

O processo de trabalho em atenção básica à saúde

Horácio Pereira de Faria
Marcos A. Furquim Werneck
Max André dos Santos
Paulo FleuryTeixeira



**Universidade
Federal de
Minas Gerais**

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Especificidade do processo de trabalho na prestação de serviços

Em uma prestação de serviços o que se pretende como produto não é a modificação de matérias-primas ou de matérias pré-elaboradas que resultem em objetos úteis para o consumo individual ou coletivo. Essa é a imagem que mais imediatamente vem à nossa mente quando pensamos no processo de trabalho em geral, ligado à produção de bens de consumo. Por exemplo: transformar a madeira em uma mesa.

Na prestação de serviços em geral, o objetivo ou finalidade é a criação ou produção de certas condições ou estados para os indivíduos demandantes dos serviços. Por exemplo: prestar uma informação, cortar o cabelo, passar uma roupa.

Em alguns desses casos realizam-se, portanto, modificações nos próprios consumidores do serviço. Nessas situações, é preciso considerar que os consumidores do serviço são, também, sujeitos ou agentes do processo de trabalho e são, ainda, em alguma dimensão de seu ser, objetos desse mesmo processo de trabalho. Esses são os casos, por exemplo, da saúde e da educação.

Por fim, deve-se considerar que, nos processos de trabalho em geral, também os agentes são modificados pelo exercício de sua atividade produtiva e pelos resultados de sua produção. Esse fato se apresenta ainda mais intenso e diretamente na prestação de serviços, que se baseia em relações interpessoais entre o prestador de serviço e o usuário ou cliente e cujo objetivo é alguma modificação sobre esse usuário ou cliente.

Exemplo: Ao prestarmos assistência a uma pessoa vítima de agressão, a nossa intervenção pretende provocar mudanças nessa pessoa no sentido de sua recuperação. Ao mesmo tempo, esse trabalho provoca transformações em nós mesmos. Solidarizamos com a vítima; indignamo-nos com a agressão, aprendemos cada dia com cada situação que enfrentamos como profissional e cidadão.

Nesse caso, o processo de trabalho é, necessariamente, um momento privilegiado e intenso na formação da subjetividade desse usuário e cliente.

O profissional não pode estar alheio a essa dimensão de seu trabalho. Por um lado, porque ela é um de seus objetivos centrais e, por outro, porque a sua própria subjetividade também se forma e se transforma durante esse processo. A atividade produtiva é aí, então, direta e intensamente, produção de sujeitos, envolvendo os dois lados da relação: o usuário e o profissional. Assim é, como dissemos, na prestação de serviços em educação e saúde. Nesses casos, podemos dizer, portanto, que o próprio profissional é, também, de modo direto, objeto no processo de trabalho.

Esperamos ter ficado claro que o processo de trabalho na prestação de serviços se diferencia, em alguns aspectos, do processo de trabalho na produção de bens (produtos). Agora, veremos as especificidades da prestação de serviços na saúde e particularmente na Atenção Básica à Saúde.

Vamos, agora, aplicar ao processo de trabalho em atenção à saúde o esquema geral dos processos de trabalho, com a característica específica de ser uma produção de serviços e não de bens de consumo.

Entre as peculiaridades dos processos de trabalho na prestação de serviços, conforme exposto anteriormente, destacamos uma que é pertinente ao trabalho em saúde: **o usuário é o objeto no processo de trabalho, mas é também um agente.** Isso porque é em sua existência que as alterações buscadas irão ou não ocorrer. Por isso, é evidente que ele deve estar ativamente envolvido para que elas ocorram, por exemplo, fornecendo informações ou cumprindo recomendações que implicam, muitas vezes, mudanças de hábitos de vida (parar de fumar, emagrecer, etc.). Ou seja, o objeto da ação também age.

