Processo de trabalho em saúde

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

Universidade Federal de Minas Gerais

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

Processo de trabalho em saúde

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

2ª Edição

Belo Horizonte
Nescon UFMG
2009

© 2009, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Universidade Federal de Minas Gerais
Reitor: Ronaldo Tadeu Pena
Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgeu Starling

Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Pró-Reitora: Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitoria de Extensão
Pró-Reitora: Ângela Imaculada de Freitas Dalben
Pró-Reitora Adjunta: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)
Coordenadora: Maria do Carmo Vila
Coordenadora da UAB na UFMG: Ione Maria Ferreira de Oliveira

Cátedra da UNESCO de Educação a Distância
Coordenadora: Rosilene Horta Tavares

Escola de Enfermagem
Diretora: Marília Alves
Vice-Diretora : Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

Faculdade de Educação
Diretora: Antônia Vitória Soares Aranha
Vice-Diretor: Orlando Gomes de Aguiar Júnior

Faculdade de Medicina
Diretor: Francisco José Penna
Vice-Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Faculdade de Odontologia
Diretor: Evandro Neves Abdo
Vice Diretora: Andréa Maria Duarte Vargas

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina / UFMG (Nescon)
Coordenador em exercício: Edison José Corrêa

COOPMED EDITORA MÉDICA

Produção Editorial
Editora Coopmed
Diretor Editorial: Victor Hugo de Melo

Projeto Gráfico
Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Revisão de Prova
Zirlene Lemos

F224p Faria, Horácio

Processo de trabalho em saúde / Horácio Faria, Marcos Werneck e Max André dos Santos. - 2a ed. -Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
68p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à estratégia da Saúde da Família.
ISBN: 978-85-7825-025-4

1.Atenção Primária a Saúde. 2. Pessoal de Saúde. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Saúde da Família. 5. Educação Médica. I. Werneck Marcos. II. Santos, Max André dos. III. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/ /UFMG (Nescon). IV. Título.

NLM: W 84.8
CDU: 614

A produção deste material didático recebeu apoio do BNDES

Sumário

Apresentação dos autores.....6

Apresentação do Programa Ágora - Especialização em Saúde da Família.....7

Apresentação da Unidade Didática I.....8

Introdução ao módulo.....14

Seção 1 | O processo de trabalho.....19
Parte 1 | – Componentes do processo de trabalho.....21

Seção 2 | O processo de trabalho em atenção básica à saúde.....29
Parte 1 | Especificidades do processo de trabalho na prestação de serviços.....31
Parte 2 | A noção de território.....34
Parte 3 | Os agentes e sujeitos.....36
Parte 4 | Os objetivos e as finalidades.....38
Parte 5 | Os meios e as condições.....43
Parte 6 | Os objetos e os produtos.....44

Seção 3 | Modelos de determinação social da saúde e da doença.....47
Parte 1 | A determinação social dos indivíduos.....49
Parte 2 | O conceito de saúde.....52
Parte 3 | Determinantes sociais da saúde.....55
Parte 4 | Evidências da determinação social da saúde.....57

Referências.....65

Apresentação dos autores

Horácio Pereira de Faria

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Medicina Social. Mestre em Saúde Ocupacional. Professor Assistente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG. Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon). Membro do Núcleo de Estudos de Saúde e Paz - Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Grupo de Estudos de Saúde do Trabalhador Rural (GESTRU).

Marcos A. Furquim Werneck

Cirurgião-dentista pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Odontologia Social pela Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Doutor em Odontologia Social/Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Professor Associado da Faculdade de Odontologia/UFMG. Membro da Comissão de Assessoramento à Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde.

Max André dos Santos

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Medicina Social. Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon). Médico regulador da Central de Internação/Belo Horizonte. Assessor da Gerência de Planejamento da Secretaria de Saúde do município de Belo Horizonte.

Paulo Fleury Teixeira

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Medicina Social. Mestre e Doutor em Filosofia com concentração na área social. Professor, pesquisador e consultor nas áreas social e de saúde pública. Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon).

Apresentação do Programa Ágora
Especialização em Saúde da Família

O Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon)/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e da Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Sgetes)/Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) – e pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil.

O curso integra o Programa Ágora do Nescon e, de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional, articula ações de ensino – pesquisa – extensão. Além do Curso, o Programa atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

É direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e outros integrantes de equipes de Saúde da Família. O curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de educação a distância.

Cadernos de Estudo e outras mídias, como DVD, vídeos, com um conjunto de textos especialmente preparados, são disponibilizados na biblioteca virtual, como ferramentas de consulta e de interatividade. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Os textos que compõem o Curso são resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG, de outras universidades e do serviço de saúde. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como na vivência profissional.

A perspectiva é que este curso de especialização cumpra importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vista à consolidação da Estratégia Saúde da Família e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade e qualidade.

A coordenação do CEABSF oferece aos alunos que concluírem o curso oportunidades de poder, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas consulte:
Programa Ágora:
www.nescon.medicina.ufmg.br/agora
Biblioteca Virtual:
www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Apresentação da Unidade Didática I

Organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde

A primeira unidade didática do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família está formada por quatro módulos ou disciplinas, a saber:

Módulo 1 – Processo de trabalho em saúde

Módulo 2 – Modelo assistencial e Atenção Básica à Saúde

Módulo 3 – Planejamento e avaliação das ações de saúde

Módulo 4 – Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.

O foco da discussão desta unidade é o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família (SF) no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reorganização da atenção básica em saúde (ABS) tendo como base a estratégia de Saúde da Família. Desta forma, o nosso cenário é o SUS e os atores principais são os profissionais que atuam na atenção básica de saúde, em especial aqueles que compõem as equipes de Saúde da Família (SF) e de Saúde Bucal (SB).

Observação: Denominamos equipe de Saúde da Família tanto a equipe básica do Programa de Saúde da Família – enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário – quanto a equipe de saúde bucal – cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal.

Esperamos, a partir dos textos e das atividades propostas, das discussões com os seus tutores e dos encontros presenciais, proporcionar uma reflexão crítica sobre a organização do trabalho das equipes de SF e fornecer elementos para possível aprimoramento no processo de trabalho. A expectativa é de que esta unidade possa contribuir para a consolidação de uma mudança real do modelo assistencial em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS.

Iniciamos esta reflexão com a afirmação de que a nossa atuação se faz a partir de modelos, ou seja, o nosso modo de agir é sempre orientado por algumas concepções do que deve ser e do que não deve ser, nos diferentes âmbitos e realidades.

Em nossa atuação profissional não é diferente, nossa atividade, as técnicas, os recursos diagnósticos e os instrumentos que utilizamos condizem com alguma ideia do que devemos fazer em nossa profissão em cada situação, em cada realidade.

Todos nós sabemos que essas concepções, tanto na vida em geral como no trabalho, apresentam uma marcante diversidade. No entanto, em nosso cotidiano – da vida e do trabalho – temos dificuldades para refletir sobre o modo como estamos agindo. Às vezes fazemos as coisas de forma mais ou menos automática, guiados pela nossa intuição ou pelo senso comum. Assim sendo, nossas atitudes podem não ser as mais adequadas, podem não ser as mais eficazes e, consequentemente, não conduzir aos resultados que desejamos. Porém, de algum modo, a realidade sempre bate à nossa porta, pedindo-nos para refletir melhor, para avaliar criticamente o que temos feito em face dos resultados que temos obtido.

Muitas vezes a nossa reação frente a essa situação se manifesta apenas na forma da insatisfação, da frustração, do desapontamento. Certamente, esses sentimentos aparecem porque não temos os elementos para compreender o que é inadequado no nosso trabalho e fazer as devidas correções de rumo. Nesse caso, podemos dizer que nos faltam os instrumentos para realizarmos a reflexão crítica e promovermos as transformações necessárias que nos levem a melhorar a nossa atuação e, assim, obter melhores resultados.

