

O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DA CRIANÇA

Anna Luisa Finkler*
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso**
Cláudia Silveira Viera***
Phalcha Luízar Obregon****
Rosa Maria Rodrigues*****

RESUMO

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o cuidado realizado pela equipe de trabalhadores deve responder às necessidades de saúde dos diversos grupos sociais. Objetivou-se apreender o processo de trabalho de equipes da atenção primária vinculadas a unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia saúde da família. Estudo descritivo de abordagem qualitativa, cujos dados foram obtidos em duas unidades de APS por meio da técnica de observação não participante, no período de dois meses, um em cada unidade de saúde, com registro das observações em diário de campo. Os dados foram analisados de acordo com os preceitos da análise temática. Os resultados foram discutidos em duas unidades temáticas: o trabalho em equipe na APS e enfoque do trabalho predominante na APS, as quais indicam a existência de um trabalho fragmentado e centrado nos profissionais em ambos os modelos assistenciais. Os problemas na organização do processo de trabalho em saúde tendem a dificultar o cuidado à saúde da criança na APS, com impactos negativos na resolatividade.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Recursos humanos. Criança. Atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

Os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) proporcionam aos usuários o primeiro contato com o sistema de saúde e são responsáveis pela ordenação do cuidado dos indivíduos e da comunidade. Nesse âmbito de atenção, propõe-se a equidade de recursos e a integralidade no cuidado, por meio de um conceito amplo de saúde, norteado por princípios e atributos, buscando a integração na perspectiva de atendimento das necessidades de saúde da população⁽¹⁾. Dentre as necessidades de saúde a ser atendidas por meio do cuidado na APS, destacam-se aquelas relacionadas à saúde das crianças, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças e agravos, por meio do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização e vigilância nutricional.

Para desempenho ideal e efetivo dessas

ações, faz-se imprescindível a estruturação de equipes de saúde com recursos humanos suficientes para exercício de um cuidado desenvolvido por meio de tecnologias leves e leveduras, permeado por escuta, acolhimento e responsabilização⁽²⁾.

No núcleo tecnológico do processo de trabalho, coexistem os processos estruturados conduzidos pelo trabalho morto e os processos em estruturação conduzidos pelo trabalho vivo em ato. É nesse núcleo que será definida a hegemonia dos processos produtivos: entre as tecnologias estruturadas pelos maquinários que atuam sob a lógica de mercado ou por outro lado, as tecnologias relacionais, que atuam por outras lógicas, em torno das necessidades humanas, a partir da produção da saúde voltada à ação cuidadora⁽³⁾.

Assim, quando o processo de trabalho é conduzido pelo trabalho vivo, faz com que os trabalhadores tenham mais liberdade e criatividade, aproximação maior com os

* Enfermeira. Mestre em Biociências e Saúde. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, Paraná, Brasil. E-mail: annalufinkler@yahoo.com.br

** Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Mestrado Biociências e Saúde da UNIOESTE, Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: lb.toso@gmail.com

*** Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Mestrado Biociências e Saúde da UNIOESTE, Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: clausviera@gmail.com

**** Médica. Doutora em Saúde Pública. Professora do Colegiado do Curso de Medicina da UNIOESTE, Campus de Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: phalcha@terra.com.br

***** Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Mestrado Biociências e Saúde da UNIOESTE, Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: rmdrodi09@gmail.com

usuários, interação e inserção desse usuário no processo de produção de sua própria saúde, tornando-o um protagonista de seu processo saúde-doença. Já quando conduzido pelo trabalho morto, o processo de trabalho é comandado pelos instrumentos, limitando o agir do trabalhador à programação da máquina ou de formulários, com os usuários, havendo pouca ou nenhuma interação, apenas uma produção de procedimentos⁽⁴⁾.

Esse processo de trabalho que visa à produção do cuidado tem como protagonistas sujeitos individuais e coletivos, que possuem intenções, objetivos e interesses distintos, configurando o que se denomina de uma micropolítica do processo de trabalho⁽³⁾. Tais sujeitos agem de acordo com diversos interesses, corporações, diretrizes e dispositivos. Comportamentos que o trabalhador adota no seu cotidiano e que desencadeia conflitos no processo de trabalho por falta de articulação entre os sujeitos, gerando tensões no processo de trabalho, bem como na formação do modelo de assistência à saúde⁽⁵⁾.