Na prática clínica, isso quer dizer que, muitas vezes, as prescrições e orientações dos profissionais de saúde sempre passarão pelo crivo do usuário, que é, enfim, quem decidirá o que será ou não feito. Podemos dizer que este fato é:

- menos importante ou desprezível em urgências e emergências e essencial em atenção básica;
- menos presente nas doenças e eventos agudos, sendo determinante no acompanhamento de casos crônicos;

A noção de território

Estratégia fundamental na construção do SUS, a descentralização visa à melhor organização dos serviços, respeitando as características das diferentes regiões em nosso país. Além disso, tem por objetivo, em cada local, conferir mais autonomia aos dirigentes e trabalhadores da saúde para, junto com a população, conhecer a realidade e, a partir desse conhecimento, planejar, implementar e gerenciar programas de saúde que respondam, com eficiência e eficácia, aos problemas e às demandas ali identificados. Assim, a partir da descentralização, desencadeiam-se os processos de regionalização e de municipalização da saúde.

Com a efetivação da regionalização e, principalmente, da municipalização, alguns conceitos vêm sendo estudados e desenvolvidos no esforço de subsidiar o planejamento e a organização dos serviços de saúde, tais como os de território, de área de abrangência, de área homogênea, mais recentemente, com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto da Saúde, os conceitos de município-polo, micro e macrorregião assistencial. Todos eles têm, como base, o conceito de “território”, que constitui um elemento fundamental à compreensão dos modelos de atenção.

Por território, compreendemos não apenas uma área geográfica delimitada, com características de relevo, vegetação e clima próprios, mas, também, um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas pessoas em sociedade obedece a um processo historicamente construído. Cada território apresenta características próprias, conformando uma realidade que, a cada momento, lhe é peculiar e única (SANTOS, 1990).

Esse processo definiu, e vem definindo, ao longo do tempo uma sociedade com classes sociais diferentes, com diferentes culturas, condições de vida e de acesso aos serviços, inclusive os de saúde. Essas diferenças geram menos ou mais oportunidades das pessoas estarem sadias ou doentes. Geram, ainda, formas diferentes de se sentirem sadias ou doentes. (DONATO, 1989; SANTOS, 1990; WERNECK, 1998).

Assim, se a saúde das pessoas, em dado local e em dado momento, é determinada pelas diferenças anteriormente citadas, a organização dos serviços de saúde deverá sempre levá-las em conta, para que os diagnósticos (dos riscos e dos danos), a definição das prioridades e das formas de atuação sejam mais justas, eficientes e eficazes. Os serviços não podem se basear apenas nos estudos da origem biológica quando da ocorrência de doenças. É preciso conhecer onde, em quem, com que frequência, como e por que as doenças ocorrem. É necessário conhecer as condições em que vivem as pessoas acometidas, o valor por elas atribuído a essas doenças e os prováveis fatores que determinam e condicionam o aparecimento e a manutenção dessas enfermidades.

Fechando o parêntese e voltando à discussão das características específicas do processo de trabalho em saúde, vamos analisar os elementos do processo de trabalho, em geral, no processo de trabalho na ABS, considerando a estratégia Saúde da Família.

Os agentes e sujeitos

Na apresentação dos elementos do processo de trabalho, começamos pelos objetivos porque eles funcionam como projeções que dirigem toda a realização dos processos de trabalho. No entanto, vimos que esses objetivos são formulados por pessoas, grupos, instituições ou sociedades que atuam, direta ou indiretamente, sobre os processos de trabalho e, por isso, devem ser considerados como seus sujeitos ou agentes. Como primeiro passo, vamos identificar, no caso da estratégia de Saúde da Família, esses agentes.

O agente institucional: o sistema de saúde

No caso do PSF, trata-se de uma estratégia do sistema público de saúde, desenvolvida, portanto, dentro de um organismo estatal. O sistema público de saúde brasileiro é estruturado nas três esferas administrativas do estado nacional: união, estados e municípios. Todos os elementos institucionais aí envolvidos, nos diversos níveis, são agentes dos processos de trabalho do PSF, pois estabelecem objetivos para as atividades das equipes.