No caso do setor saúde, surgem, cotidianamente, situações de muita complexidade, envolvendo uma diversidade de relações e com alta pressão por resultados. Lidar com as demandas e necessidades de indivíduos, famílias e comunidades requer, entre outras coisas, instrumentos também complexos, para que façamos intervenções e avaliações adequadas.

Ao longo deste caderno de estudos você conhecerá a equipe de Saúde da Família – Equipe Verde – do bairro de Vila Formosa, do Município de Curupira, denominada, a partir de agora, apenas de Equipe Verde. Trata-se de uma equipe fictícia que estamos utilizando como recurso didático para subsidiar os estudos e compreensão dos temas abordados, aproximando-se do cotidiano do trabalho das equipes de Saúde da Família. Vamos então à apresentação dessa equipe e do território onde ela atua.

Município de Curupira

Curupira é uma cidade com cerca de 80.000 habitantes, que teve um crescimento populacional importante nas duas últimas décadas em função do êxodo rural ocorrido na região e da instalação de algumas indústrias (confecções). Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura e muito menos de desenvolvimento social. Devido à sua situação geográfica estratégica, tem sido utilizada na rota do tráfico de drogas (maconha) do Nordeste para o Sudeste, com todas as consequências desse fato: violência e aumento do consumo de drogas. A cidade vive basicamente da agricultura (soja), de uma incipiente indústria, de agricultura e pecuária de subsistência em franco declínio e do plantio de tomate e batata, cuja produção, em sua quase totalidade é encaminhada para a Central de Abastecimento (CEASA). A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que se revezam à frente da administração municipal ao longo de décadas. Algumas lideranças novas têm aparecido e conseguido, por intermédio da Câmara de Vereadores, fazer um contraponto às práticas políticas tradicionais de cunho clientelista/assistencialista. A cidade sempre teve forte tradição na área cultural e movimenta a região com o seu festival de música e, ainda, preserva suas festas religiosas e seus grupos de congado. Na área de saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e o cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar. Há aproximadamente cinco anos o município adotou a estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 12 equipes na zona urbana e três na zona rural cobrindo 70% da população. Um grande problema no desenvolvimento da estratégia da SF, em que pese a uma remuneração superior à média do mercado, é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

Comunidade de Vila Formosa

Vila Formosa é uma comunidade de cerca de 6.500 habitantes e fica na periferia de Curupira, tendo se formado principalmente a partir do êxodo rural ocorrido na década de 70 em função do avanço do plantio de soja por grandes empresas, com a consequente redução da agricultura familiar de subsistência. Hoje a população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas rurais que plantam soja, do plantio de tomate e batata que acontece em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas na periferia da cidade, da prestação de serviços e da economia informal. É alto o número de desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere à rede de esgoto sanitário e à coleta de lixo. Parte significativa da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado principalmente entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos. Nas últimas administrações tem havido algum investimento público na comunidade (escola, centro de saúde, creche, asilo, etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da igreja e ONGs. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Em Vila Formosa trabalham duas equipes de Saúde da Família – a Equipe Verde e a Equipe Amarela.

A unidade de saúde da Equipe Verde

A unidade de Saúde da Família de Vila Formosa 1, que abriga a Equipe Verde, foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. Trata-se de uma casa alugada que foi adaptada para ser uma unidade de saúde.

A casa é antiga, porém bem conservada. Sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta (3.100 pessoas), embora o espaço físico seja muito bem aproveitado. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Isto dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muitos têm que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões, por isso a equipe utiliza o quintal, à sombra de um grande abacateiro, o que é bastante agradável quando faz calor, mas quando chove é um problema.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no salão da associação de moradores que fica ao lado da unidade de saúde. Houve, porém, momentos – quando as relações da equipe de saúde com a diretoria da associação não eram as mais amistosas – em que as reuniões aconteciam no salão da igreja, que fica um pouco distante da unidade de saúde. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da associação.

A unidade atualmente está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém até o final da última administração funcionava sem mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador e instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. A falta desses materiais constituiu um foco de tensão importante entre a equipe de saúde, a coordenação do PSF e o gestor municipal da saúde.

Equipe Verde

A equipe verde é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

Mariana L.S., 28 anos, solteira, agente comunitária de saúde da microárea 1, com 180 famílias cadastradas. Mariana estudou até a 8a série e trabalhava em uma pequena confecção como costureira antes de trabalhar como ACS.

José Antônio R., 18 anos, solteiro, estudante e agente comunitário de saúde da microárea 2, com 160 famílias cadastradas. É o primeiro trabalho de José Antônio, que pretende continuar os estudos e tentar o vestibular para serviço social.

Aline F.S., 25 anos, casada, 2 filhos, agente comunitária de saúde da microárea 3, com 170 famílias cadastradas. Aline estudou até a 2ª série do segundo grau e interrompeu os estudos quando ficou grávida de seu primeiro filho. Trabalhou anteriormente em um restaurante como cozinheira e participa ativamente da associação de moradores da comunidade. Tem facilidade para falar em público e ainda não perdeu as esperanças de retomar os estudos algum dia e, talvez, se tornar uma auxiliar de enfermagem.

Sônia Maria P.C., 20 anos, solteira, agente comunitária de saúde da microárea 4, com 150 famílias cadastradas. Sônia é procedente da zona rural onde morava e estudou até a 4a série do primeiro grau, quando teve que abandonar os estudos pela dificuldade de acesso à escola e para ajudar a família na roça, que ainda vive até hoje do plantio de tomate e batata principalmente.

Marco Antônio P., 45 anos, solteiro, agente comunitário de saúde da microárea 5, com 200 famílias. Marco é uma pessoa tranquila e muito conhecida na cidade e sempre participa das ações desenvolvidas pela comunidade.

Joana de S.P., 48 anos, solteira, um filho, auxiliar de enfermagem. Joana trabalhou mais de 15 anos em hospital e há três anos foi aprovada na seleção e iniciou suas atividades no PSF, mantendo um plantão no hospital local no final de semana.

Renata C.T., 29 anos, solteira, médica. Formada há quatro anos decidiu "viver" a experiência do PSF para depois fazer residência (Ginecologia e Obstetrícia). Trabalhou por três anos no município vizinho, de onde saiu porque o novo prefeito

desativou o PSF que havia sido implantado por seu adversário político. Participa da atual equipe há nove meses substituindo o médico anterior, que saiu porque o novo secretário de saúde estava exigindo o cumprimento das oito horas diárias de trabalho.

Pedro Henrique S.J., 32 anos, enfermeiro, solteiro. Pedro trabalha em Saúde da Família há oito anos, tendo sido coordenador da atenção básica quando da implantação da estratégia de Saúde da Família no município. Saiu da coordenação na mudança da administração e desde então atua na Equipe Verde. No princípio teve algumas dificuldades na relação com o atual coordenador, que não foram totalmente superadas.

Cláudia de O.C., 23 anos, cirurgiã-dentista. Cláudia é recém-formada e este é seu primeiro emprego após sua formatura. Decidiu trabalhar com a atenção básica após o seu estágio rural realizado em um pequeno município no norte de Minas Gerais. É uma pessoa muito dinâmica e cheia de planos.

Gilda M.S., 22 anos, técnica de saúde bucal. Gilda trabalha como TSB há três anos, tem o 2º grau completo e pensa em retomar os estudos e tentar fazer uma faculdade.

Maria das Dores P., 20 anos, auxiliar de saúde bucal. Trabalha como ASB desde a implantação da equipe; é muito habilidosa e gosta muito do seu trabalho.

José R.S., 40 anos, educador. José tem formação em educação e já trabalhou em vários setores da Secretaria Municipal de Educação, sendo responsável durante alguns anos pelo programa de alfabetização de adultos. Com a implantação do PSF no município, começou uma parceria com o setor saúde. Com a entrada do novo secretário municipal de educação, pediu para trabalhar junto às equipes de Saúde da Família, fazendo uma ponte entre a saúde e a educação. No momento trabalha em dois projetos de educação e saúde. Um projeto junto à escola do bairro Vila Formosa e outro junto ao assentamento do MST.

