalho, mas fundamenta-se também na qualificação como fonte de legitimidade do comando ou de dignidade de obediência, onde a palavra latina *auctoritas* refere-se a “um personagem que inspira medo e assombro, e, portanto submissão: o mestre de uma oficina tinha de inspirar tais sentimentos para manter a ordem em casa” (Sennet, 2009, p.71)

A autoridade, pautada no conhecimento, também se faz presente, distanciando e distinguindo a maior especialidade dos outros praticantes. Esta separação se concretiza pela divisão social do trabalho, como um modo de organização sustentado pela especialização e conjugado à valorização da máxima qualificação, conforme relato de uma enfermeira:

*“A enfermagem vê o paciente como um todo, porque o vínculo deles é conosco e é para nós que eles vêm contar alguma coisa e para os médicos não. EU é que vou até a sala deles e falo: ‘Olha, o paciente contou isso’. EU<sup>8</sup> conto que a pressão está alterada, o resultado do Dextro é assim. NÓS é que avaliamos e falamos para eles” (Eny, ENF)*

Tais arranjos distinguem alguns em detrimento da “opacidade” de outros, para que o trabalho não se constitua apenas de pensamento, mas também de prática e de habilidade, em um coletivo harmonioso entre o saber e o fazer.

Nesta linha de análise, um coletivo profissional delineado como tal desde a sua origem, se constituiu pela necessidade de integração entre as partes, que possuem fronteiras de atuação sim, mas que são componentes e estão inseridos na concretude do trabalho de assistência da enfermagem.

Julga-se procedente ressaltar aqui a “invisibilidade funcional” dos componentes pela valorização social da maior qualificação, sendo que a produção da assistência de enfermagem se faz conhecer pelo “trabalho da enfermeira” ou “da enfermagem” sem autorias, sem distinção. Este rótulo generaliza e perpetua a maior distinção, enaltecendo o saber, porém ocultando as práticas rotineiras e numerosas que dão concretude a um fazer importante e necessário enquanto serviço de saúde. O descritivo numérico de uma das enfermeiras clarifica o papel dos estratos:

---

<sup>8</sup> Destaque da autora pela ênfase e repetição observadas durante a realização da entrevista

*“Sem eles (refere-se aos técnicos e auxiliares) não tem quem dê conta do número de atendimentos, porque se a gente não os tem, nós é que temos que parar o que estamos fazendo e dar atendimento. Aqui na Unidade tem cerca de 300 atendimentos/dia e quem dá conta disso sozinho? Temos necessidade sim dos técnicos e auxiliares para tudo isso. As ‘meninas’ são muito atenciosas e fundamentais” (Elba, ENF).*

A invisibilidade se relaciona pela forma como são vistos os trabalhadores de profissões desprovidas de *status*, *glamour*, reconhecimento social e adequada remuneração. A profissão enfermagem é vista e reconhecida pela sociedade pelo “valor de uso” do seu trabalho e conhecimento, mas os seus estratos componentes são mantidos “em uma sombra ocupacional”, condicionados pela divisão técnica e social do trabalho. Os relatos abaixo mostram a dimensão da “invisibilidade funcional” no interior do trabalho em saúde:

*“Eu acho que sem os técnicos e auxiliares uma Unidade não funciona, porque o enfermeiro não tem tempo integral para fazer todo o atendimento. Às vezes eles não podem aparecer, mas são fundamentais em uma Unidade de Saúde” (Elba, ENF)*

*“Acho que a enfermeira é quem mais dá importância para o nosso trabalho e tem alguns médicos que nos respeitam, respeitam o nosso trabalho, mas tem alguns que nem olham, acho que eles nem percebem que a gente existe” (Tatiane, TE)*

*“A população eu não sei se dá importância ao nosso trabalho. Eu acho que eles nem percebem quando fazemos o nosso trabalho, mas quando não fazemos ou não podemos, aí é difícil, eles são muito exigentes” (Teresa, TE)*

Os técnicos de enfermagem são os detentores e executores das práticas manuais, atitudinais e comunicativas, fundamentadas em conhecimentos e análises pontuais. Eles efetivamente fazem, são presentes em quantidade e qualidade, ao considerarmos o trabalho em saúde como relacional e não apenas intelectual.

Pensar e distinguir estas práticas é um modo de avaliar e reconsiderar as formas de trabalho e os arranjos organizativos que modulam o processo de trabalho na enfermagem e em saúde. As práticas envolvem grande variedade de atividades e de

técnicas com diferentes níveis de complexidade, indo desde um simples sorriso, uma higienização, a procedimentos invasivos e responsabilização por um local:

*“Eu não consigo fazer o meu trabalho sem o trabalho inicial delas (refere-se aos técnicos e auxiliares), sem aferir pressão, ver Dextro, falar alguma coisa sobre a rotina do paciente. Desde uma triagem e uma pré-consulta que sempre inicia com eles, porque nem sempre a enfermeira está presente na Unidade e são eles que assumem muitas coisas, além de suas atribuições” (Márcia, MED)*