As equipes de Saúde da Família

As equipes de saúde formalmente constituídas são os agentes ou sujeitos grupais imediatos dos processos de trabalho em Atenção Básica à Saúde no SUS.

Os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família

São os agentes ou sujeitos individuais imediatos dos processos de trabalho realizados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF).

Os indivíduos adscritos às equipes de Saúde da Família

Cada indivíduo adscrito a uma ESF é, pelo menos potencialmente, demandante de seus serviços e, também, como comentado anteriormente, objeto e sujeito imediato em sua atuação.

A sociedade

Por se tratar de componente de um sistema público de saúde, a atenção realizada pela equipe de SF atende, de um modo ou de outro, também a objetivos da população brasileira em seu conjunto, na forma em que ela está organizada. O estado, que foi acima considerado como agente no nível institucional, tanto serve como mediador como é componente relevante da organização social e certamente também tem objetivos específicos que podem ser distintos dos objetivos sociais.

Além disso, conhecimentos, técnicas, valores e padrões de comportamento que se desenvolvem na prática das equipes de SF são produzidos socialmente. Também sob esse aspecto a sociedade é agente nos processos de trabalho em saúde.

Cada ESF, por seu turno, deve também atender a objetivos que porventura sejam postos pela população local e, em muitos casos, essa mesma população, ou parcelas dela, é objeto e agente imediato nas ações desenvolvidas. Comumente, chamamos a esse subconjunto populacional (a população local) de comunidade. Deve-se destacar que, também nesse nível, conhecimentos, valores e padrões de comportamento são formados e os membros das equipes de SFs com eles interagem, de um modo ou de outro.

Os objetivos e as finalidades

A pluralidade de agentes anteriormente referidos – instituições, equipes, gestores, comunidade/sociedade – define objetivos e finalidades distintos e por vezes contraditórios, conforme mostraremos a seguir.

Objetivos dos indivíduos adscritos

Os indivíduos adscritos têm como objetivo principal a resposta às suas necessidades e expectativas que são socialmente consideradas como próprias para os serviços de saúde. O alívio de suas dores e sofrimentos e a recuperação de sua capacidade psicofisiológica são demandas que os indivíduos mais frequentemente apresentam às equipes. A proteção e até a promoção de sua saúde são também demandas apresentadas aos profissionais, desde que sejam socialmente reconhecidas como apropriadas para os serviços de saúde.

Assim, a vacinação de crianças e idosos, a realização de alguns exames preventivos ou o tradicional check-up, o acompanhamento de pré-natal ou de hipertensos são demandas postas pelos indivíduos em algumas circunstâncias. Raramente veremos, no entanto, usuários requisitando práticas educacionais e atividades para a mudança de comportamentos, ou a modificação do padrão de suas relações sociais e profissionais, em função de impactos esperados em sua saúde.

Portanto, a maioria das expectativas e necessidades apresentadas pelos indivíduos aos profissionais de saúde compõe o que tradicionalmente se chama de demanda espontânea. Algumas poucas estão dentro de ações programáticas ou demanda estruturada da Atenção Básica à Saúde.

Em geral, a relação estabelecida é aquela característica da prestação de serviços, cujo critério de eficácia é, fundamentalmente, a satisfação dos usuários, ou seja, o nível de atendimento de suas expectativas. Outra característica fundamental da demanda em ABS é que parte significativa das necessidades e expectativas apresentadas pelos usuários dos serviços não se limita às condições e sofrimentos biológicos, ao contrário, é diretamente derivada de condições psicossociais.