Funcionamento da unidade de saúde

A unidade de saúde funciona de 7:30 às 18:00 horas. Para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência como recepção e arquivo, sempre e quando estão presentes na unidade o auxiliar de enfermagem e/ou o enfermeiro. Isso tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre o enfermeiro da equipe e o coordenador de atenção básica, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACSs nessas atividades, pela dificuldade de contratação de outro auxiliar de enfermagem. Existe uma solicitação da comunidade para que o atendimento seja estendido até as 21:00 horas, pelo menos em alguns dias da semana. Essa demanda se justifica, segundo a comunidade, entre outros motivos, pelo fato de existirem muitos trabalhadores rurais que retornam do trabalho no final da tarde e, por isto, têm dificuldade de acesso à unidade de saúde. Essa questão já foi objeto de várias reuniões entre a equipe e a associação, porém até o momento não existe proposta de solução.

O dia-a-dia da Equipe Verde

O tempo da Equipe Verde está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea (maior parte) e a alguns programas como saúde bucal, pré-natal, puericultura, "preventivo" de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos e acompanhamento a crianças desnutridas. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde como, por exemplo, criação de uma horta comunitária, grupo de hipertensos e diabéticos, grupos de caminhada, que, com o tempo, se mostraram pouco frutíferas. No início, essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas "sumiam" e o trabalho "morria". Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a "troca das receitas" à participação nas reuniões, fato que

provocou alguns questionamentos por parte da população e de alguns membros da própria equipe e que não mudou qualitativamente a participação nas reuniões.

A falta de um projeto e de uma avaliação mais sistemática do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo por causa da demanda de atendimento. Com o passar dos anos, essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado muito desgaste na equipe. O grupo ficou um pouco animado com a possibilidade da médica, do enfermeiro e da cirurgiã-dentista participarem do curso de especialização em Saúde da Família. A novidade foi comunicada durante a última reunião da equipe à sombra do abacateiro, num final de tarde de sexta-feira.

E então, o que você achou da Equipe Verde? Em que ela se assemelha e em que ela se diferencia da sua equipe?

Nessa apresentação, a Equipe Verde já revelou um pouco dos problemas que ela enfrenta e também da forma como ela trabalha. Neste sentido, um dos primeiros passos desta unidade didática será uma reflexão sobre o seu processo de trabalho (e de sua equipe). Este exercício inicial deverá acompanhar todo o desenvolvimento deste primeiro módulo, que trata especificamente do processo de trabalho e que continuará nos demais módulos.

Para um bom aproveitamento em seus estudos, é importante que você faça todas as atividades, leia os textos complementares, participe e contribua nas discussões nos fóruns e dos encontros presenciais. Finalmente, esperamos que você explore esta unidade didática com a compreensão de que ela é apenas mais um momento no seu processo de desenvolvimento e qualificação (e de sua equipe).

Introdução ao módulo

Foto: Peter Ilicciev - Fiocruz Multimagens

Foto: Arquivo Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Foto: Arquivo Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Este módulo está composto de três seções cujo objetivo principal é provocar uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde e, em particular, sobre a Atenção Básica de Saúde, tomando como referência a prática das equipes de Saúde da Família e a discussão dos elementos doprocesso de trabalho e suas especificidades no campo da saúde. Faremos também uma reflexão sobre a determinação social do processo de saúde e doença, preparando-nos para a discussão de modelo assistencial no módulo II. Esperamos que este módulo possibilite uma reflexão sobre o processo de trabalho de sua equipe, ou seja, que você perceba e analise, juntamente com sua equipe, diferentes possibilidades de se trabalhar em saúde, considerando-se os objetivos de cada ação desenvolvida por sua equipe.

Antes de iniciarmos a abordagem teórica do tema deste módulo, propomos a realização de algumas atividades para verificar e refletir sobre como anda o seu processo de trabalho.

Atividade 1

Você conheceu a equipe de Vila Formosa. Agora é a vez de você se apresentar!
Você deve elaborar uma descrição do seu município, da comunidade/área de abrangência de sua equipe, da sua unidade de saúde, da sua equipe de saúde e do seu dia-a-dia. Essa descrição será retomada no módulo III, no diagnóstico situacional da área de abrangência de sua equipe.
Guarde seu trabalho em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Provavelmente você deve enfrentar muitos problemas no seu dia-a-dia de trabalho. Podemos dizer que todo trabalho em equipe constitui um desafio porque há uma diversidade de pessoas e ideias diante de um processo de trabalho comum a todos. Podemos reconhecer um pouco dessa situação, assistindo parte de uma reunião da Equipe Verde.

Cena 1: Reunião da equipe verde

Cenário: Equipe reunida no quintal do centro de saúde à sombra do abacateiro. Pessoas sentadas em bancos e cadeiras, uma pessoa sentada à frente de uma mesa com um caderno.

Pedro: Vamos começar a reunião? A Aline disse que chegará mais tarde. Quem faz a ata da reunião de hoje? Da última vez foi a Sônia.

Mariana: Acho que é a minha vez.

Pedro: Sônia, você pode ler a ata da última reunião?

Sônia: Olha, gente, foi muito difícil fazer a ata porque ninguém obedecia à pauta. Então, ficou uma confusão. Mas, vamos lá: "leitura da ata...."

Renata: É, acho que você tem razão, a última reunião foi realmente muito confusa. Vamos ver se hoje a gente consegue discutir respeitando a pauta. Por falar nisso, qual é a pauta?

Marco Antônio: A mesma de sempre.

Renata: Também não é assim.

Marco Antônio: Mas é sério. A impressão que eu tenho é que a gente anda em círculos e sempre acabamos caindo na mesma discussão. Eu já estou ficando desanimado. Entra ano, sai ano e não estou vendo mudança nenhuma. "Se queremos resultado diferente do nosso trabalho, precisamos fazer as coisas diferente". Mas o que é esse diferente? É aí que nós estamos atolados e não saímos do lugar.

Pedro: Pois eu vou falar pela enésima vez. Acho que o nosso problema é a falta de planejamento.

Renata: Pois eu acho que a falta de tempo e a enorme demanda de atendimento é que nos impedem de planejar.

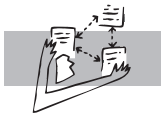
Marco Antônio: Quem veio antes: o ovo ou a galinha? Nós não planejamos porque não temos tempo ou não temos tempo porque não planejamos?

Cláudia: Olha, gente, apesar de estar aqui há pouco tempo, acho que realmente a gente precisa fazer alguma coisa. Quero fazer uma proposta. Não sei se vocês sabem, mas eu, o Pedro e a Renata estamos começando um curso de especialização e a primeira tarefa dessecurso é fazer uma reflexão sobre o nosso proces so de trabalho, sobre o nosso de jeito de trabalhar. Quem sabe a gente não faz isso para a equipe toda?

Marco Antônio: A ideia me parece interessante. Eu concordo. Mas o que é isso mesmo?
Processo de trabalho?

Talvez você concorde que a situação apresentada na reunião da Equipe Verde seja, infelizmente, muito comum entre as milhares de equipes reais que atuam no PSF. Frequentemente, temos o sentimento de que "entra ano, sai ano...", os avanços que conseguimos estão aquém das nossas expectativas; parece que a demanda e a pressão por atendimento "nos engolem". Por outro lado, felizmente, também encontramos muitas equipes que, vivendo realidades semelhantes, conseguem administrar bem a demanda, criar vínculos com a comunidade, desenvolver alguns projetos e provocar mudanças, conseguindo atingir objetivos e metas e, com isso, mais satisfação com o seu trabalho. O que diferencia, então, o trabalho das equipes que conseguem romper com a "inércia" do trabalho de equipes que têm dificuldades e não conseguem sair dessa "inércia"? É possível que a resposta para essa pergunta esteja relacionada, entre outras coisas, à forma como cada equipe trabalha ou, dito de outra maneira, à forma como as equipes organizam seu processo de trabalho.