A invisibilidade funcional ou “sombra ocupacional” seria o resultado da apropriação constituída mediante o aval do Estado, do órgão de classe e de determinantes do cotidiano para que a maior qualificação se torne visível e aproprie-se do campo de práticas e saberes dos de menor qualificação, reiterando o movimento que resultou na estratificação da profissão. Uma das enfermeiras expõe uma situação de cotidiano:

*“A única coisa importante de ter um técnico dentro da Unidade é que quando o enfermeiro precisa se ausentar para participar de reuniões ou coisas assim, o técnico é quem acaba assumindo tudo. Ele dá este respaldo para o enfermeiro e o auxiliar fica ali na ponta, fazendo os procedimentos, enquanto o técnico está ali respondendo pela Unidade, na ausência do enfermeiro” (Elisabete, ENF).*

A profissão parece ter interesse em manter e reiterar esta “sombra ocupacional” porque existem interesses em torno da manutenção desse sistema; “podemos afirmar que a organização global da sociedade moderna, desde o início, foi fundada sobre a distinção entre os que trabalhavam e os que pensavam ou combatiam”<sup>9</sup> (Shapin, 1991, p.331).

Os serviços em saúde se destacam pelo nível de exigência e complexidade do trabalho realizado e efetivado pelo relacional, convivendo rotineiramente com a exigência, a insatisfação e a cobrança não de um serviço e sim de um “direito”.

---

<sup>9</sup> “On peut affirmer que l’organisation globale de la société moderne à ses début était fondée sur la distinction entre ceux qui travaillaient et ceux qui pensaient ou combattaient”. Tradução da autora.

As profissões constituintes deste setor necessitam trabalhar em equipe, porém não existe clareza e respeito pelo que é efetivamente trabalho em equipe ou o que se torna apropriação do trabalho de alguns em favorecimento de outros. Permeia um jogo de interesses que reifica esta “invisibilidade funcional” e tenta naturalizar este processo pela via do ordenamento jurídico e da autoridade da maior qualificação, principalmente. O relato abaixo denota o reconhecimento da importância do trabalho, mas também a “naturalidade” com que a apropriação se efetiva:

*“Os técnicos e os auxiliares são essenciais nestes primeiros vínculos com os usuários que nem sempre nós, enfermeiros, temos este olhar, este contato, em função da carga burocrática que assumimos. Esta é a importância deles na equipe, nesta facilitação, no conhecimento que, muitas vezes, médico e enfermeiro não conseguem obter, não sabem e não se dispõem a saber, nem a fazer com o paciente” (Élida, ENF).*

*“Eles estão na linha de frente do serviço, em contato direto com o paciente. Nos trazem informações importantes para o nosso atendimento, inclusive dados para os pacientes que, muitas vezes, não observamos durante o nosso atendimento e, muito menos, registramos na ficha de evolução clínica” (Mário, MED).*

*“Os médicos não valorizam o nosso trabalho, só valorizam quando precisam da gente, é só por interesse no nosso trabalho, em algumas coisas que eles não fazem. Aí é que eles sentem falta, mas isto não é valorização, isto é interesse puro” (Tâmara, TE)*

*“A gente trabalha o dia inteiro e não tem reconhecimento nem da coordenação e nem da parte dos médicos. [...] porque ou você acaba fazendo uma parte significativa do trabalho deles ou você não é nada para eles. A gente é o braço direito no trabalho deles, mas é sempre deixada de lado, não temos valor algum, a gente é sempre a classe mais deixada de lado, sempre em segundo plano” (Tilce, TE).*

Trilhou-se todo este caminho para dar visibilidade ao trabalho de um estrato, componente de um coletivo, formado por pessoas que se identificam e se constroem na efetivação de um trabalho com legítimo “valor de uso”. Procurou-se ressaltar a

subjetividade e as relações que este profissional estabelece com os outros e com os espaços a sua volta.

Para clarificar esta compreensão, procurou-se estar atento à história, ao passado, à dimensão sócio-histórica nos quais estes profissionais estão inseridos, contextualizando-os e às suas práticas com o objetivo de provocar a reflexão e contribuir para um maior reconhecimento da importância da função, com a perspectiva de que se possa assumir novas atitudes, novas condutas e formas de pensar e fazer, de modo a suscitar diferentes modelos de enfermagem para se alcançar a distinção da profissão em conhecimento e em melhores resultados na prática do cuidado.

Propõe-se valorizar e reconhecer quem, efetivamente, “faz” enfermagem nos moldes e premissas da Saúde Coletiva, na saúde integral do ser humano como princípio do ordenamento jurídico não apenas do SUS, mas também desta profissão que se transformou sob os ideários da Reforma Sanitária e que, ainda nos dias atuais, necessita de investimentos. Reconhecendo que o sistema de gestão local ainda parece distante deste modelo de atenção, existe o princípio da integralidade, definido constitucionalmente. Almeja-se um modelo de gestão que possibilite reconstruir uma linha de cuidado ao usuário e que este se efetive, também, no interior da profissão fundamentado na partilha, nas relações democráticas, no compartilhamento de saberes e práticas que dignifiquem o trabalho no seu potencial transformador:

*“Eu tenho certeza da minha responsabilidade e também da importância do que eu faço aqui. Todo dia quando eu saio daqui eu penso: ‘Você conseguiu fazer o deveria ter sido feito? E esta resposta é que me dá prazer e me deixa mais leve e motivado para voltar no dia seguinte e recomeçar’”(Tadeu, TE).*

## **8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na busca pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se caminhado, com êxitos e insucessos, para a construção de um modelo que apresente respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde adequadas à heterogeneidade e diversidade política, econômica e cultural de cada região do país.