Um modelo assistencial, pautado em interesses próprios e desarticulado entre sujeitos pode configurar-se em um trabalho em saúde fragmentado, em que o usuário necessita passar por uma série de atos diagnósticos e terapêuticos em busca de resolução para seus problemas de saúde. Dessa forma, a saúde não é um setor que atua com uma lógica de substituição de tecnologias e sim, de acúmulo de novas tecnologias e de uma diversidade de oferta de serviços, conferindo um sentido de fragmentaridade da prestação e do consumo dos serviços de saúde⁽⁶⁾.

Quando mudanças de produção no cuidado são estabelecidas, diretrizes como acolhimento, vínculo com responsabilização e autonomia do usuário, como indicadores de eficácia do cuidado que é produzido, podem ser verificadas e avaliadas⁽³⁾, principalmente no âmbito da APS, que se configura como o centro ordenador do sistema de atenção em saúde em um sistema de saúde universal, amplo e igualitário, que se aproxima dos indivíduos e da coletividade buscando deliberar seus problemas de saúde por meio de autonomia e protagonismo dos usuários e profissionais envolvidos, proporcionando, dessa forma, alta capacidade resolutiva⁽⁷⁾.

Uma capacidade que atingiria 80% de resolutividade da demanda dos serviços de saúde, se a APS fosse concretizada por uma estrutura interligada em redes de prestação de serviços em saúde de forma qualificada e baseada em princípios como o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade (cuidados prestados pela equipe de saúde de forma mútua com os usuários e famílias ao longo do tempo), a integralidade (serviços disponíveis que atendam a população nos seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais dentro da rede de serviços), a coordenação da atenção (garantia da continuidade da atenção), a focalização na família (família como centro de atenção em saúde) e a orientação comunitária (reconhecimento das necessidades em um contexto socioeconômico e cultural na perspectiva da saúde coletiva)⁽⁸⁾.

No que se refere ao trabalho em saúde na APS, desenvolvido majoritariamente por meio da ESF, o que se espera é que seja operado por uma equipe multiprofissional que acolha os indivíduos em suas necessidades de saúde. Sendo valorizada a relação profissional-usuário por meio do trabalho vivo em ato, com maior autonomia dos indivíduos na realização das tarefas e compreensão ampliada do processo saúde-doença permitindo uma assistência integral e articulada com os serviços de saúde da rede⁽⁷⁾.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo apreender o processo de trabalho de equipes da atenção primária vinculadas às unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia saúde da família.

METODOLOGIA

O estudo integra uma pesquisa multicêntrica de avaliação dos serviços da APS no cuidado à saúde da criança, incluindo a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), a Universidade Estadual de Londrina (UEL) e a Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A investigação foi aprovada pelo Edital Universal CNPq, processo 474743/2011-0. Este artigo apresenta os dados referentes a uma das etapas da pesquisa. É um estudo de natureza qualitativa, desenvolvido por meio de abordagem descritiva e avaliativa. Para dar sustentação à interpretação dos dados, o referencial teórico-metodológico do

processo de trabalho pautou-se no materialismo histórico dialético o qual norteou a análise.

Para obtenção dos dados foi utilizada a técnica da observação não participante em dois serviços da APS, uma UBS tradicional e uma ESF, localizadas na área urbana, de um dos municípios do estudo, Cascavel, no Paraná. Os sujeitos do estudo foram os profissionais das duas unidades e o período de coleta foi de maio a julho de 2013, diariamente, de segunda a sexta-feira, no horário de funcionamento das unidades de saúde.

O diário de campo foi o instrumento utilizado para o registro das observações que foram conduzidas por um roteiro contemplando as atividades desenvolvidas pelas equipes em relação à saúde da criança, a intencionalidade das ações, o objeto e os instrumentos de trabalho utilizados pela equipe. As anotações citadas nesse estudo foram identificadas com a sigla Obs., seguida do número correspondente ao dia observado e à sigla UBS para a unidade tradicional e USF para saúde da família.

