

## ***O FAZER EM SAÚDE: UM NOVO OLHAR SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA***

*Maísa Paulino Rodrigues<sup>1</sup>  
Mariza Sandra de Souza Araújo<sup>2</sup>*

### **Recortes iniciais**

Durante os últimos anos, a saúde vem se constituindo como um campo de construção de práticas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o formato da ação médica tornou-se hegemônico. Porém percebemos que, mesmo dentro desse modo peculiar de agir tecnicamente na produção do cuidado, no decorrer de todos estes anos, há uma grande multiplicidade de maneiras ou modelos de ação.

Nos dias atuais, é comum convivermos com uma gama de problemas que alteram intensamente a capacidade dos serviços de saúde de responderem de forma eficaz às demandas por saúde na vida individual e na vida coletiva dos cidadãos brasileiros, o que pode ser detectado por meio da pouca efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Essa situação tem sido observada cotidianamente nas instituições de saúde do Brasil, sendo revelada por meio da insatisfação e da insegurança dos usuários com o tipo de atendimento prestado e pela forma como os profissionais de saúde operam os serviços, ou seja, desenvolvendo práticas histórico-socialmente determinadas pela ação médico-hegemônica.

Nesse horizonte de crise, a estratégia Saúde da Família pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, co-responsabilidade e outros, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde. A partir desse referencial, buscamos estabelecer um furtivo olhar sobre o processo de trabalho em saúde e os desafios necessários para a construção de um novo fazer na estratégia Saúde da Família.

Nessa perspectiva, para discutir sobre a natureza do processo de trabalho em saúde, faz-se necessário resgatar alguns conceitos básicos do trabalho, ou seja, a sua conceptualização e organização nos serviços de saúde. Para tanto, sintetizamos algumas elaborações de autores como Merhy, Santos, Nogueira, entre outros.

---

<sup>1</sup> Maísa Paulino Rodrigues – Cirurgiã-dentista - Mestra em Odontologia Social - Doutoranda em Ciências da Saúde/UFRN- Consultora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRN.

<sup>2</sup> Mariza Sandra de Souza Araújo – Nutricionista – Mestra em Saúde Coletiva/ UFPE – Coordenadora da SAS/ Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

## **O trabalho em saúde enquanto produção cooperativa**

Falar sobre o processo de trabalho em saúde remete à compreensão que ele compartilha características comuns a outros processos de trabalho que se dão na indústria e em outros setores da economia. Evidencia-se a divisão social e técnica do trabalho, resultando em três dimensões básicas: a primeira, de natureza formativa dos profissionais de saúde; a segunda, da gestão e da gerência dos serviços; e a terceira, da produção propriamente dita dos serviços, operando ações promocionais, preventivas e curativas sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população. O foco da nossa reflexão está direcionado para a última dimensão, ou seja, a produção dos serviços.

A produção de serviços de saúde pode ser entendida dentro da categoria serviço, expressando a necessidade de cumprir uma finalidade útil, entretanto os resultados do trabalho não constituem mercadorias passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos (Souza et al. 1993), mas são serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato.

Dessa forma, o profissional de saúde, durante o exercício de sua atividade, precisa manter uma relação “humanizada” com seus pacientes. André Levy (2000) nos diz que a abordagem clínica – a palavra clínica em sua raiz primitiva significa ao “pé do leito” – supõe sujeitos às voltas com um sofrimento, uma crise que os toca por inteiro. O clínico depara-se com um ser pensante e igualmente desejanse, assim como ele próprio o é. Nesse encontro entre dois sujeitos, o fluxo das emoções flui entre ambos, criando uma relação autêntica entre dois seres e não entre um técnico e uma patologia.

Para Merhy (1995), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

Muitas pessoas acreditam que o objeto, no campo da saúde, é a cura, ou a promoção e a proteção da saúde, mas podemos dizer que é a produção do cuidado, através do qual poderá ser atingidas a cura e a saúde, os reais objetivos que se deseja atingir, sendo os trabalhadores de saúde sujeitos ativos nesse processo de produção.