Apesar das mudanças visíveis decorrentes da implantação do SUS, alguns desafios ainda persistem na configuração de novas práticas no setor saúde. Entre estes, destaca-se a necessidade de recursos humanos em saúde, com capacitação técnica adequada para efetivar princípios e diretrizes em muitos municípios brasileiros.

As diretrizes operacionalizadas pela edificação da Atenção Básica sua capilarização pela Estratégia da Saúde da Família, necessárias à cobertura da extensão territorial em questão, demandam qualidade e quantidade de pessoas qualificadas e legitimadas para a oferta de serviços e ações em saúde.

Exige também organização do processo de trabalho e capacidade para desenvolver ações intersetoriais que possibilitem a incorporação da dimensão da promoção à saúde e a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, muito discutido e ainda pouco realizado.

O processo de implantação do SUS tem exigido dos atores envolvidos grande esforço no sentido de efetivar a proposta de descentralização entre os diferentes municípios. Trata-se de processo conflituoso, mobilizador de forças de diversas tendências e direções, mas que mostra como vetor resultante a viabilização dos preceitos da Reforma sanitária na Constituição Brasileira.

Alguns municípios têm conseguido avançar, construindo propostas de sistemas de saúde com papel de destaque, associados a recursos resolutivos como o acolhimento, gestão colegiada, universalização do acesso, entre outros, institucionalizado como política de governo municipal e legitimado pelo reconhecimento social.

A prática multiprofissional e interdisciplinar propõe para as equipes e para os profissionais o desafio da mudança dos processos de trabalho, no campo da formação e qualificação para a assistência em saúde como direito de todos.

As profissões componentes necessitam voltar-se para o coletivo, para o vínculo, para uma prática articulada e integrativa que possibilite uma assistência integral à população que necessita dos serviços de saúde.

No interior da profissão enfermagem, destaca-se aqui o trabalho dos técnicos de enfermagem na Atenção Básica da cidade de Americana/SP, objeto de interesse desta pesquisa, como parte integrante de um coletivo de saberes e práticas. A profissão é aqui referendada pelos seus três estratos componentes – enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem – distintos por níveis de escolarização e atribuições profissionais, jurisdicionados pelo poder do Estado e pela qualificação formal. Apesar do processo contínuo de mudanças contingentes aos diferentes momentos históricos, sociais, políticos e econômicos a profissão reproduz, nos dias atuais, a hierarquização entre saber e fazer. A maior especialidade, o enfermeiro, monopoliza a supervisão, o controle, planejamento e ensino, enquanto o fazer é atribuído aos técnicos e auxiliares por fronteiras legalmente estabelecidas.

Para caracterizar o perfil dos sujeitos da pesquisa foram entrevistados quinze técnicos de enfermagem, apenas um do sexo masculino; nove enfermeiras e cinco médicos vinculados à Atenção Básica do município. Os técnicos de enfermagem e as enfermeiras eram, em sua maioria, jovens, com predominância das faixas etárias entre 25 e 34 anos. Os médicos estavam na faixa entre 40 e 50 anos de idade. Quanto ao tempo de exercício profissional os técnicos possuíam de 4 a 6 anos, as enfermeiras apresentavam uma contratação mais recente entre 2 a 6 anos, enquanto os médicos possuíam de 15 a 25 anos de vinculação profissional.

O segundo objetivo é conhecer o processo de trabalho desenvolvido na Atenção Básica que, no município escolhido, ainda apresenta um modelo centrado no atendimento médico e hospitalocêntrico apesar da significativa oferta das práticas de enfermagem distribuídas pelos bairros periféricos e mais populosos nas Unidades Básicas de Saúde. Em sua trajetória sociohistórica a admissão dos técnicos de enfermagem no município foi anterior à das enfermeiras o que pode estar, nos dias atuais, refletindo na microgestão legalmente atribuída à maior especialidade da profissão com poucos reflexos para o trabalho coletivo no interior da profissão.

Este coletivo se estrutura na divisão técnica do trabalho de forma vertical, que vem desde a sua conformação como profissão, até uma divisão interna do trabalho, com destacada influência no exercício cotidiano de suas práticas, nas relações com as demais áreas da saúde e na qualidade da assistência.

O enfermeiro, em sua microgestão nos locais estudados, tende a valorizar o controle, a hierarquia e a ordem como aplicação do seu espaço de saber e poder, na contramão do processo relacional da assistência em saúde, que deve compreender o usuário e o trabalhador de saúde como sujeitos sociais em ação.

Aos técnicos de enfermagem são atribuídos cuidados de características manuais ou considerados sem exigências intelectuais; numerosos procedimentos e intervenções que só podem ser realizados pela aproximação com o outro, pela via do respeito e da confiança, pelo acolhimento, escuta e socialização.