Pare e reflita sobre o trabalho da sua equipe, respondendo às questões apresentadas a seguir.



Atividade 2

Considerando as características do seu contexto de trabalho, a composição da sua equipe e o seu processo de trabalho, faça um levantamento e registre as respostas dadas aos seguintes pontos:

1. Liste cinco dos principais problemas que a sua equipe enfrenta no dia-a-dia.
2. Relacione cada problema com as ações desenvolvidas pela equipe para enfrentá-lo.
3. Enumere os resultados que a equipe tem conseguido com as ações desenvolvidas.
4. Descreva o grau de satisfação da equipe em relação ao trabalho realizado e aos resultados obtidos. Guarde seu trabalho em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Vamos agora ler o relato de uma experiência realizada com macacos, provavelmente hipotética. Ela pode nos ajudar a compreender por que, muitas vezes, os indivíduos ou grupos não conseguem romper com a "inércia" no seu trabalho ou com certos condicionamentos.

Refletindo...

Reproduzindo a cultura institucional

Um grupo de cientistas colocou cinco macacos numa jaula, em cujo centro havia uma escada e, no topo da escada, um cacho de bananas.

Toda vez que um macaco subia a escada para apanhar as bananas, os cientistas ançavam um jato forte de água fria nos que estavam no chão. Depois de várias tentativas e de vários banhos de água fria, quando qualquer macaco tentasse subir a escada para pegar as bananas, os outros o agrediam, de forma a inibi-lo em sua intenção de pegar as bananas. Dessa forma, após algum tempo, nenhum macaco subia mais a escada, apesar da tentação das bananas.

Então, os cientistas substituíram um dos cinco macacos por um outro macaco, cuja primeira atitude foi subir a escada para pegar as bananas. Essa tentativa foi imediatamente coibida pelos outros, que o agrediram. Depois de algumas "surras", o novo integrante do grupo "desistiu" das bananas. Um segundo macaco foi substituído e o mesmo ocorreu, tendo o primeiro substituto também participado da agressão ao novato. Dessa forma, foram substituídos o terceiro, o quarto e o quinto macacos.

Os cientistas ficaram, então, com um grupo de cinco macacos que, mesmo nunca tendo experimentado o banho frio, não tentaram mais pegar as bananas e não deixaram que qualquer um tentasse.

Se fosse possível perguntar a algum dos macacos por que batiam em quem tentasse subir a escada, com certeza a resposta seria: "**– Não sei, as coisas sempre foram assim por aqui...**"

"É mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito" (Albert Einstein).

É possível extrair do texto anterior uma das mais importantes razões da "inércia", ou seja, a força da "cultura institucional". Não estamos nos referindo a uma instituição específica, mas à forma de fazer em um determinado sistema, coletividade ou grupo profissional, em um determinado tempo histórico.

Atividade 3

Reflita sobre o texto apresentado, retome as respostas dadas por você na atividade 2 e analise as relações que podem ser estabelecidas entre o texto e o resultado da atividade. Vamos discutir suas conclusões no fórum.

Até este ponto do módulo, procuramos fazer com que alguns recortes da realidade – de uma equipe hipotética ou de equipes concretas, como a sua, explicitassem o cotidiano de um processo de trabalho: quem faz, como faz, com o que faz, por que faz e quais os resultados alcançados com o trabalho. Com o texto seguinte, pretendemos que você compreenda ou consolide os seus conhecimentos sobre os elementos que compõem um processo de trabalho, tendo como referência o seu cotidiano e as possibilidades de transformá-lo, sempre que necessário.

Seção 1

O processo de trabalho

Foto: Peter Ilicciev - Fiocruz Multimagens

Foto: Raul Santana - Fiocruz Multimagens

Foto: Paulo Rodino - Fiocruz Multimagens

Foto: Arquivo Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de uma equipe na atenção básica, constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no SUS. Por isso, julgamos necessário aprofundar o nosso conhecimento sobre o processo de trabalho em geral e do processo de trabalho na atenção básica em particular.

Abordaremos nesta seção os componentes do processo de trabalho e no final você encontrará também uma recapitulação do assunto abordado.

Diante dessa organização, esperamos que o estudo desta seção possa lhe oferecer subsídios para refletir criticamente sobre o processo de trabalho, respondendo aos seguintes objetivos:

- Compreender o processo de trabalho na sua totalidade e a interrelação dos seus elementos.
- Identificar as especificidades de cada elemento do processo de trabalho e suas implicações práticas.
- Perceber o funcionamento do processo de trabalho numa perspectiva dinâmica e reiterativa.
- Compreender a importância da avaliação constante no processo de trabalho.

Parte 1

Componentes do processo de trabalho

O modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho. Dito de outra forma, pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade.

A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho. Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele.

Essas são características muito presentes na ABS e no PSF. Por isso, é fundamental que os profissionais aí inseridos desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho.

Em um processo de trabalho, as f**inalidades ou objetivos** são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico.

Os **objetos** a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais.

Exemplos
Transformar o miné rio de ferro e o carvão em aço; transformar a madeira em uma mesa; transformar um corpo/pessoa doente em um corpo/pessoa mais saudável; mudar o comportamento de uma pessoa a respeito de sua saúde; mudar o comportamento de uma comunidade a respeito do meio ambiente.

Os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades.

Os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos.

O conceito e o esquema geral dos processos de trabalho são oriundos da economia e ganharam utilidade especial na análise de processos de trabalho específicos na ergonomia e saúde do trabalhador, na engenharia de produção e na administração.

Vamos, a partir de agora, abordar, de forma um pouco mais detalhada, cada componente do processo de trabalho.

1.1 | Objetivos ou finalidades

Todo processo de trabalho é realizado para se atingir alguma(s) finalidade(s) determinada(s) previamente. Pode-se dizer, portanto, que a finalidade rege todo o processo de trabalho e é em função dessa finalidade que se estabelecem os critérios ou parâmetros de realização do processo de trabalho.

O objetivo do processo de trabalho é a produção de um dado objeto ou condição que determina o produto específico de cada processo de trabalho. Com esse produto, por sua vez, pretende-se responder a alguma necessidade ou expectativa humanas, as quais são determinadas ou condicionadas pelo desenvolvimento histórico das sociedades.

Deve-se destacar que, como todo processo de trabalho é regido pelos fins estabelecidos, a escolha e o estabelecimento desses fins ou objetivos são uma atividade de crucial importância. É aí que se localizam, mesmo que não explicitamente, as grandes questões sociais e de poder na determinação dos processos de trabalho.

Atualmente, em nossa sociedade, em quase todas as instituições, a definição das finalidades está quase completamente alienada, fora do poder de decisão dos trabalhadores que realizam as atividades produtivas diretas. Quem define as finalidades são, geralmente, grupos restritos que

ocupam os níveis mais elevados da hierarquia institucional. Talvez, por isso, seja comum o fato das análises dos processos de trabalho omitirem esse componente – o objetivo – em seus esquemas analíticos, tratando-o como um dado externo ao próprio trabalho. Essa é, em nosso entendimento, uma visão equivocada e viciada, que pressupõe a impossibilidade de os trabalhadores deliberarem sobre o conjunto da produção social.