Nesse sentido, o trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria; dá-se, ao contrário, sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo. Ele fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho, não apenas a

informação acerca do que ocorreu consigo, qual a história de sua queixa ou doença; é solicitada dele uma participação ativa, para que sejam corretamente aplicadas as normas e prescrições médicas. Enquanto fornecedor de valores de uso substantivos, o usuário torna-se um co-partícipe do processo de trabalho e, quase sempre, um co-responsável pelo êxito ou o insucesso da ação terapêutica.

Na definição clássica sobre o processo de trabalho, destacam-se os seguintes componentes:

- matéria-prima
- instrumentos de trabalho
- homem
- produto

No caso do processo de trabalho em saúde, é possível sistematizar da seguinte forma:

- matéria-prima  $\Rightarrow$  usuário
- instrumentos de trabalho  $\Rightarrow$  tecnologia (leve/dura/leve-dura)<sup>3</sup>
- homem  $\Rightarrow$  trabalhador em saúde = operador do cuidado
- produto  $\Rightarrow$  trabalho em saúde  $\Rightarrow$  atos de saúde = produção do cuidado

Trabalhar a partir desses elementos significa refletir sobre como se opera o fazer em saúde, como ele se organiza e como está dividido. Para Souza et al. (1993), qualquer processo de trabalho em saúde possui uma **dimensão cooperativa**, que integraliza a ação e complementa o processo de produção de serviço, orientado a este fim, e uma **direcionalidade técnica**, que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias que influenciam a produção específica do serviço de saúde.

Quanto à relação entre práticas de saúde e o modelo assistencial, Merhy (1999) discute que o modelo assistencial cria missões diferenciadas para estabelecimentos de saúde aparentemente semelhantes, as quais se traduzem em diretrizes operacionais bem definidas.

É importante lembrar que a organização e a divisão do processo de trabalho define-se pelo objetivo final que se quer atingir. Nesse sentido, a lógica da produção dos serviços centrada na concepção médico-curativa tem como finalidade à cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, pela tecnificação da assistência e pela mecanização do ato em saúde.

Assim sendo, para se pensar um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental re-significar o processo de trabalho. Essa re-significação exige a mudança da finalidade desse processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho

---

<sup>3</sup> Tecnologia é aqui entendida como um conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Esse conhecimento pode ser materializado em máquinas e instrumentos - tecnologias duras; saberes e práticas estruturados - tecnologias leve-duras -; e as tecnologias leves: trabalho vivo/produção de serviços/ abordagem assistencial - modos de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização (Franco e Merhy, 1999).

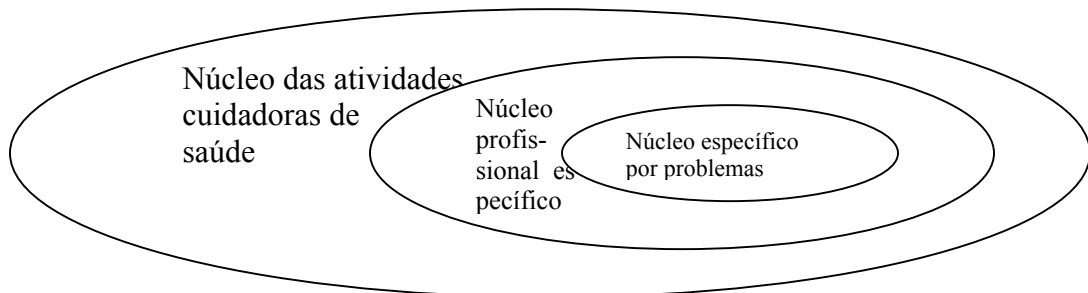
em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde.

### **O modo de operar os serviços na atenção básica**

Diferentemente do que se propaga no discurso médico hegemônico, a atenção básica em saúde não é uma ação simplificada. Quando assumida de forma integral e resolutiva, ela exige dos profissionais que nela atuam um arsenal de atributos e recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos.

A característica dos serviços na atenção básica pressupõe a divisão de trabalho a partir de duas perspectivas: a primeira, de natureza horizontal, exigida pela própria complexidade dos serviços oferecidos (unidades produtoras); e outra, vertical, necessária à subdivisão das unidades produtoras, exigindo assim, como pressuposto operacional, a cooperação entre aqueles que executam o trabalho e o conhecimento técnico para a resolubilidade das ações e a garantia da integralidade do atendimento (Souza et al., 1993; Nogueira, 1991).