Todos que trabalham com ABS sabem que os objetivos dos usuários para e em relação aos serviços de atenção básica implicam potenciais contradições em si mesmas (e também em relação aos objetivos institucionais do sistema de saúde, das equipes e dos profissionais envolvidos, como veremos adiante). Por um lado, estão relacionados à realização de consultas e exames e à medicalização dos problemas e, por outro, ultrapassam as possibilidades de uma solução apenas biomédica. Para a resolução dessas contradições e a superação das tensões que elas produzem, é necessário o desenvolvimento e utilização de tecnologias próprias à Atenção Básica à Saúde. Essas tecnologias devem, necessariamente:

- Considerar a necessidade de atenção e cuidado para com todas as demandas dos usuários;
- ampliar a capacidade dos profissionais para lidar com as dimensões psíquica e social (cultural, profissional, econômica, etc.) dos indivíduos, inclusive as suas próprias, que interagem;
- ampliar as capacidades comunicativas e gerenciais dos profissionais, necessárias para a atuação comunitária e para a organização da assistência.

Objetivos coletivos locais

A “comunidade” local, na forma real em que está estruturada, apresenta demandas correspondentes a necessidades e expectativas de grupos constituídos, formal ou informalmente, no território da equipe. Associações comunitárias, grupos de correligionários políticos com influência local, grupos religiosos e de várias outras naturezas coexistem nas áreas das equipes de SF. Esses coletivos apresentam demandas grupais ou de seus representantes, com alguma capacidade de pressão junto às equipes. Do mesmo modo que no caso dos indivíduos adscritos, essas demandas frequentemente têm o foco na assistência individual (acesso a consultas, exames, especialistas, etc.). Portanto, as potenciais contradições apresentadas na análise dos objetivos individuais também se apresentam aqui e, do mesmo modo, também aqui se apresenta a necessidade do desenvolvimento e da implantação de tecnologias próprias para a atenção básica. Essas tecnologias devem permitir tanto o diagnóstico quanto a abordagem das demandas e, principalmente, das necessidades das comunidades. No nível comunitário, destaca-se o diagnóstico local e, principalmente, a capacidade dos profissionais para identificar e lidar com as influências políticas e com as diversas redes sociais locais, ativando as suas potencialidades para ampliar a atenção às necessidades de saúde.

Objetivos institucionais

Várias dimensões institucionais se entrecruzam na composição de sistemas de saúde públicos em geral e na atenção básica em particular. Em primeiro lugar, vamos considerar os objetivos do sistema de saúde em geral, os objetivos do SUS.

Esses objetivos estão determinados constitucionalmente e nas leis orgânicas do SUS e se consolidam em suas normas operacionais e portarias técnicas. No entanto, não cabe aqui detalhar os princípios e as diretrizes do SUS, que serão objeto de texto específico na sequência desta unidade.

No contexto da análise do processo de trabalho em ABS, podemos afirmar que o objetivo geral do SUS, como de todo sistema público nacional e universal de saúde, deve ser a melhoria do nível de saúde da população do país, dentro de limites éticos e econômicos que são estabelecidos socialmente.

Esse é o objetivo central de todo sistema nacional de saúde. Tal objetivo está claramente expresso em dois relatórios de Ministros da Saúde do Canadá, que são marcos fundamentais para a institucionalização da promoção da saúde, os conhecidos relatórios (LALONDE, 1974; EPP, 1986).

De acordo com Lalonde, o objetivo do sistema canadense seria:

Ampliar a liberdade de doença e incapacidade, assim como promover um estado de bem-estar suficiente para a performance em níveis adequados de atividade física mental e social, ampliando o número de dias livres de doença nas vidas.

Já nas palavras de Jake Epp:

Nossa maior responsabilidade é garantir que a saúde dos canadenses seja preservada e ampliada, um objetivo que somente pode ser atingido se a cada um de nós puder ser garantido acesso equitativo à saúde.

Não é de se estranhar que esses objetivos estejam claros para os Ministros da Saúde do Canadá, já que naquele país o sistema de saúde é completamente público e de acesso universal, o que implica a responsabilização institucional do Ministério da Saúde com a saúde de toda a população.

O objetivo geral do SUS no âmbito nacional é reposto nos níveis estaduais e municipais, assim como nos distritos, áreas e microáreas das equipes de Saúde da Família, correspondendo aos diversos níveis de responsabilização do sistema com a saúde da população.