As informações provenientes da observação foram tratadas por meio do método de Análise Temática⁽⁹⁾, guiada pelas etapas de pré-análise (leituras repetidas e agrupamento de dados numa primeira categorização), exploração do material (identificação das estruturas de relevância textuais), tratamento dos resultados obtidos (reagrupamento, leituras transversais e horizontais e identificação dos núcleos de sentido) e interpretação (construção das categorias temáticas de apresentação dos dados com sua respectiva análise), em que emergiram duas categorias: “o trabalho em equipe na atenção primária à saúde” e “ênfase do trabalho predominante na atenção primária à saúde”.

Os aspectos éticos de acordo com as normativas vigentes foram observados e o projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob parecer nº 044/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização das UBS e ESF se diferenciou, sendo que na ESF havia somente médico generalista, enquanto nas UBS havia também o pediatra. O número de enfermeiros se manteve constante em ambos os modelos, com

no mínimo um enfermeiro por unidade. A UBS tradicional oferecia atendimento médico nas especialidades de clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Os serviços de enfermagem incluíam puericultura, atendimento ginecológico e consultas de enfermagem. Além disso, eram ofertados serviços de odontologia geral e serviço social. A ESF oferecia consultas com médicos generalistas, serviços de enfermagem, visitas domiciliares da equipe de saúde, serviços de odontologia, serviço social, atividades de educação em saúde com grupos exclusivos (Hiperdia e Planejamento Familiar), além dos demais procedimentos ofertados regularmente numa unidade de APS (imunizações, curativos, nebulização, coleta de exame citopatológico do colo uterino e pequenas cirurgias).

As unidades contavam quantitativamente com equipe mínima de trabalho, de forma semelhante para os dois modelos de atenção, com a presença de profissionais da medicina, enfermagem, odontologia e serviço social, tal como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica⁽⁷⁾.

O TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O trabalho em ambas as unidades revelou-se dividido e parcelado conforme as categorias profissionais. Cada profissional desenvolve seu trabalho em um espaço físico específico, geralmente sem compartilhar ou complementar o cuidado em saúde com os demais integrantes da equipe.

Destacam-se determinadas características do trabalho realizado na unidade da ESF:

As agentes comunitárias de saúde (ACS), quando estão na unidade, permanecem em uma sala fechada, não demonstrando interação com a equipe (Obs. 3 USF).

Um dos médicos quando não está atendendo fica fechado no consultório e atende a qualquer momento se chegar emergência (Obs. 3 USF).

As técnicas de enfermagem possuem uma escala diária de atividades, com revezamento a cada quinze dias, e são divididas por dupla (A e B) e local de trabalho (um e dois) (Obs. 13 ESF).

Na clínica de odontologia os atendimentos da tarde haviam acabado e as odontólogas, técnicas e

auxiliares de saúde bucal estavam em uma sala, conversando. Em nenhum momento das observações percebi interação da equipe da ESF com a equipe da clínica odontológica, aparentando que são equipes distintas (Obs. 12 USF).

O enfermeiro encontrava-se na pré-consulta verificando pressão arterial, peso, temperatura e havia mães com crianças aguardando pela puericultura do enfermeiro, que por falta de funcionários, realizava a pré-consulta, juntamente com uma agente comunitária de saúde, que anotava as informações no relatório e no prontuário, bem como ia pesar os bebês na sala do enfermeiro, porque não há balança pediátrica na sala de pré-consulta. A prioridade do enfermeiro, nesse momento, era a pré consulta, porque sem essa o médico não poderia consultar o paciente, havia necessidade de preparar o paciente para consulta médica, enquanto o restante das atividades estava aguardando. Percebi que muitas vezes não é possível planejar a assistência nos níveis recomendados pela ESF, que no cotidiano, a equipe atende a demanda espontânea que ali chega todos os dias, fazendo com que cada um realize seu trabalho isoladamente (Obs. 10 USF).

O trabalho dividido e fragmentado também foi visualizado na UBS tradicional:

As técnicas de enfermagem revezavam-se nas salas de vacinas, pré-consulta e curativos (Obs. 4 UBS).