*“ Um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido primeiramente pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual coloca-se em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional”* (Merhy, p.7,1999). Exemplo disso pode ser observado no esquema a seguir.



Todos os trabalhadores em saúde possuem potenciais de intervenção nos processos de produção em saúde, que são marcados pela relação entre os núcleos de competência profissional e o núcleo cuidador, quer seja esse trabalhador um médico ou um arquivista (Merhy, 1995).

*“ Na produção de um ato de saúde coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela intersecção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema. Por exemplo, diante de um indivíduo que está desenvolvendo um quadro de tuberculose pulmonar o recorte passa necessariamente pelo modo como o núcleo profissional médico, ou da enfermagem, ou da assistente*

*social, entre outras, recorta este problema concreto, portado pelo indivíduo, e que são núcleos nos quais operam centralmente as tecnologias duras e leveduras. Mas, seja qual for a intersecção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações interseçoras com os usuários” ( Mehry, p.10, 1999).*

No modelo médico-hegemônico, o núcleo cuidador ocupa um papel irrelevante e complementar, em relação ao núcleo profissional. A implicação mais séria desse modelo é o enfraquecimento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde; em particular, do próprio médico. Um outro problema existente é a submissão dos outros profissionais da equipe à lógica dominante da ação médica: tal lógica empobrece consideravelmente o seu núcleo cuidador. Alguns autores advogam que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico compromete seriamente a eficácia da intervenção; inversamente, podemos dizer que a *morte* da ação cuidadora dos diversos profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos.

Essa compreensão implica reconhecer que a construção de um novo modelo de saúde humanizado pressupõe a ampliação da dimensão cuidadora, no sentido de desencadear processos mais partilhados dentro da equipe de saúde e também entre os profissionais e usuários, para que se garanta o vínculo e a co-responsabilização. Implica também uma melhor combinação entre a capacidade de produzir procedimentos e cuidado, requerendo competências diversificadas por parte dos profissionais atuantes que se expressam, no campo da cooperação (*núcleo cuidador*), pelo conhecimento ético, pela destreza nas relações interpessoais, pelo conhecimento institucional e pela compreensão do processo de trabalho; no campo da direcionalidade técnica (*núcleo profissional/específico*), pelo conhecimento técnico-científico, da clínica, do planejamento e ainda o conhecimento sobre gerência e supervisão dos serviços (Souza et al., 1993).

Moysés e Silveira Filho (2002) afirmam que é necessária a associação dos conhecimentos técnicos, de novas configurações tecnológicas e novas micro-políticas para o trabalho em saúde, inclusive no terreno ético. As tecnologias leves, quando apostam no diagnóstico sensível à subjetividade, nas relações de poder e afeto, nos códigos familiares subliminares etc. induzem à ampliação da pauta técnica para a pauta ética, baseado em cidadania, solidariedade e humanização.

Nessa perspectiva, pensar a estratégia Saúde da Família como eixo reorientador das práticas, nas unidades básicas de saúde, pressupõe uma reestruturação sob uma nova lógica, que só poderá ser concretizada a partir de um novo olhar e um novo fazer, centrado no usuário, dentro desses “novos serviços”.

## **A Estratégia Saúde da Família (ESF) e suas ferramentas em análise no processo de trabalho**

Apesar da grande polêmica gerada no campo da Saúde Coletiva, por ocasião da implantação da estratégia Saúde da Família no Brasil, observamos que cotidianamente essa estratégia vem se afirmando como processo instituinte capaz de contribuir para a mudança do modelo assistencial no SUS. Hoje são 50 milhões de brasileiros atendidos pela estratégia. A potencialidade para a mudança advém do conteúdo estratégico, que permite um rompimento no comportamento passivo dentro das unidades básicas de saúde, com extensão das ações para e com a comunidade, possibilitando o desenvolvimento do trabalho em equipe, a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre serviços de saúde, profissionais e população.