Entre as estratégias para se atingirem esses objetivos podemos destacar: a devida gestão dos recursos disponíveis; a regionalização e hierarquização dos serviços; a estruturação das redes de serviços a partir da atenção primária, que exerce função coordenadora; a adoção de diretrizes clínicas e tecnologias mais eficientes e eficazes (destacando-se as ações de prevenção e, principalmente, de promoção à saúde) em cada nível do sistema, etc.

No entanto, não se deve esquecer, também, que o sistema público de saúde é parte do Estado nacional e, como tal, é organizado sob a lógica política, respondendo, portanto, também aos objetivos políticos que se apresentam em cada nível do Estado. No caso da Atenção Básica à Saúde e da equipe de SF, em especial, dada sua forte inserção comunitária, os interesses e objetivos políticos locais e municipais têm certamente forte influência sobre a sua atuação.

Também aqui é necessário ter claro que esses objetivos podem estar em contradição com os objetivos gerais do sistema de saúde. Como apontado na análise dos objetivos coletivos locais, a capacidade de mapear e ativar as diversas influências políticas que atuam localmente, no sentido de atender às necessidades de saúde da população, é uma das habilidades que se requerem em Atenção Básica à Saúde.

Objetivos da sociedade

A sociedade, considerada um sujeito coletivo, depende das capacidades gerais dos seus indivíduos, inclusive as psicofisiológicas, para se desenvolver. A proteção e a promoção da saúde do conjunto dos indivíduos são, portanto, necessidades de toda sociedade.

No entanto, as demandas sociais para o sistema de saúde, muitas vezes, não correspondem a essa necessidade geral. Por um lado, isso ocorre porque não se tem o conhecimento necessário sobre o que realmente protege e promove a saúde da maioria dos indivíduos em uma determinada sociedade ou esse conhecimento não é suficientemente difundido. Por outro lado, isso ocorre porque as demandas sociais são apresentadas por grupos de pressão, com interesses próprios.

Os interesses de profissionais de saúde ou de grupos de prestadores de serviços, por exemplo, frequentemente são apresentados como demandas de toda a sociedade. Sob esse aspecto, merece destaque o fato de que o complexo médico-industrial, desde a formação dos profissionais e ao longo de toda a sua carreira, consegue apresentar os seus interesses como imprescindíveis para se atingirem os objetivos sociais.

Discernir o que legitimamente atende às necessidades sociais do que interessa somente aos interesses corporativos e empresariais é tarefa difícil. A própria pesquisa médica e as entidades profissionais estão, frequentemente, comprometidas com esses interesses. Apesar das dificuldades, esse discernimento é fundamental para a escolha das

alternativas mais custo-eficazes e que realmente atendam às necessidades da população. O acesso atualizado e a avaliação sem preconceitos das evidências advindas da epidemiologia e da clínica, da história e dos outros campos do conhecimento social são recursos que podem contribuir para tal discernimento.

Objetivos dos profissionais e das equipes de saúde

Como todas as pessoas e grupos de trabalho, os profissionais e as equipes de saúde têm seus objetivos profissionais e existenciais, suas necessidades e expectativas, de condições de trabalho e renda, de realização e desenvolvimento de suas capacidades, de reconhecimento, etc. Esses objetivos têm muita importância nos processos de trabalho e, portanto, devem ser considerados, de modo preciso, em sua gestão. Dessa forma, a constituição de uma equipe e seu funcionamento dependem da interação de vários sujeitos que têm objetivos e perspectivas às vezes muito diferentes. Provavelmente, o envolvimento de um profissional que “está de passagem” pelo PSF será diferente do de um outro que “veste a camisa” da atenção básica.