No momento da puericultura, a enfermeira avaliava a criança e, se achasse necessário, agendava uma consulta com o pediatra para outro dia (Obs. 7 UBS).

Nesse dia de observação o setor de dispensação de medicamentos estava fechado, pois o servidor responsável estava de atestado médico (Obs. 9 UBS).

O processo de trabalho ocorre de forma individual e fragmentada, dividido por setores, salas e funções, a exemplo da dispensação de medicamentos, fechada e sem prestação do serviço na ausência da pessoa responsável. Cada profissional realiza o atendimento a criança por procedimento seguindo normas e rotinas pré-estabelecidas, consideradas tecnologias duras. Os saberes dos sujeitos trabalhadores e usuários dificilmente são discutidos e considerados nos cuidados em saúde e os achados e problemas são pouco compartilhados pela equipe, o que leva a fragmentação de ações e a não resolução dos problemas de saúde da criança⁽³⁾.

Na APS e principalmente na ESF, o trabalho em equipe tem como norte ser desenvolvido de forma integral, dada a concepção teórica que o orienta. A interdisciplinaridade é uma de suas características imprescindíveis. No entanto, a integração das práticas de saúde com as de outros setores, ainda é um desafio. Para tornar o trabalho interdisciplinar efetivo, as relações entre os profissionais de saúde necessitam de maior compreensão acerca da formação de vínculos afetivos, convivência e diálogo. Trata-se de um aprendizado progressivo, que vai sendo incorporado ao trabalho da equipe multiprofissional e pode provocar mudanças no referencial teórico-prático que orienta as ações de cada profissional⁽¹⁰⁾.

Para proporcionar um espaço de trabalho que propicie melhores condições de atuação, em que trabalhadores e usuários protagonizem esse espaço com momentos de troca de saberes e conhecimentos e transformem-no em relações saudáveis e resolutivas, faz-se necessário o estabelecimento de alianças duradouras entre a gestão, os trabalhadores e os usuários, somados a investimentos prioritários em melhorias e adequações na infraestrutura das unidades, além de contratação de trabalhadores e educação permanente⁽²⁾.

Corroborando os aspectos mencionados, estudo que avaliou a percepção dos usuários sobre a qualidade do atendimento nas unidades de saúde da família do município de Recife, mostrou que a satisfação superior a 90% foi nas questões relacionadas ao respeito ao direito e à confidencialidade das informações, às habilidades dos profissionais de saúde e à assistência clínica oferecida ao usuário⁽¹¹⁾.

Outro aspecto do trabalho das equipes foi relacionado ao número de profissionais:

Mudanças ocasionadas pelo fechamento das UBS no período vespertino diminuíram o número de profissionais. Os que ainda estão na unidade não sabem se permanecerão ou se serão transferidos (Obs. 4 UBS).

Com a falta de funcionários, o enfermeiro e uma ACS realizavam a pré-consulta, enquanto as mães e as crianças aguardavam as consultas de puericultura. A unidade estava tumultuada, muitas pessoas aguardavam para retirar medicamentos, imunização, consultas, inalação e havia poucos funcionários para realizar todas as atividades (Obs. 10 USF).

As ACS auxiliavam a todo o momento na recepção e nos encaminhamentos para as especialidades (Obs. 11 UBS).

O funcionamento das unidades de saúde com número reduzido de trabalhadores, seguindo-se o mínimo preconizado pela legislação em saúde, interfere diretamente na execução dos cuidados e resolução das necessidades de saúde da criança, uma vez que esse cuidado prestado visa sanar queixas momentâneas e não promove a prevenção do adoecimento e a promoção da saúde no contexto biopsicossocial da criança. A exemplo do enfermeiro, que embora estivesse presente em todas as unidades, era um único profissional, com carga horária de seis horas diárias, o que não corresponde ao suficiente para atender as necessidades de saúde de uma dada população, visto que está presente em apenas um turno de funcionamento da unidade.

Mesmo com a existência de políticas e incentivos com intuito de qualificar as questões referentes aos recursos humanos em saúde, como a atuação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a Política Nacional de Humanização (PNH)⁽¹²⁾, não foram percebidas mudanças substantivas na forma de organizar e gerir o trabalho em saúde na APS.