1.2 | Meios e condições

Todo processo de trabalho é desenvolvido com o uso de meios específicos para cada condição particular. Os meios e condições de trabalho se combinam na realização do trabalho, por meio da atividade produtiva. Eles abrangem um espectro muito amplo:

- As ferramentas e estruturas físicas para o trabalho, como máquinas, equipamentos, instrumentos, edificações e o ambiente, que permitem que o trabalho se realize;
- os conhecimentos, sistematizados ou não, e as habilidades utilizadas no processo de trabalho, comumente chamados de meios intangíveis (ou tecnologias leve-duras e leves, na terminologia cunhada por Emerson Merhy para a análise dos processos de trabalho em saúde);
- por fim, podemos considerar, também, as próprias estruturas sociais, que são determinantes, por exemplo, para as relações de poder no trabalho e para a remuneração dos diversos tipos de trabalho.

1.3 | Objeto

Todo processo de trabalho se realiza em algum objeto, sobre o qual se exerce ação transformadora, com o uso de meios e em condições determinadas.

Elementos físicos e biológicos ou mesmo elementos simbólicos, assim como subjetividades ou complexos sociais, podem ser objetos nos diversos processos de trabalho.

Observação
O uso do termo "objeto" na análise técnica de processos de trabalho, algumas vezes, é feito no sentido do fim ou da meta do processo. Aqui utilizamos o termo "objetivo" nesse sentido e reservamos ao termo "objeto" o significado de matéria, condição ou estado sobre o qual se exerce a atividade produtiva (ação) no sentido de sua transformação.

1.4 | Agente ou sujeito

Todo processo de trabalho tem um sujeito – ou conjunto de sujeitos – que executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos.

Deve-se considerar o agente do trabalho na complexidade de sua existência real. Nos processos de trabalho em geral, muitas vezes a atividade é realizada por apenas um indivíduo, embora raramente isso ocorra em todo o processo de trabalho. Trata-se, então, de um sujeito individual exercendo uma atividade ou um conjunto dado de atividades. Frequentemente, no entanto, encontramos, nos processos de trabalho, atividades coletivas, conjuntas ou complementares de vários indivíduos. Nesse caso falamos, normalmente, em trabalho de grupo ou de equipe.

A maior parte dos processos de trabalho, individuais ou de equipe, realiza-se dentro de organizações sociais ou instituições especialmente constituídas para um determinado fim. Além disso, deve-se considerar, ainda, que todos esses sujeitos são formados e desenvolvem suas atividades em uma sociedade determinada. Assim, os objetivos, bem como os procedimentos analíticos e operacionais de adequação de meios, condições e fins, são estabelecidos e realizados em todos esses níveis (social, institucional, de equipe ou grupo e individual).

Portanto, dependendo da perspectiva de análise, o agente do trabalho pode e deve ser visto como um indivíduo, um grupo ou equipe, uma instituição ou uma sociedade.

1.4.1 | Objetivos existenciais ou sociais nos processos de trabalho

Até este ponto do texto, consideramos os objetivos dos processos de trabalho sob um ângulo predominantemente técnico, da finalidade imediata do trabalho (produzir uma mesa, aplicar uma vacina, preparar uma comida, etc.). Porém, todo processo de trabalho realiza também objetivos existenciais e sociais dos sujeitos nele envolvidos, objetivos esses que podem estar claros ou não para esses sujeitos.

Em primeiro lugar, o processo de trabalho é um momento privilegiado de exercício de capacidades, de manifestação ativa dos indivíduos e, por isso, podemos dizer que a realização em si dessas individualidades é também um objetivo de todo trabalho. Dito de outra forma, desenvolver a capacidade e a possibilidade de realizar um trabalho pode ser, em si mesmo, um objetivo.

Por exemplo: A capacidade que desenvolve um membro de uma equipe de saúde de organizar e conduzir uma reunião pode ser tão importante para esse sujeito quanto os resultados alcançados com essa reunião, na medida em que representou um desafio pessoal que foi superado.

Aqui se incluem potencialidades e expectativas individuais que são sempre formadas ou desenvolvidas socialmente. Mas deve-se destacar que parte não desprezível dessa realização, assim como da produtividade do trabalho, deve-se às relações interpessoais nas equipes de trabalho. Dessa inter-relação também emergem objetivos diversos daqueles relacionados à realização dos produtos que tecnicamente são o fim do trabalho da equipe.

Em segundo lugar, é claro que as instituições apresentam objetivos que vão muito além da simples realização dos produtos para os quais elas são designadas. Esses objetivos variam, certamente, com o caráter das instituições em questão. Um exemplo clássico é aquele das empresas privadas dentro das relações sociais capitalistas. Nessas condições, as instituições sempre têm como objetivo final não apenas a fabricação de um produto, mas, também, produzir certo volume ou percentual de lucro ou conquistar certa posição no mercado. A realização de seus produtos ou serviços é, de fato, meio para atingirem tal fim. Do mesmo modo, dentro das instituições públicas por meio das quais se realizam, por exemplo, os serviços públicos de saúde e educação no Brasil, há objetivos de interesse dos representantes políticos, tais como a conquista e a manutenção de posições de poder nos diversos níveis institucionais: local, municipal, regional, estadual e nacional.

Por fim, todos esses objetivos ou expectativas individuais, grupais ou institucionais se dão numa determinada sociedade que também produz (de uma maneira ou de outra) objetivos ou expectativas, expressos, mais ou menos claramente, em padrões, valores e metas.

Nos níveis institucional e social é que se definem, também, as retribuições, as recompensas (salário, por exemplo) atribuídas aos diversos indivíduos, conforme suas posições na divisão do trabalho. Essas recompensas representam parcela significativa das condições de trabalho e, ao mesmo tempo, certamente, constituem parte dos objetivos dos agentes individuais nos processos de trabalho.

Pode-se concluir que todos os objetivos dos processos de trabalho são, portanto, estabelecidos por subjetividades ou complexos de subjetividades em diversos níveis de estruturação, que, como tal, funcionam como agentes, em sentido amplo, nos processos de trabalho.

Atividade 4

Ao longo desse texto foram elencados e analisados os elementos do processo de trabalho em geral. Para avaliarmos a sua compreensão sobre esses conceitos, procure identificar, em cada situação relacionada no quadro a seguir, os seguintes elementos: objetivos e finalidades, agentes, objetos e meios.
Guarde seu trabalho no portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Situações	Objetivos/ finalidades	Agentes	Objetos	Meios
Realização de um grupo operativo				
Uma campanha de vacinação				
O atendimento médico da demanda espontânea				
Programa de Educação para a Saúde dirigido os adolescentes				

Recapitulando ...

As condições, meios, objetos e os próprios agentes dos diversos processos de trabalho são alvos de uma seleção, assim como de transformação e/ou de criação humanas, e interagem para a consecução dos objetivos, estabelecidos por indivíduos, grupos, instituições e/ou pela sociedade, buscando atender às suas necessidades e expectativas. Consequentemente, os processos de trabalho são avaliados pela adequação dos resultados a esses objetivos, necessidades ou expectativas. Os componentes do processo de trabalho, incluindo os seus fins, a sua execução e a própria avaliação, sofrem modificações a partir desse processo crítico de avaliação. Isto é, os processos de trabalho são sempre avaliados em função dos seus resultados, mais ou menos intensos, consciente e sistematicamen te,conforme as condições sociais e institucionais em que eles se exercem. A avaliação constitui, necessariamente, um momento e um instrumento de crítica de todo o processo e sua execução. É, portanto, uma peça fundamental para o desenvolvimento de qualquer processo de trabalho. Em geral, os componentes dos processos de trabalho são, eles próprios, produtos de trabalho. A sua produção é uma criação humana consciente e eles são uma adequação concreta de recursos existentes aos fins postos. O funcionamento reiterativo dos processos de trabalho implica, como dito anteriormente, algum tipo de avaliação e crítica que incide sobre os procedimentos e conhecimentos de cada processo de trabalho, possibilitando a sua transformação consciente. A construção do conhecimento e de novas capacidades daí derivadas é elementochave no desenvolvimento dos processos de trabalho, em quaisquer de suas características, por exemplo, a produtividade, a satisfação e a realização pessoal dos profissionais Ne dos usuários ou clientes, a economia de meios e otimização de recursos (o que é fundamental para a preservação ambiental), etc.