Os meios e as condições

Os equipamentos e suplementos técnicos, as edificações das unidades de saúde e outros equipamentos sociais utilizados na ABS são condições que permitem ou não que alguns dos objetivos do trabalho em Atenção Básica à Saúde sejam atingidos. Por exemplo: ter ou não ter uma mesa ginecológica na unidade de saúde, ter ou não ter uma balança, ter ou não ter espaço para reunião, ter ou não ter condições para a realização de uma cirurgia ambulatorial, ter ou não ter acesso à base de dados dos sistemas de informação em saúde são condições que podem contribuir, pelo menos em parte, para o sucesso ou não de uma atividade, de um programa ou projeto.

Além desses meios físicos, devemos considerar, também, os conhecimentos e habilidades dos profissionais e os meios constituídos pela interação dos profissionais entre si e destes com os usuários e a comunidade como condições para a realização do trabalho.

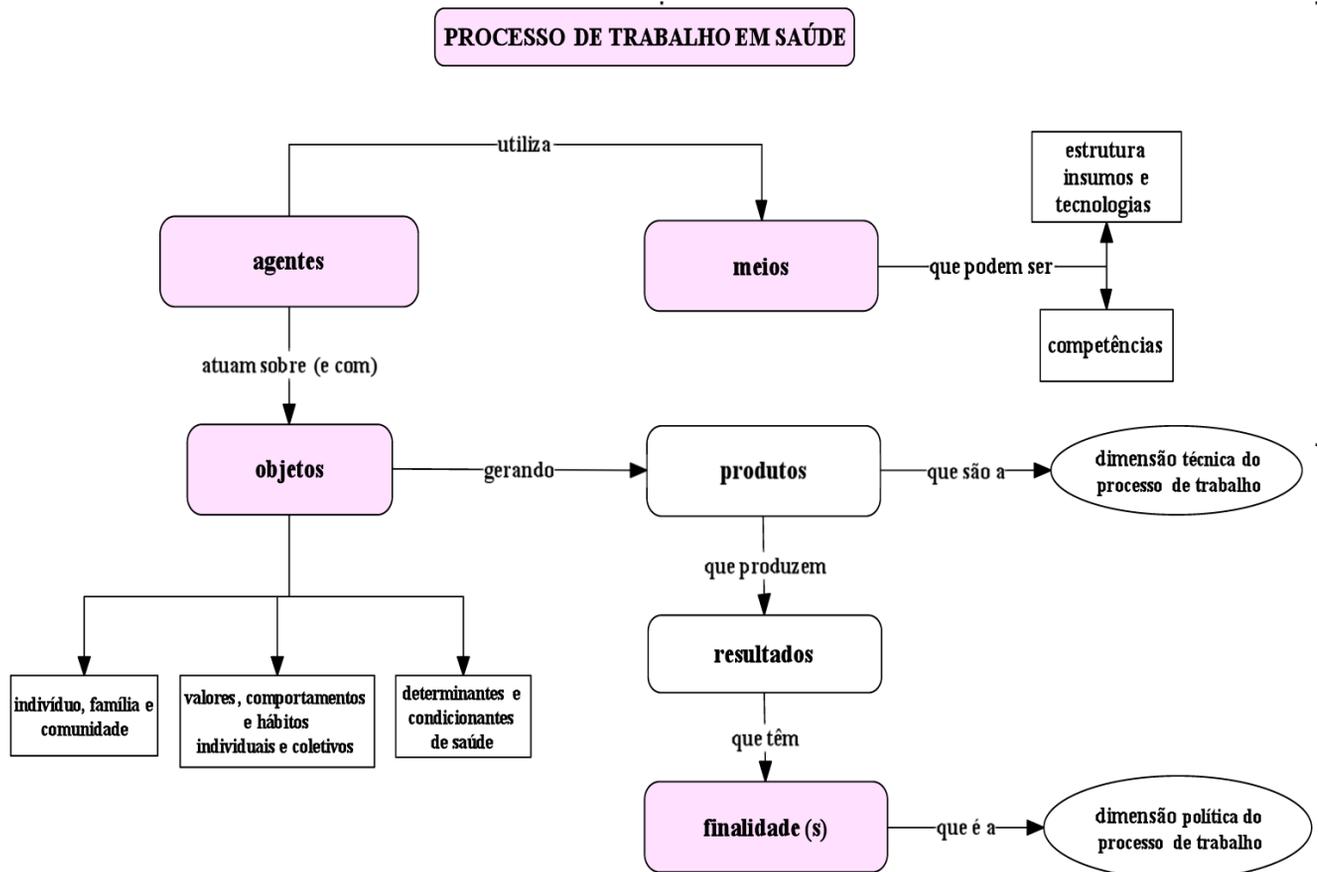
Os objetos e os produtos

O objeto no processo de trabalho em saúde está constituído por processos ou estados sociais, psíquicos ou biológicos cuja alteração pode ter impacto positivo sobre a saúde de indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. Como indicado anteriormente, em se tratando de Atenção Básica à Saúde, as condições sociais e psíquicas têm muita relevância na determinação das condições de saúde e nos resultados das intervenções dos profissionais e, portanto, constituem objetos fundamentais das intervenções, requerendo, para isso capacidades, habilidades e tecnologias específicas.

Podemos concluir que, apesar de não resultar em um produto de consumo determinado, como no caso da produção industrial, nem por isso o trabalho nos serviços de saúde deixa de ter um produto definido, aqui entendido como “o efeito positivo de tais alterações sobre a saúde das pessoas”

Recapitulando...

Ao retomarmos os conceitos trabalhados nesta unidade, é imprescindível compreendê-los de maneira articulada, dinâmica e contextualizada. Podemos, assim, fazer a seguinte representação gráfica com vistas a essa compreensão:



Nesta representação, podemos perceber os pontos de interligação entre os diversos elementos no cotidiano da nossa atuação, permitindo nos uma visão abrangente do processo de trabalho.