A própria ESF, instituída para reorganizar o modelo de atenção e os processos de trabalho em saúde, manteve-se, como observado, uma unidade com funcionamento igual as UBS tradicionais e apresentando situações mais problemáticas no processo de trabalho se comparado à unidade de saúde tradicional, pois a proposta do trabalho em equipe, que está no cerne da construção ideológica da política de atenção em saúde da família, não foi evidenciada na USF desse estudo.

O cotidiano do trabalho refletiu diretamente na reação dos trabalhadores:

“A enfermeira comentou que não via a hora de sair de férias (referindo-se ao primeiro ano de férias como servidora na Prefeitura) para estudar para um concurso para um cargo em que não havia relação alguma com a área da saúde” (Obs. 10 USF).

Em outro momento: “escutam-se frequentemente reclamações de descaso, vontade de se aposentar ou se transferir, de não ser mais profissional de saúde” (Obs. 13 USF).

Na unidade da ESF se observou sinais de desmotivação, estresse e insatisfação dos

trabalhadores em decorrência de problemas de infraestrutura e falta de apoio, de equipes formadas, de território delimitado. A demanda é maior que a preconizada, pois cerca de oito mil pessoas são atendidas por equipe, quando a ESF preconiza até 4.000 pessoas.

ENFOQUE DO TRABALHO PREDOMINANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O trabalho vivo pode ser definido como aquele que está sendo realizado no momento observado; no caso da saúde, é denominado trabalho em ato. O trabalho morto está contido em etapas anteriores de um determinado processo de trabalho e pode ser exemplificado por normas, procedimentos e equipamentos⁽²⁾. O encontro entre aquele que cuida e o que é cuidado exemplifica o trabalho vivo em ato, que pode ser relacional, de escuta atenta, resolutive e acolhedor ou, ao contrário, centrado em procedimentos padronizados, como anamnese, exame físico, prescrição da terapêutica com orientação diretiva, sem vínculo ou relacionamento comunicativo com o outro⁽¹³⁾.

Houve predominância do trabalho morto sobre o trabalho vivo, principalmente na unidade de ESF, evidenciado a seguir:

O atendimento do enfermeiro em puericultura realizado pelo enfermeiro de uma das áreas da unidade da ESF teve início com a verificação de peso, altura, perímetros. Conforme verificava, parava o procedimento e anotava na carteira da criança e no prontuário (Obs. 2 USF).

A consulta médica iniciava-se com as queixas, em seguida o exame físico no sentido cefalocaudal, com ênfase no local da queixa e, por fim, prescrição medicamentosa para os sintomas relatados (Obs. 6 USF).

As vacinas foram administradas de forma rápida, mecânica e repetitiva, para não aumentar a fila do saguão (Obs. 5 USF).

O momento caracterizou-se por: pergunta – resposta – anotações, sem abertura de espaço para sanar dúvidas. A mãe da criança aparentava não compreender o motivo da consulta, aquilo não fazia sentido (Obs. 2 USF).

Embora houvesse predominância do trabalho morto, foi possível perceber, em alguns atendimentos, formas de abordagem e conduta

dos profissionais diferenciadas daquela prática, com atos que lembram tentativas de estabelecer um processo de trabalho diferenciado dos demais, mostrando a dinâmica dos microprocessos.

Na consulta, um dos médicos da ESF pediu à mãe que lhe mostrasse como ela estava amamentando seu filho e nessa hora, passou a orientá-la (Obs. 7 USF).

Em algumas crianças atendidas percebeu-se que havia vínculo estabelecido entre a mãe, a criança e o pediatra, pois este conhecia o paciente pelo nome e a mãe descrevia os problemas da criança demonstrando confiança no profissional (Obs. 5 UBS).

Muitas crianças atendidas na sala de vacina, na puericultura e no consultório médico são conhecidas pela equipe. Mesmo crianças de outros bairros são acolhidas, encaminhadas e retornam se necessário (Obs. 6 UBS).