Buscou-se alcançar o terceiro e quarto objetivos específicos ao analisar a identidade social e profissional dos técnicos de enfermagem, bem como identificar os olhares dos profissionais de nível superior da saúde sobre o trabalho desenvolvido pelos sujeitos da pesquisa nos diferentes locais. Este estudo retrata uma apropriação utilitarista destas práticas para a manutenção das relações de poder, saber e efetivação de vínculos com a população adscrita, necessária ao trabalho em saúde.

Preconiza-se um coletivo de trabalho, porém o que se efetiva são atividades legisladas e atribuídas pelos que detêm e centralizam a autoridade. Embora o trabalho dos técnicos de enfermagem seja considerado essencial e importante no cotidiano e nas atividades assistenciais da enfermagem, estes não aparecem; são reconhecidos, mas nem sempre valorizados como tal.

A profissão mantém uma “invisibilidade funcional”, em que a valorização recai sobre a maior especialidade, indo para o detentor de maior conhecimento e relegando a quantidade de procedimentos e atividades realizadas, enaltecendo o saber em detrimento do fazer e realizar.

Ao considerar o coletivo como uma interação entre elementos, o que se percebe nos depoimentos obtidos, tanto por parte de enfermeiros quanto de médicos, é uma apropriação do trabalho dos técnicos de enfermagem em benefício destes saberes dominantes. Ambos os profissionais reconhecem a importância do trabalho

desenvolvido, porém utilizam-se dele sem valorizar, sem dar autoria, sem nem menos os considerar como participantes de uma equipe de saúde.

Neste sentido, esta análise reafirma a relevância metodológica dos depoimentos orais obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas e observação participante do pesquisador, que possibilitaram melhor compreensão do cotidiano do trabalho desenvolvido em oito unidades selecionadas entre as 23 existentes na cidade de Americana/SP, contexto desta pesquisa.

O trabalho em equipe foi um dos temas presentes, valorizado por todos os profissionais entrevistados e preconizado como uma das questões fundamentais para a reorganização da assistência, inserido nos cuidados primários à saúde.

É uma relação que comporta sentimentos de identificação e adesão bem caracterizados, sustentados pela presença do outro, pela utilidade do seu fazer e pela cooperação. Desperta um sentimento de solidariedade quando se reconhece o outro como seu semelhante e portador das mesmas necessidades e fragilidades.

O trabalho em equipe proporciona aos técnicos de enfermagem um espaço para legitimar o seu papel de sujeitos sociais produtivos e criativos no desenvolvimento do seu trabalho. Permite espaço de reconhecimento, cooperação, segurança e identidade que só é possível entre pares, entre os semelhantes, na horizontalidade de suas singularidades.

Os enfermeiros também reconhecem e enaltecem o trabalho em equipe como resolutivo, produtivo e essencial no cotidiano das relações e intervenções, porém este discurso tende a reforçar a utilização e apropriação das práticas desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem.

O discurso propaga e legitima o reconhecimento numérico de sua produção, a qualidade do conhecimento, a singularidade do seu fazer, entretanto, assume como seu e para si os êxitos, os resultados amparados por atribuições legais que o definem e o credenciam como superiores, detentores da autoridade, do controle e da gestão das práticas cotidianas.

Ao enaltecer de forma positiva o trabalho em equipe, os técnicos de enfermagem o distinguem como uma alternativa para se manterem saudáveis, autônomos e valorizados, tendo como eixo o valor de uso de seu trabalho para a

sociedade. É uma linha de resistência contra as relações hierárquicas estabelecidas, o poder decisório centrado na figura do enfermeiro e o seu papel delimitado e obscurecido de produtor de serviços.

Trilhou-se todo este caminho para dar visibilidade ao trabalho de um estrato componente de um coletivo composto por pessoas que se identificam e se constroem na efetivação de um trabalho de valor. Atestam sua singularidade e valorização resistindo à apropriação e as relações de poder alicerçados em um coletivo de trabalho, na sua identidade social e profissional, bem como no reconhecimento social da importância do seu fazer que ultrapassam as barreiras institucionais. A identidade é conferida pelo trabalho, pela dinâmica formativa e pelas novas modalidades de socialização que se constroem e se configuram nos contextos de trabalho.