Por exemplo: Se definirmos que a finalidade do trabalho de uma organização de saúde são apenas o diagnóstico e o tratamento de agravos podemos imaginar que os produtos esperados da atuação dos agentes sejam consultas, exames, internações, etc. O objeto da intervenção será o corpo dos indivíduos “doentes”. Os agentes serão, principalmente, os profissionais de saúde; e os meios serão as estruturas de saúde (unidades de saúde), os insumos e as tecnologias que se voltam para o diagnóstico e tratamento; e as competências serão aquelas também relacionadas ao diagnóstico e tratamento.

Em geral, reflexão implica a superação de concepções e práticas comuns e habituais. Na ABS, essas práticas e concepções consideradas naturais, algo que “nós temos que fazer porque todos fazem assim”, também correspondem à nossa capacitação básica, à formação que recebemos ao longo da nossa vida como profissionais e cidadãos. No entanto, a insatisfação e a frustração de grande parte dos profissionais em ABS, assim como os resultados limitados que temos obtido, nos impõem essa reflexão crítica.

Além disso, é importante frisar que os profissionais e as equipes de saúde são os protagonistas imediatos de todos os processos de trabalho em saúde; portanto, é justamente na definição dos seus processos de trabalho que se elege a quais dos diversos objetivos anteriormente descritos se procura atender. Por isso é tão importante essa reflexão.

Referências

DONATO, A. F. *et al.* Sistemas locais de saúde, território e cidadania. Salvador: (Trabalho apresentado no seminário) Papel do Distrito Sanitário na organização do Sistema de Saúde, 1989. 18p.

EPP, J. Achieving health for all: a framework for health promotion. Ottawa: Health of Canadians, 1986.

LALONDE M. A new perspective on the health of Canadians. Canadá: Ministry of Health of Canadá, 1974.

WERNECK, M. A. Princípios para a organização de saúde. In: BRASIL. Ministério da saúde. Guia curricular para a formação do atendente de consultório dentário para atuar na Rede Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 2v.

SANTOS, M. Por uma geografia nova. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1990. 236p.