Foi possível visualizar a existência de vínculo entre o trabalhador-usuário, mesmo com a questão geográfica imposta às mães na procura dos serviços nesta unidade, pois não eram da área adstrita. Esse fato não impediu o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e o cuidado em saúde para as crianças e seus cuidadores, em práticas identificadas como voltadas para o cuidado porque proporcionam espaços de atenção, diálogo, intervenção e vínculo⁽¹⁴⁾.

Destarte, o trabalho morto sobressaindo sobre o trabalho vivo foi demonstrado pelo cumprimento de rotinas meramente burocráticas:

Os enfermeiros não conseguiam auxiliar nos procedimentos, pois estavam em suas salas abarrotados de papéis para preenchimento dos relatórios que devem ser realizados todo final de mês contabilizando o número de atendimentos e de procedimentos realizados pela equipe (Obs. 5 USF).

Cada membro permanece na sua sala exercendo suas atividades e preenchendo seus papéis (Obs. 8 USF).

O processo de trabalho da equipe concentrou-se, na maioria das vezes, em preenchimentos de registros e relatórios, sobressaindo-se ao cuidado humanizado e atento à criança. Dessa forma, o valor das informações geradas pela equipe nem sempre é incorporado na sua prática de trabalho

e sim, à quantificação da produtividade do serviço.

Verificou-se que o cuidado em saúde realizado pelos trabalhadores concentrava-se em perguntas-respostas, queixa-conduta, realização de procedimentos e protocolos pré-estabelecidos, características do trabalho morto, em que se utilizam em primeira mão tecnologias duras ou leve-duras nas práticas de saúde à criança na APS⁽²⁾.

Em um estudo na APS também revelaram fragmentação do processo de trabalho, em que as respostas às necessidades dos usuários limitam-se à execução de procedimentos e os afazeres são tomados como objeto de trabalho⁽¹⁵⁾. As ações são fragmentadas e a criança é dividida em partes, na contramão da proposta da integralidade no contexto da infância, que propõe que ela seja entendida como sujeito inserido em um ambiente social e familiar, em constante interação com o meio⁽¹⁶⁾.

A integralidade é essencial na assistência à saúde da criança, pois envolve o cuidado em saúde articulado com a equipe, a família e a comunidade, porém sua aplicação resolutiva continua sendo um desafio. Estudo com profissionais da equipe de saúde, membros da família e pessoas da comunidade constatou que a prática do cuidado enfrenta fatores limitadores de ordem política, gerencial, institucional e estrutural, como insuficiência de recursos, inadequação na estrutura física das unidades de saúde e ausência do encontro entre profissionais da equipe de saúde. As mães passam por situações difíceis ao verem seus filhos submetidos a serviços pouco resolutivos e descomprometidos com a vida, expondo as crianças a uma atenção fragmentada, desqualificada e injusta⁽¹⁷⁾.

O momento de atendimento da criança e sua mãe na unidade de saúde, seja para imunização, consulta de enfermagem ou consulta médica, deveria ser um encontro acolhedor, com estabelecimento de vínculo e laços de confiança e segurança. Quando a finalidade do trabalho em saúde não está voltada para responder às necessidades dos usuários, as ações de saúde dissipam-se no momento de atendimento, não obtendo continuidade do cuidado, tanto para o trabalhador quanto para o usuário no seguimento no domicílio e na comunidade⁽¹⁸⁾.

O vínculo estabelecido proporciona retorno na unidade em busca do profissional de referência que lhe acolheu, e é nesses encontros seguidos que se pode edificar o caminho de um cuidado em saúde resolutivo e eficiente para a criança crescer e se desenvolver de forma saudável. A inversão das tecnologias de cuidado, buscando inserir nos projetos terapêuticos ações que empoderam o usuário por meio do conhecimento, elevam a autoestima e incorporam a vivência dos usuários no processo terapêutico, ainda, possibilitam um trabalhar a saúde mais relacional que instrumental, centrado nas necessidades dos usuários e tendo-os como protagonistas de seu cuidado em saúde⁽¹⁹⁾.

Mesmo diante de inúmeras dificuldades vivenciadas no trabalho cotidiano das equipes, foram identificadas iniciativas que permitem aos trabalhadores o exercício de um cuidado humanizado e resolutivo ao usuário. Estudo sobre a humanização no processo de trabalho das equipes de saúde da família mostrou que, apesar das fragilidades de infraestrutura e pouco investimento em formação das equipes, houve comprometimento dos profissionais com o trabalho que desenvolviam e alta sensibilidade diante das necessidades e problemas da população⁽²⁰⁾.