Vamos, agora, iniciar a discussão de um processo de trabalho com características particulares, que é o processo de trabalho na prestação de serviços. É importante atentarmos para essas características, uma vez que o trabalho em saúde é uma prestação de serviços também bastante particular. O entendimento dessas características e das particularidades do trabalho em saúde nos ajudará, certamente, a definir as melhores alternativas para enfrentarmos os problemas de saúde de nossas comunidades.

Seção 2

O processo de trabalho em atenção básica à saúde

Fotos: Peter Ilicciev - Fiocruz Multimagens

Esta seção tem como objetivo principal a discussão do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde (ABS). São objetivos específicos desta seção:

- Identificar as especificidades do processo de trabalho em saúde no âmbito de prestação de serviços;
- compreender as implicações dessas especificidades no trabalho das equipes de saúde;
- compreender o papel do profissional de saúde nas especificidades do processo de trabalho em saúde.

Buscaremos identificar, articular e contextualizar os elementos do processo de trabalho na realidade da prestação de serviços de saúde e suas particularidades, refletindo, ainda, sobre o conceito de território. Para cumprir esses objetivos, organizamos a seção em seis partes:

Parte 1 – Especificidades do processo de trabalho na prestação de serviços
Parte 2 – A noção de território
Parte 3 – Os agentes e sujeitos
Parte 4 – Os objetivos e finalidades
Parte 5 – Os meios e as condições
Parte 6 – Os objetos e os produtos

Parte 1

Especificidades 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 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. Solidarizamo-nos 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. Este tema será retomado na seção 4 deste módulo, quando discutiremos a determinação social da saúde e da doença.

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:

- Pouco 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;

- pouco relevante quando a abordagem clínica se restringe ao aspecto biológico e a terapêutica se restringe à intervenção farmacológica ou cirúrgica;
- importante quando se consideram aspectos psicossociais (inclusive comportamentais) na abordagem do problema e no plano terapêutico.

Atividade 5

Considerando as especificidades da prestação de serviços em saúde assinaladas anteriormente, responda: qual o papel da comunicação no processo de trabalho em saúde?
Vamos discutir essa questão no fórum.

A atenção básica em saúde, entendida como o componente primário de redes de serviço de saúde, é exercida atualmente em várias regiões do mundo, predominantemente por meio de um médico generalista, atendendo a uma população definida/vinculada. No modelo do PSF brasileiro, a atenção é prestada por meio de uma equipe formalmente constituída, que traz como peculiaridade a figura dos agentes comunitários de saúde, reforçando a abordagem comunitária. Outra característica importante do PSF é a definição de um território ou área de abrangência de cobertura de cada equipe ou um território, que se obtém pela vinculação de um número de pessoas de determinada área adscrita a uma equipe de referência. Aqui vale a pena abrir um parêntese e refletir sobre o significado da palavra **território**.

Parte 2

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 osprocessos 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 de Saúde da Família.

Parte 3

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.

3.1 | 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.

3.2 | 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.

3.3 | 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).

3.4 | 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.

3.5 | 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.

Parte 4

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.

4.1 | 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.

4.2 | 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.

4.3 | 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 deste módulo.

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.

4.4 | 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.

4.5 | 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.

Parte 5

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.

Parte 6

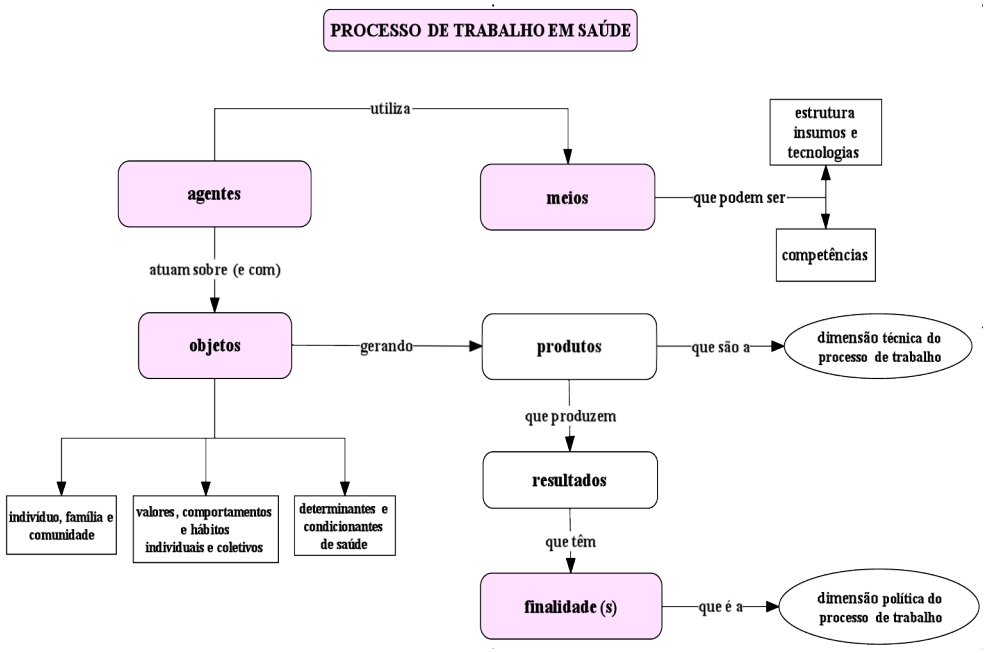
Os objetos e os produtos

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 seção, é imprescindível compreendê-los de maneira articulada, dinâmica e contextualizada. Podemos, assim, fazer a seguinte representação gráfica com vistas a essa compreensão:

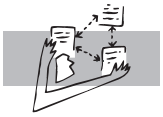


Nesta representação, podemos perceber os pontos de interligação entre os diversos elementos no cotidiano da nossa atuação, permitindonos uma visão abrangente do processo de trabalho.

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.



Atividade 6

Diante das leituras e reflexões realizadas até este ponto do módulo, procure rever o quadro que você preencheu na atividade 4 e analise-o. Você modificaria alguma coisa nele? O que modificaria? Guarde seu trabalho em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Seção 3

Modelos de determinação social da saúde e da doença

Fotos: Peter Ilicciev, Raul Santana e Vinícios Marinho - Fiocruz Multimagens

Nesta seção, vamos iniciar a discussão sobre como a saúde e a doença de cada indivíduo e dos diferentes grupos sociais são "produzidas", ou seja, como são determinadas a saúde e a doença. Como explicar as diferenças tão marcantes no estado de saúde dos diferentes grupos sociais ou dentro de um mesmo grupo social?

Ao tratarmos destas questões neste módulo, esperamos que ele permita:

- Repensar o nosso processo de trabalho, em particular as finalidades no nosso trabalho;
- entender a forma como organizamos os nossos sistemas desaúde e os modelos assistenciais que adotamos em diferentes momentos de nossa história.

Nesse sentido, organizamos esta seção em quatro partes:

Parte 1 - A determinação social dos indivíduos
Parte 2 - O conceito de saúde
Parte 3 - Determinantes sociais da saúde
Parte 4 - Evidências da determinação social da saúde

Iniciamos esta discussão com uma reflexão sobre nossa própria "determinação" ou, dito de outra forma, o que explica as trajetórias das pessoas individualmente e dos diferentes grupos sociais.

Parte 1

A determinação social dos indivíduos

É consenso no pensamento social contemporâneo que os indivíduos são determinados por sua posição na sociedade. Todos reconhecemos que os meios materiais e espirituais para o desenvolvimento e a realização de capacidades a que os indivíduos têm acesso no curso de suas vidas, assim como a teia de relações peculiar nas quais cada indivíduo realiza a sua existência, definem as possibilidades e formam as características das existências individuais.