Um outro aspecto que merece destaque está relacionado ao processo de reorganização da atenção básica, que permite desencadear mudanças nos outros níveis do sistema de saúde. Daí, o seu potencial instituinte em contribuir para um novo formato de modelo assistencial.

No eixo discursivo, a ESF conclama para a construção de uma nova maneira de operar a saúde, humanizada e solidária, compreendendo-se humanização em sentido ampliado (resolutividade, equidade, acesso, autonomização, solidariedade e cidadania).

Entretanto, apesar de os princípios e diretrizes estarem esboçados no campo do conhecimento, o campo da operação ainda tem muito a ser percorrido, ou seja, necessita incorporar tais fundamentos. Cabe ressaltar que a implantação de uma nova política pressupõe mudanças em vários níveis (político, institucional, organizativo e pessoal), exigindo tempo, vontade política e recursos de várias ordens.

Nesse sentido, podemos pensar a estratégia como expressão de processos instituintes, ou seja, do que pode vir a ser, fazendo-se, assim, necessário pensá-la a partir de dois enfoques: o primeiro, diz respeito ao seu conteúdo minimalista, normatizador e focalizador, expresso: pela rigidez e a burocratização do processo de trabalho, extirpando o trabalho vivo; pelo baixo incentivo financeiro destinado a uma equipe mínima, pela quantidade insuficiente de trabalhadores com perfil adequado à estratégia; a precarização do processo de trabalho, com a flexibilização dos serviços e a ausência de um vínculo formal dos profissionais com as instituições executoras; a assunção de outros níveis de responsabilidade por parte da equipe de Saúde da Família, sem a devida remuneração e capacitação.

O contraponto desse pensar é a possibilidade de a estratégia colocar-se enquanto reorientadora do processo de trabalho, através do cumprimento dos seus princípios, o que remete para a necessidade da constituição de um vínculo formal do trabalhador com os serviços de saúde por meio da análise de desempenho instituído por um plano de carreira no serviço público; a continuidade e o aumento do incentivo financeiro para as equipes da ESF, como forma de impulsionar a estratégia; a mudança no ambiente formador tanto nas escolas técnicas como nas instituições de ensino superior; a formação e a capacitação dos profissionais que estão na rede; o refazer político-institucional, dentro das organizações e dentro de nós. Isso exige uma nova postura profissional frente aos usuários, redefinindo a finalidade do processo de trabalho e reconhecendo o usuário como integrante do processo do cuidado, com

vistas a autonomização, remetendo necessariamente a um exercício autofágico, por parte dos profissionais.

A Estratégia Saúde da Família, em seu modo de operar os serviços de saúde, constitui-se num processo, e, assim sendo, não está concluído, podendo caminhar para o plano da racionalização e flexibilização do processo de trabalho ou da radicalização do processo de humanização do cuidado, garantindo acesso, resolutividade, participação social e qualidade da assistência.

Acreditamos que construir novos modelos de processo de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que possibilitem combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas de resultados, cura, proteção e promoção, é tarefa urgente a ser realizada pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Ed.Vozes – Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- LEVY, ANDRÉ. O Posicionamento Clínico. **Ciências Clínicas e Organizações Sociais**. Ed. Autêntica, São Paulo, SP: Autêntica , 2000.
- MERHY, E. E. O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde. **Mimeo**. DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 1999.
- MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde ( um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)**, CEBES. Rio de Janeiro. 1995.
- MOYSÉS, S. J. & SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde Bucal da Família: quando um corpo ganha uma boca. **Os dizeres da boca em Curitiba – Boca Maldita, Boqueirão, Bocas Saudáveis**, CEBES. Rio de Janeiro. 2002.
- NOGUEIRA, R. P. O Trabalho em Serviços de Saúde. **Organização do Cuidado a partir de Problemas: Uma Alternativa Metodológica para Atuação da Equipe de Saúde da Família** – OPAS/OMS- Ministério da Saúde.2000.
- SOUZA, A. M. A.& SANTOS I. Processo Educativo nos Serviços de Saúde – **Série Desenvolvimento de Recursos Humanos** n. 01 – OPAS – Brasília. 1993.