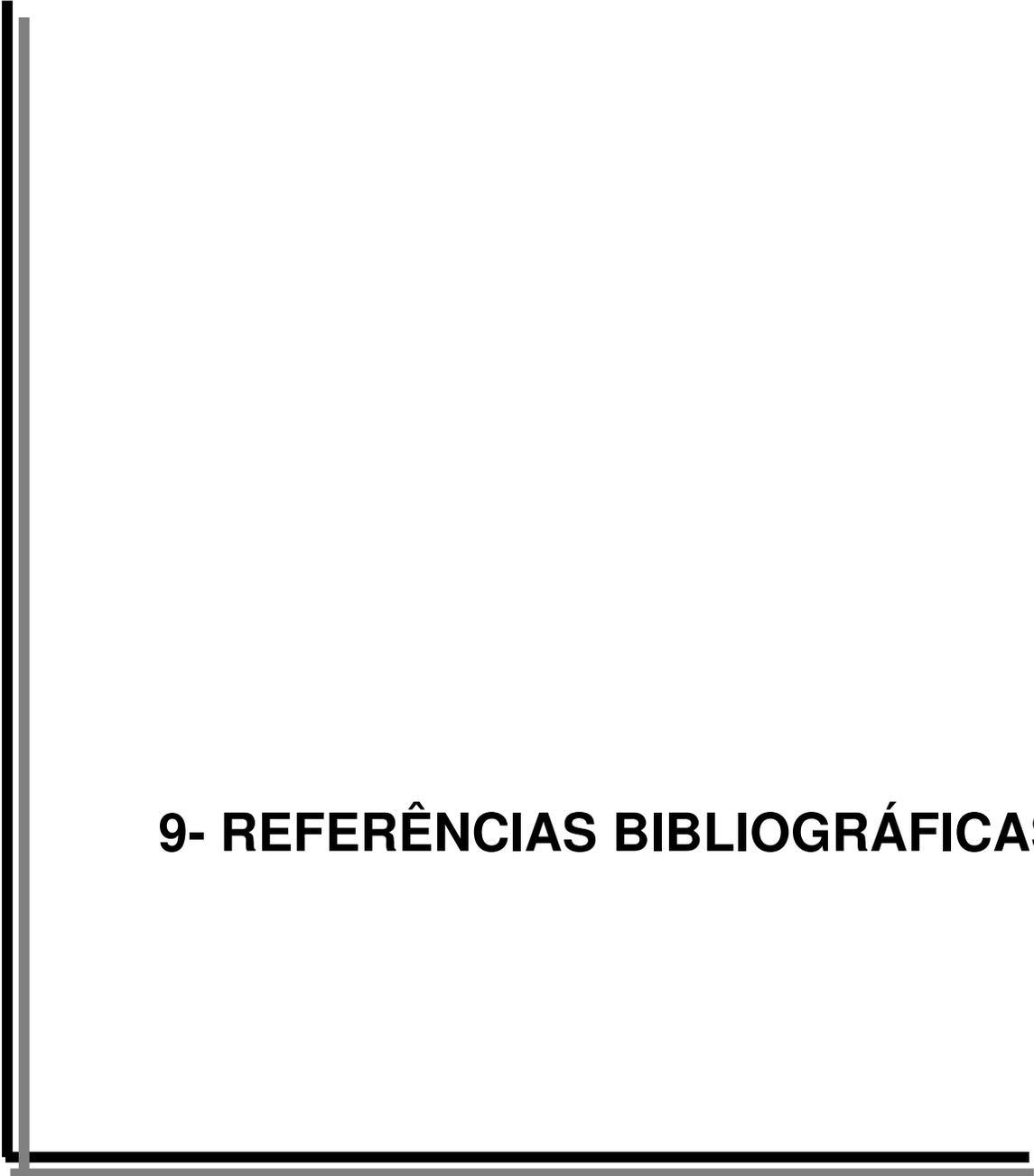
Nesta perspectiva, objetiva-se apontar outro direcionamento para o papel atribuído aos enfermeiros para além das lógicas do controle do processo de trabalho e do comportamento dos outros estratos. Propõe-se aqui o entendimento ampliado na constituição da profissão como coletivo e, como tal, não pode se manter pela apropriação e negação do valor e espaço dos outros. Considera importante estabelecer o espaço democrático de relações que se sobreponha ao divisor pensar X executar em busca da construção de uma nova linha de participação, responsabilização, envolvimento que possibilite o crescimento da profissão.

Ao compreender a palavra coletivo como sinônimo de interação entre elementos que isto se legitime no cotidiano e no interior de suas práticas, efetivando a integralidade não só da assistência em enfermagem para o outro, mas sim no outro que a efetiva e a constrói envolto, até o presente, em uma “invisibilidade funcional” vista e não revista e valorizada.

A Reforma Sanitária foi conquistada, porém necessita ser edificada como política pública no cotidiano, no empírico, nas experiências locais com capacidade de construir o caminho que desafie a fragmentação das ações e serviços de saúde. Estes espaços da micropolítica e da microgestão podem se constituir na militância transformadora dos dias atuais pela dimensão do coletivo, da ressignificação das práticas a partir das questões do cotidiano do trabalho oriundas das oportunidades do presente.

Buscou-se resgatar as vozes dos profissionais da saúde para compreender fatores intervenientes neste processo de trabalho local no esforço de olhar e considerar realidades sociais específicas, mas que configuram realidades empíricas, concretas que possibilitem construir e dinamizar aparatos teórico-metodológicos já legitimados.

Cabe distinguir neste estudo a certeza de que não existe profissão objetiva, estabelecida, mas relações dinâmicas entre as instituições ou organizações de formação, de gestão, de trabalho, bem como de trajetórias, vivências e singularidades no sentido de se construir (ou não) as identidades profissionais, tanto sociais quanto pessoais. Enseja considerar os depoimentos, escolhas e traços de subjetividade dos profissionais da saúde entrevistados neste estudo como ponto de partida para novos debates, reflexões que possibilitem vislumbrar a importância de serem reconhecidos, compreendidos como participantes de um coletivo de saúde local sim, cuja riqueza de todas as iniciativas somadas possam permitir teorizar e vislumbrar perspectivas a partir destes processos significantes.