Por mais que haja dificuldades quanto à disponibilidade de recursos, na preparação da relação serviço-usuário e trabalhador-usuário, os aspectos ligados ao relacionamento humano acolhedor devem ser considerados, uma vez que é no trabalho vivo em ato, nessa intercessão, que se configura a qualidade do atendimento⁽²¹⁾.

Enquanto o cuidado à saúde da criança estiver dividido e engessado a procedimentos, queixa-conduta e medicalização, os microespaços de trabalho estarão cada vez mais saturados e oprimidos, com problemas institucionais, políticos e estruturais. O espaço das tecnologias leves é aquele no qual os profissionais de saúde, estão mais imediatamente colocados frente ao outro na relação terapêutica. Assim, dependendo do modo como organiza-se este espaço de prática, tem-se maiores ou menores chances de que, através do fluir de uma sabedoria prática por entre o mais amplo espectro de saberes e materiais tecnocientíficos disponíveis, a presença desse outro seja mais efetiva e criativa⁽¹³⁾.

Aspectos quantitativos de produção em saúde prevalecem sobre a qualidade e a atenção que requer o cuidado. É preciso que os dados

registrados, enviados à gestão e arquivados ganhem vida e dimensão para que, a partir deles, sejam planejadas políticas de melhorias na estrutura e na atenção em saúde da população na APS⁽²⁾.

Estudo sobre o processo de trabalho do enfermeiro em uma unidade da ESF constatou que a dimensão gerencial ocupava 33% do tempo dos enfermeiros, mais 9,5% era utilizado para alimentar o sistema de informação e 1,5% para emitir relatórios, ou seja, quase metade de seu tempo ocupado com tecnologias duras⁽²²⁾. Ademais, outro estudo verificou que o preenchimento dos instrumentos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) serve muito mais para atender aos compromissos com a coordenação municipal que para organizar a dinâmica da equipe, com readequação das atividades para responder às necessidades de saúde da população⁽²³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apreenderam-se os aspectos do processo de trabalho em saúde na APS que interferiram com a resolução do cuidado à criança, tais como o predomínio do trabalho morto sobre o trabalho vivo em ato, as ações centradas em procedimentos e a dedicação expressiva do enfermeiro a atividades burocráticas.

A observação na UBS tradicional e na ESF evidenciou processos de trabalho em desalinho com o alcance das necessidades de saúde das crianças. Em ambos os casos, o processo de trabalho das equipes permaneceu centrado na doença, em um único profissional, de forma procedimental. Alguns trabalhadores, contudo, demonstraram um olhar ampliado direcionado para um contexto familiar e social, preocupados em agir de forma a prevenir e promover a saúde da criança e da comunidade, integrando ao seu dia a dia um trabalho que estabeleça momentos de relação e vínculo com os indivíduos, realizando o cuidado com a proposta de alcançar a satisfação das necessidades de saúde da criança.

Sobressaíram-se problemas no trabalho em saúde que tendem a dificultar as ações de saúde da criança no âmbito da APS, principalmente na unidade da ESF, como a precariedade de recursos humanos e a ênfase dada ao cumprimento de metas e funções burocráticas,

retirando dos enfermeiros parte do tempo de sua função de cuidado para funções administrativas.

Evidenciou-se como finalidade do trabalho, a recuperação do problema de saúde por meio da atenção à doença, em agir sobre a dimensão biológica, de acordo com o saber de cada

profissional, pautado por ações isoladas, não compartilhadas entre a equipe. No processo de trabalho, mesmo na unidade de saúde da família, perceberam-se lacunas que limitam o cuidado integral em saúde como objeto de trabalho comum da equipe interdisciplinar.