Essa determinação atravessa todas as dimensões da vida social. Pode-se considerá-la desde o nível mais amplo, em que encontramos as relações econômicas e macrossociais que hoje são, certamente, definidas no plano mundial.

Um exemplo claro e evidente dessa determinação macrossocial sobre a vida das pessoas é a acentuada diferença entre as possibilidades de desenvolvimento e realização pessoal que estão dadas para as populações dos diversos países. Para comprovar isso, basta você considerar, por um instante, o nível de proteção social que se tem nos países nórdicos como um extremo e na África subsaariana, como outro. É razoável supor que os níveis de saúde e de violência social geral, nessas diferentes sociedades, sejam determinados por aquela diferença no nível de proteção social.

Talvez você não se dê por satisfeito com esse exemplo. Alguns podem atribuir essa diversidade nas condutas a diferenças naturais dos indivíduos que compõem as diferentes populações. A história tem comprovado ocontrário. Como exemplo, podemos citar o fato de que as populações

migrantes, com o tempo, adquirem características comportamentais próximas da cultura para onde migraram e isso é tão mais intenso quanto maior for a interação que estabelecem com essa nova cultura. No entanto, muitos podem ser reconfortados com a justificativa naturalista, porque ela nos desvia da crítica social.

Porém, o próximo exemplo é ainda mais marcante e nele a determinação social surge mais diretamente evidente. Esse exemplo está nas crises econômicas que, aqui e ali, acometem um ou vários países.

Na grande crise mundial que, em 1997/98, atingiu em cheio países do Sudeste asiático, a Rússia e o Brasil, a Indonésia viu a renda de mais de 30 milhões de pessoas cair abaixo da linha da pobreza e mais de 14 milhões de pessoas serem lançadas no desemprego em poucos meses. Não é difícil conceber o quanto isso representou em aumento de desespero, de violência em todos os níveis, de sofrimento e morte para essa população.

O preço em qualidade de vida cobrado pela crise financeira na Indonésia não foi plenamente computado nem divulgado e acredita-se que tenha sido parcialmente mitigado por pacotes de ajuda internacional, no bojo de importantes mudanças políticas, com a deposição do presidente do país. Para mais informações, ver:

- http://www.unctad.org/en/docs/poedmm135.en.pdf
- http://www.medact.org/content/health/documents/poverty/Simms%20and%20Rowson%20-%20Reassessment%20of%20health%20effects%20Indonesia.pdf

De todo modo, é mais que evidente que as grandes crises sociais cobram preço altíssimo em qualidade e duração da vida das pessoas. Esse fato está perfeitamente documentado nas crises que ocorreram nos vários países do Leste europeu com o fim do sistema soviético. A expectativa de vida aos 15 anos caiu na Rússia e na antiga União Soviética lentamente, desde a metade da década de 70, e drasticamente a partir dos anos 90 até o ano 2000. No total foram perdidos, em média, sete anos de vida para os homens e três para as mulheres (MARMOT, 2004).

As possibilidades para o desenvolvimento e a realização de capacidades individuais, as expectativas, os valores e o próprio caráter das pessoas são, de fato, profundamente marcados pela estrutura econômico-social geral que – acentuamos mais uma vez – é progressivamente mundial. Os padrões éticos em geral, o nível de competitividade entre as pessoas, os padrões e perfis mais gerais de consumo, etc. são certamente delineados nesse nível macrossocial.

Como então há tanta diversidade de comportamentos dentro das mesmas condições estruturais da sociedade?

Ocorre, em primeiro lugar, que as grandes estruturas econômicas da sociedade podem conviver com uma relativa diversidade e independência

de padrões culturais. É possível, por exemplo, como vemos hoje, a estrutura capitalista desenvolver-se em culturas democráticas e com tradição de respeito aos direitos civis, assim como em culturas de padrão autoritário e até mesmo patriarcal.

Em segundo lugar, as grandes estruturas econômico-sociais vão se fazer presentes na vida das pessoas, determinando-lhes o modo de ser por uma série de mediações, de dimensões intermediárias, particulares, até a composição das condições de existência cotidiana de cada indivíduo. As condições materiais das diversas famílias e indivíduos numa mesma classe ou grupo social se aproximam bastante, mas alguma diferença está sempre presente, dadas as características próprias de cada família ou indivíduo, como a existência de algum patrimônio deixado por gerações anteriores. Do mesmo modo, as características culturais das pessoas numa classe ou grupo social tendem a uma certa homogeneidade, distinguindoas de outras classes e grupos sociais. Os valores éticos, os gostos estéticos, as características das relações interpessoais (as relações amorosas e as relações entre adultos e crianças, por exemplo) têm traços comuns que marcam grupos sociais distintos. Porém, assim como nas condições materiais, as diferenças são também marcantes, dependendo da história particular de cada subgrupo pessoal, de cada família, de cada indivíduo.

Por fim, a última mediação na determinação da vida de cada indivíduo é o próprio indivíduo. Em seu patrimônio material e espiritual e nas condições reais de sua vida, os indivíduos sempre têm a possibilidade de fazer escolhas, que constituem um elemento característico de seu comportamento. Essas escolhas, aliadas ao comprometimento individual e coletivo que daí podem derivar, são momentos críticos para a transformação da própria estrutura social e dos padrões de relações e valores que conformam uma dada sociedade.

Até aqui tratamos da determinação social dos indivíduos em geral, mas o nosso objeto é a determinação social da saúde. Cabe, portanto, perguntar: a determinação social da saúde tem mecanismos próprios, peculiares ou pode ser entendida como a determinação geral dos indivíduos? Os mecanismos da determinação social da saúde são os mesmos da determinação social dos gostos estéticos ou dos valores éticos, por exemplo, ou são diversos destes?

Ao tratarmos da determinação social da saúde, torna-se obrigatória uma clara definição do que entendemos por saúde, sob pena de não se saber do que se está falando. Esse entendimento é importante para o esclarecimento dos mecanismos pelos quais essa determinação se dá e, portanto, também como ela pode ser modificada, transformada.

Parte 2

O conceito de saúde

Uma definição tradicional da saúde é puramente negativa, pois nela a saúde é considerada como simples ausência de doenças. Essa definição, tão contestada, como um componente de uma visão restritiva, puramente biológica e médica da questão da saúde, certamente não se aplica a uma análise da determinação social da saúde. Ao contrário, por princípio, trata-se de uma antidefinição, que nega qualquer perspectiva analítica ao tema da saúde e reduz, efetivamente, toda questão à compreensão e tratamento das doenças e lesões.

Outra definição também já tradicional é aquela da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1946, que considera a saúde um estado de perfeito bem-estar biopsicossocial. Essa é uma concepção positiva de saúde, embora tenha alguns inconvenientes. Em primeiro lugar, a indeterminação, a incapacidade de especificar o objeto que pretende definir. Em segundo lugar, estreitamente relacionado com o primeiro inconveniente, encontra-se o fato de se postular a saúde como um estado, uma condição ideal de plenitude, que seria o objetivo final, praticamente inatingível, da existência, da vida de todas as pessoas. Ora, certamente, não é este o sentido concreto que, na vida cotidiana, atribuímos ao termo saúde.

Uma terceira definição, que tem conquistado progressivamente mais espaço no setor saúde, entende que a saúde é um meio, um recurso para a vida das pessoas. Essa também é uma definição positiva que, no entanto, não incorre nos vícios da definição anterior. Esta terceira definição, muito difundida no campo da promoção da saúde, aproxima-se do uso orrente do termo. Ela permite a clara distinção da saúde em relação aos outros recursos e condições da realização da vida humana, determinando o seu espaço nos objetivos de vida das pessoas.