## **9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Akerman M, Feuerwerker L. Estou me formando e quero trabalhar. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo:Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

Andrade LOM, Bueno ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. Campos GWS et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

Antunes R. *Os sentidos do trabalho:ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho*. 4.ed. São Paulo:Boitempo Editorial,1999.

Antunes R. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 7. ed. ver.ampl. São Paulo:Cortez: Campinas:Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2000.

Antunes, R. *O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.

Bagnato MHS, Bassinello GAH, Lacaz CPC, Missio L. Ensino Médio e educação profissionalizante em enfermagem: algumas reflexões. In: Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol 41(2), 2007.

Becker HS. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. Tradução Marco Estevão e Renato Aguiar. 4 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

Bourdieu P. *O Poder Simbólico*. 3. ed. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro; Bertrand Russel Brasil, 2000.

Bourdieu P. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. 4. ed.Tradução de Mariza Corrêa. Campinas, SP: Papyrus, 2003.

Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. Tradução de Regina A. Machado. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

Brasil. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*, lei n.º 9.394, 1996.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil – 1988*.

Brasil. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Projeto promoção da Saúde, Brasília:Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. 1. ed. Brasília:Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

Bruschini C. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? In: Rocha MIB (org.). *Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios*. Campinas: ABEP, NEPO/UNICAMP e CEDEPLAR/UFMG/São Paulo:Editora 34, 2000.

Burns EM. *História da Civilização Ocidental*. Tradução Lourival Gomes Machado, Lourdes Santos Machado e Leonel Vallandro. 2 ed. Porto Alegre: Editora Globo, 1971.

Castel R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

Castel R. *A insegurança social: o que é ser protegido?* Tradução de Lúcia M. Endlich Orth. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

Campos GWS. *Reforma da Reforma*. Repensando a Saúde. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

Campos GWS et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

Campos GWS. Reforma da Secretaria do Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, vol.40 (1), jan/fev.2006.

Campos GWS, Guerrero AVP (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

Canesqui AM. *Ciências e saúde no Brasil*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

Cecílio LCO, Mehry EE, Campos GWS. *Inventando a mudança na saúde*. 3. ed. São Paulo: Aderaldo & Rotschild, 2006.

Cohn A, Marsiglia RG. Processo e organização do trabalho. In: *Isto é trabalho de gente?* Buschinelli JT, Rocha LE, Rigotto RM. São Paulo: Vozes, 1994.

Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo:Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

COREN/SP. *Documentos Básicos de Enfermagem*. 1 ed. Escrituras Editora e Distribuidora de Livros, 2001.

Dedecca CS, Proni MW, Moretto A. O trabalho no setor de atenção à saúde. In: *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas, SP: UNICAMP. IE,2001.

Dejours C. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Tradução de Maria Irene Stocco Betiol et al. São Paulo:Atlas, 1994.

Dejours C, Sznelwar, L., Mascia, F.L. *A avaliação do trabalho submetida à prova do real*. Revisão técnica científica: Laerte Idal Sznelwar. São Paulo:Blucher, 2008.

Dejours C, Bègue, F. *Suicídio e Trabalho: o que fazer*. Tradução de Franck Soudant. Brasília:Paralelo 15, 2010.

Denzin NK, Lincoln YS. *O planejamento de pesquisa qualitativa: teoria e abordagens*. Ed. Artmed. Porto Alegre, 2006.

Draibe S. Repensando a política social: dos anos 80 aos 90. In: SOLA, L.; PAULANI, L.M.,(org.). *Lições da década de 80*. São Paulo:USP, 1995.

Dubar C. *A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais*. Tradução de Annette Pierrette R. Botelho e Estela Pinto Ribeiro Lamas. Porto Codex: Porto Editora, Portugal, 1997.

Dubar C. *A crise das identidades. A interpretação de uma mutação*. Tradução Catarina Matos. Porto: Edições Afrontamento, Portugal, 2006.

Scorel, S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, vol 21 (2), 2007.

Fagnani E. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. In: *Economia e Sociedade*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia, n.8, jun.1997.

Foucault M. *Microfísica do poder*. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1995

Freidson E. *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política*. Tradução de Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998. (Clássicos; 12).

Freitas ME, Heloani J.R, Barreto M. *Assédio Moral no Trabalho*. São Paulo:Cengage Learning. Coleção Debates em Administração, 2008.

Germano RM. Percurso revisitado: o ensino de enfermagem no Brasil. In: *Proposições*. Revista Quadrimestral da Faculdade de Educação de Campinas, 14v., n. 1 (40), jan./abr. 2003.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Revista Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro vol.22 (6), jun.2006.

Göttems LBD. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. In: *Revista Latino Americana de Enfermagem*, n. 15(5), 2007. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br) e <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em [mai.2008](#).

Haguette TMF. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

Holanda SB. *Raízes do Brasil*. 26 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

Iliffe R. Technicians. In: *Notes Records of Royal Society*. Sussex, Inglaterra. n. 62, 2008.

Japiassu H. *As paixões da ciência: estudos de história da ciência*. São Paulo: Editora Letras & Letras, 1991.