THE PROCESS OF WORK IN PRIMARY HEALTH CARE TO CHILDREN

ABSTRACT

In the Primary Health Care (PHC) services, the care provided by workers' team responds to the health needs of different social groups. The aim was understanding the PHC work process, in two units, a traditional Basic Health Unit and a Family Health Strategy unit. Descriptive study of qualitative approach. Data was obtained in two PHC units through observation technique during two months, one in each unit, with the notes taken in a field diary. The data was analyzed under the thematic of analysis principles. The results were discussed over two units: working time at PHC unit, and predominated working focus at PHC, thus leading to demonstrate that there is fragmented work, focused on the professional only, in both health care models. The problems in the organization of health work process tend to hinder the health care of children in PHC; it shows a negative impact in the health care resolution.

Keywords: Children health. Human resources. Child. Primary Health Care.

EL PROCESO DE TRABAJO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN EL CUIDADO AL NIÑO

RESUMEN

En la Atención Primaria a la Salud (APS), el cuidado realizado por el equipo de trabajadores debe responder a las necesidades de salud de los diversos grupos sociales. El objetivo fue el de comprender el proceso de trabajo de los equipos de la atención primaria vinculados a unidades básicas de salud tradicionales y de la estrategia salud de la familia. Estudio descriptivo de enfoque cualitativo, cuyos datos se obtuvieron en dos unidades de APS por medio de la técnica de observación no participativa, en el período de dos meses, uno en cada unidad de salud, con registro de las observaciones en un diario de campo. Los datos fueron analizados de acuerdo con los preceptos del análisis temático. Los resultados fueron discutidos en dos unidades temáticas -el trabajo en equipo en la APS y enfoque del trabajo predominante en la APS- que indican la existencia de un trabajo fragmentado y centralizado en los profesionales en ambos modelos asistenciales. Los problemas en la organización del proceso de trabajo en salud tienden a dificultar el cuidado a la salud del niño en la APS, con impactos negativos en la resolución.

Palabras clave: Salud del Niño. Recursos humanos. Niño. Atención primaria a la salud.

REFERÊNCIAS

1. Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(3):603-614.
2. Iriart C, Franco T, Merhy EE. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. *Globalization and Health* 2011; 7(2):2-17.
3. Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde. Rio de Janeiro. Universidade Federal Fluminense. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 30 mar 2014.
4. Faria HX, Araujo MD. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saude Soc*; 2010; 19(2):429-439.
5. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus Acta Saude Colet*. 2012; 6(2):151-163.
6. Nogueira RP. O trabalho em serviços de saúde. In: Santana JP (organizador) *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do SUS*. Brasília (DF): OPAS/OMS/MS; 2007. p. 59-63.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF): MS; 2011.
8. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): MS; 2002.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo, BR: Hucitec; 2012.
10. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(6):1869-1878.
11. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GBD, Duarte PO, Furtado BMAS, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(1):35-44.

12. Brasil, Ministério da Saúde (MS). Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): MS; 2013.
13. Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT, Ayres JRCM. Work and Inter subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(1):19-26.
14. Kebian LVA, Oliveira AS. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. *Cienc cuid. saúde*. 2015; 14(1):893-900
15. Sá ET, Pereira MJB, Fortuna CM, Matumoto S, Mishima SM. O processo de trabalho na recepção de uma unidade básica de saúde: ótica do trabalhador. *Rev Gaúch Enferm*. 2009; 30(3):461-467.
16. Furtado MCC, Silva LCT, Mello DF, Lima RAG, Petri MD, Rosário MM. A integralidade da assistência à criança na percepção do aluno de graduação em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65 (1):56-64.
17. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20 n. Esp:263-271.
18. Ayres JRCM, Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20 (3):905-912.
19. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(9):1941-1952.
20. Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2013; 16(3):1969-1980.
21. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5):918-928.
22. Paula M, Peres AM, Bernardino E, Eduardo EA, Macagi STS. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família. *Rev RENE*. 2013; 14(4):980-987.
23. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no programa saúde da família? *Cienc Saude Colet*. 2010; 15 Supl 1:1533-1541.

Endereço para correspondência: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso. Rua Mato Grosso, 1637, apto 1401, CEP: 85821-020, Cascavel, Paraná, Brasil. Fone: (45)3222-0957. E-mail: lb.toso@gmail.com

Data de recebimento: 02/09/2015

Data de aprovação: 01/02/2016