Japiassu H. *Nem tudo é relativo: A Questão da Verdade*. São Paulo: Editora Letras & Letras, 2000.

Kergoat D et al. *Les Infirmieres et leur Coordination 1988 – 1989*. Paris: Editions Lamarre, 1992.

Kergoat J, Boutet J, Jacot H, Linhart D. *Le monde du travail*. Paris: La Découverte, 1998.

Kuhn TS. *A estrutura das revoluções científicas*. Tradução Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 2007.

Kurcgant Paulina (org.) et al. *Administração em Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1995.

L'Abbatte S. Intervenção e Pesquisa Qualitativa em Análise Institucional. In: Barros N, Ceccati JG, Turato ER. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: múltiplos olhares*. Campinas, FCM/UNICAMP, 2005.

Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 17, vol. 1, jan-fev, 2001.

Mehry EE. *O Capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. 2 ed. Campinas: Papyrus, 1987.

Mehry EE, Queiroz MS. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. In: *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9 (2), p. 177-184, abr/jun. 1993.

Mehry EE et al. *O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo, Editora Hucitec, 2003.

Mello CMM . *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

Minayo MCS (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25 ed. revista e ampliada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

Moscovici, F. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*. 5. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

Negri B, Faria R, Viana AL. (org.). *Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. Campinas, SP: Unicamp. IE, 2002.

Nunes ED. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. Campos GWS et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

Oliveira GN, Furlan PG. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. Campos GWS, Guerrero AVP (org.). São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

Pires D. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Seguridade Social – CUT: Annablume, 1998.

Pires D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.53 (2), abr/jun.2000.

Prefeitura Municipal de Americana, SP, Brasil. *Informativo Sócio-Econômico n. 25*, 2009.

Rosanvallon P. *A nova questão social: repensando o Estado Providência*. Tradução de Sérgio Bath. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

Santos, M. *A natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e Emoção*. São Paulo: Edusp, 2002.

Schraiber LB, Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol.14 (4), julho/agosto 2009.

Scliar M. *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac,2002.

Sennett R. *A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Tradução de Marcos Santarrita. Rio de Janeiro, 2000.

Sennett R. *O Artífice*. Tradução de Clóvis Marques. 2. ed. Rio de Janeiro:Record, 2009

Shapin S. Le Technicien Invisible. In: *La Recherche*. Paris: CNRS, vol.22, 1991.

Spagnol CA. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol 10 (1), 2005.

Sousa Santos B. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 10ª edição. São Paulo: Cortez, 2005.

Teixeira MO. O trabalho e a pesquisa em saúde: notas sobre a invisibilidade do trabalho técnico. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol.9(3), 2004.

Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. Campos GWS et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

Villela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 14 (4), julho/agosto 2009.

Weber M, Gerth HH, Wright Mills C (org.). *Ensaio de Sociologia*. Tradução de Waltensir Dutra. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.

Weber M. Ação social e relação social. In: Foracchi MM, Martins JS. *Sociologia e sociedade: leituras de introdução à Sociologia*. Rio de Janeiro: livros Técnicos e Científicos, 1977.

Zimmerman D. et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

## **10 - ANEXOS**

## ANEXO I – Parecer Comitê de Ética



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

CEP, 15/12/09.  
(Grupo III)

**PARECER CEP:** Nº 1163/2009 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)  
**CAAE:** 0896.0.146.000-09

### I - IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO:** “A (IN)VISIBILIDADE DO TRABALHO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DE AMERICANA-SP”.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Odilamar Lopes Mioto

**INSTITUIÇÃO:** Prefeitura Municipal de Americana – Secretaria de Saúde

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 06/12/2009

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 15/12/10 (O formulário encontra-se no *site* acima)

### II - OBJETIVOS

Analisar o trabalho dos Técnicos de Enfermagem da Atenção Básica na cidade de Americana-SP.

### III - SUMÁRIO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Valendo-se da metodologia de observação participante o pesquisador almeja uma coparticipação sistemática no cotidiano das Unidades de Saúde. Os registros desta participação, em diário de campo, comporão as informações para posterior análise.

### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Projeto bem elaborado, exequível, respeitando os aspectos éticos envolvidos no tipo de estudo, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apropriado ao estudo.

### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

---

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP  
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126  
Caixa Postal 6111  
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936  
FAX (019) 3521-7187  
cep@fcm.unicamp.br



## VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 15 de dezembro de 2009.

  
**Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo**  
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

## **ANEXO II – Roteiro/Diário de Campo (Instrumento Auxiliar da Pesquisa)**

Entrevista n. \_\_\_\_\_.

Local (Instituição/UBS): \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Entrevistador: \_\_\_\_\_

### **A) Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado:**

1- Nome Completo: \_\_\_\_\_

2- Endereço para contato: \_\_\_\_\_

3- Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos Sexo: \_\_\_\_\_

4- Profissão: \_\_\_\_\_ Data de admissão: \_\_\_\_\_

5- Tempo de casa nesta UBS/Instituição: \_\_\_\_\_

### **Roteiro de Questões para os Técnicos de Enfermagem**

1. Porque escolheu o curso de enfermagem?
2. O que a (o) motivou a trabalhar no serviço público municipal?
3. No dia a dia do seu trabalho o que mais você se identifica e o que lhe causa constrangimento?
4. Você executa o trabalho prescrito de Técnico de Enfermagem?
5. Aqui na UBS, qual a importância do seu trabalho?
6. Como é trabalhar em equipe?
7. Como você vê as ações do COREN em relação ao Técnico de Enfermagem?

### **Roteiro de Questões para os Enfermeiros**

1. Aqui na UBS, como você avalia a importância do trabalho da enfermagem?
2. Como se dá a divisão de trabalho na enfermagem no dia a dia?

3. Como é trabalhar em equipe?
4. Como você avalia o papel do COREN no exercício profissional?

### **Roteiro de Questões para os Médicos**

1. Existe na Unidade a prática do trabalho em equipe? Como isto se dá, em sua opinião?
2. Como é o seu trabalho com a enfermagem? E com o Técnico de Enfermagem, especificamente?

### **Roteiro de Questões para o COREN-SP**

1. Qual a sua visão sobre a atuação do COREN nos dias atuais?
2. Em relação aos Técnicos de Enfermagem, quais as perspectivas profissionais?

#### **B) Dados da observação do entrevistador:**

Apresentação pessoal do entrevistado, comportamento, expressões, gesticulações, risos, iniciativas, e disposição/aceitação da entrevista/pesquisador.

### **ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação de Sujeitos em Pesquisa**

**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas (FCM)  
Departamento de Medicina preventiva e Social

**Pesquisa:** “Os olhares dos profissionais da saúde sobre o trabalho do Técnicos de Enfermagem da Atenção Básica na cidade de Americana-SP”.

**Pesquisador responsável:** Odilamar Lopes Mito - Fone: (19)34073916

**Orientadora:** Prof. Dra. Aparecida Mari Iguti

**Contato:** Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp – Fone: (19) 3521-8936

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está convidado (a) a participar voluntariamente da pesquisa acima referida realizada em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) previamente escolhidas e tem por objetivo caracterizar o perfil; conhecer o processo de trabalho desenvolvido, bem vadas para maior fidedignidade dos registros, sigilosos, de acesso apenas ao pesquisador com uma codificação que substituirá o nome por identificação referente às diferentes procomo a identificação social e profissional dos técnicos de enfermagem nos diferentes espaços de trabalho. Serão realizadas entrevistas com os Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos realizados no local de trabalho ou em qualquer outro local escolhido pelos envolvidos para minimizar possíveis constrangimentos para si e/ou para o serviço em questão. Durante as entrevistas você será convidado(a) a falar sobre assuntos delimitados pelo entrevistador para que os objetivos deste estudo sejam alcançados. Serão grafissões em questão. Os dados da pesquisa podem vir a ser publicados e divulgados, mas será garantido o sigilo e a confidencialidade dos envolvidos minimizando o risco de dano à integridade física e moral dos entrevistados. É garantido ao entrevistado o direito de questionar, se recusar a participar antes e durante o transcorrer da entrevista e até mesmo a desistir da mesma em qualquer momento. Faz-se necessário esclarecer que poderá não haver benefícios diretos e/ou imediatos aos entrevistados, pois esta pesquisa pretende obter resultados que possibilitem construir novas relações e valorização destes profissionais inseridos em um coletivo produtor de ações em saúde.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar deste projeto de pesquisa para o qual fui convidado.

Americana, \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

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

## Anexo IV - Atribuições legais da profissão enfermagem

Conforme a Lei 7498, de 25 de junho de 1986, conhecida como a Lei do Exercício Profissional, esta define as atribuições das categorias componentes da profissão:

### Atribuições legais da profissão Enfermagem

<b>Atribuições legais da Enfermagem – Lei 7498/86</b>		
<b>Compete ao Enfermeiro:</b>	<b>Compete aos Técnicos de Enfermagem:</b>	<b>Compete aos Auxiliares de Enfermagem:</b>
<p>I – privativamente:</p> <p>a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço da unidade de Enfermagem;</p> <p>b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;</p> <p>c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;</p> <p>d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;</p> <p>f) consulta de Enfermagem;</p> <p>g) prescrição da assistência de Enfermagem;</p> <p>h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões;</p> <p>II – como integrante da equipe de saúde:</p> <p>a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação</p>	<p>I - assistir ao Enfermeiro:</p> <p>a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;</p> <p>b) participar da programação da assistência de Enfermagem;</p> <p>c) executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei</p> <p>d) participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;</p> <p>e) participar da equipe de saúde.</p>	<p>Exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento cabendo-lhe especialmente:</p> <p>a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;</p> <p>b) executar ações de tratamento simples;</p> <p>c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;</p> <p>d) participar da equipe de saúde.</p>

<p>de saúde;</p> <p>b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;</p> <p>c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;</p> <p>d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;</p> <p>e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;</p> <p>f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem;</p> <p>g) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;</p> <p>h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;</p> <p>j) execução do parto sem distocia;</p> <p>m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;</p>		
--	--	--

Fonte: Documentos Básicos de Enfermagem, p.38-40, 2001.