As duas definições positivas de saúde a que nos referimos aqui estão no texto fundante da promoção da saúde: o relatório da Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, organizada pela OMS em 1986, a Carta de Ottawa:

> Promoção de saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre como melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Concebendo-se a saúde como um meio, como uma condição para a realização da vida, tem-se necessariamente que distinguir a saúde da totalidade da vida e, portanto, do conjunto dos objetivos da vida dos homens. A vida humana, obviamente, estabelece objetivos que não se restringem à saúde e que se mostram superiores à saúde na escala de valores. Esse fato se manifesta claramente quando a vida individual e a saúde são postas em risco devido à realização desses outros valores (sejam eles valores éticos universais, como o bem comum, ou valores relativos à família, ao amor, ao trabalho, à pátria, ao prazer ou outros). As atitudes realizadas em função desses valores se justificam por si mesmas, como expressões práticas de uma determinada postura social e cultural e não por seu resultado para a saúde dos praticantes.

Pode-se concluir, portanto, que, ao considerar-se a saúde um meio para a vida ou para a realização dos indivíduos na vida, certamente não se pode confundi-la com a totalidade da realização de cada um e, portanto, impõe-se uma restrição ao conceito de saúde que não se encontra na definição da OMS. Desse modo, a saúde é tomada como um dos elementos da qualidade de vida e uma das condições objetivas para o desenvolvimento humano, e não como o seu conjunto.

Sob esse ponto de vista, deve-se identificar saúde como vitalidade psíquico-fisiológica, isto é, como capacidade psicofisiológica para exercício ativo de cada indivíduo para a sua realização na vida.

Saúde, capacidade psicobiológica, é, certamente, uma condição parcial para a realização dos indivíduos na vida, uma condição que, ao mesmo tempo, abrange e é condicionada pelas determinações de sua existência como ser biológico.

Implícita ou explicitamente, esta definição é aquela objetivamente adotada quando se busca avaliar as condições de saúde de certo universo humano ou o impacto sobre a saúde de uma dada intervenção (planos, projetos, programas,protocolos, etc.). De fato, os conceitos e as medidas tanto de saúde autorreferida como aqueles de "expectativa de vida" ou "anos de vida saudáveis" ou, ainda, os seus correlatos negativos, os coeficientes de mortalidade e incapacidade, todos esses se referem, sem qualquer dúvida, à vitalidade, à capacidade psicofisiológica dos indivíduos.

Como vimos no tópico sobre a determinação social dos indivíduos, além da saúde, outras condições são necessárias para a realização dos indivíduos. Trata-se, em síntese, dos meios que a sociedade propicia, permite e determina para eles se desenvolverem e se realizarem. Há aqui o campo dos meios físicos, dos meios materiais e o campo dos meios intangíveis ou espirituais, por exemplo, a educação, o respeito, o afeto, a atenção que os indivíduos, de acordo com suas posições no ordenamento social, reciprocamente se dão. Essas condições, essencialmente sociais, são, por sua vez, determinantes centrais das condições de saúde dos indivíduos.

Entende-se que, nesse amplo escopo, no complexo dinâmico do desenvolvimento humano, o campo institucional da saúde – o setor saúde – tem como objetivo específico a promoção, a proteção e a recuperação da vitalidade psicofisiológica. Essa é a sua responsabilidade institucional. Mas, com isso, não se restringe novamente a atuação do setor saúde ao campo biológico ou biopsíquico?

Claro que não. O que se obtém com essa delimitação do conceito de saúde não é a eliminação das dimensões sociais de seu universo de interesse teórico e do campo de sua prática. Ao contrário, essa delimitação explicita o compromisso do setor saúde e o seu objetivo específico na análise e intervenção social. Com essa delimitação é possível que a abordagem do social no setor saúde se torne mais objetiva, operacionalizável e eficaz.

Parte 3

Determinantes sociais da saúde

Examinando-se a determinação social dos indivíduos e especificandose o que é a saúde, não é preciso muito esforço para compreender a determinação social da saúde.

No curso de nossa vida nos desenvolvemos – recebemos, reproduzimos e criamos meios de realização – e nos realizamos, de uma maneira ou de outra. O indivíduo, de acordo com sua posição no ordenamento social, tem acesso aos meios produzidos e disponibilizados pela humanidade, realizando suas potências naturais dentro das condições e possibilidades do meio social em que vive, assim como também realiza potências que são de origem essencialmente social. A realização de cada um constitui, por sua vez, momento ativo do desenvolvimento humano genérico. No seu desenvolvimento, os indivíduos organizam e transformam grupos humanos nos mais diversos níveis e, também, a própria humanidade. Então, por fim, para os próprios indivíduos, que são concentrações vivas e pontos de interação da rede social, a transformação da sociedade resulta em novas condições de ser, novas condições de sua existência, inclusive psicofisiológica.

As condições sociais são, efetivamente, base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. Isso se comprova pelo fato de que, ao retrocedermos nas séries causais dos principais grupos patológicos, daqueles que têm mais magnitude e transcendência nas diversas sociedades, encontramos, entre os determinantes finais, com muito peso, as condições sociais de vida.

As condições de habitação e as condições ambientais do peridomicílio, a existência de restrições no acesso à alimentação e a outros bens fundamentaispara a reprodução da vida, as características físicas das atividades realizadas no trabalho, assim como as condições do ambiente em que se realiza o trabalho podem implicar uma série de riscos à saúde que, em geral, estão além da possibilidade de controle por parte dos indivíduos. Essas condições são essencialmente determinadas pela posição dos indivíduos na hierarquia social e na divisão social do trabalho e da renda.

Localiza-se aí um campo da determinação social da saúde que podemos chamar, genericamente, de físico ou ambiental. É mais do que evidente o grande diferencial de risco ambiental ou físico a que estão submetidos os indivíduos conforme a sua posição social. Esse gradiente social se manifesta na comparação entre países e, no interior dos países, na comparação entre os diversos estratos sociais. A exposição a agentes biológicos, químicos ou físicos danosos, a deficiência nutricional, o desgaste físico generalizado ou o esforço repetitivo no trabalho são características das condições sociais de pobreza ou miséria que ainda acometem a maior parte da população mundial. Além da maior exposição a riscos, a vulnerabilidade das populações carentes é ampliada pela deficiência no acesso à educação e aos serviços de saúde, o que reduz a sua capacidade de lidar com esses riscos.

Mas a determinação social da saúde não está circunscrita aos males provenientes da exposição aos riscos de dano fisiológico que caracterizam a pobreza ou à proteção contra esses riscos que caracterizam os estratos sociais medianos e de elevada renda. Não, há um campo de determinantes sociais sobre a saúde mais sutil, porém igualmente intenso. Trata-se do campo comumente chamado de determinantes psicossociais. O grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são igualmente determinantes de suas condições de saúde. De fato, esse campo da determinação social da saúde é cada vez mais relevante, estando na base da série causal dos principais problemas de saúde da atualidade, no mundo em geral e mesmo nos países de renda média e baixa, em particular.

Em relatório de 2005, a OMS postula que, no mundo em geral e nos países de média e baixa renda em particular, ao se considerar o impacto na mortalidade, os três principais problemas de saúde são, em ordem decrescente: doençascardiovasculares, câncer e traumas; já ao se considerar o impacto sobre a perda de anos de vida saudáveis, os três principais problemas de saúde, também em ordem decrescente, são: doença mental, trauma e doença cardiovascular (WORLD HEALTH ORGANIZATION , 2005). É sabido que fatores psicossociais têm muito peso nas cadeias causais de todos esses problemas.

Atividade 7

Retome os problemas da atividade 2 e tente identificar e correlacioná-los com seus determinantes e condicionantes. Guarde seu trabalho em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.

Parte 4

Evidências da determinação social da saúde

Afirmamos anteriormente que há um consenso quanto à determinação social dos indivíduos no campo da teoria social. Esse consenso é, no entanto, quebrado por uma linha de pensamento que tem muita penetração no pensamento social e também na cultura médica. Trata-se da concepção liberal da economia e da sociedade, que pretende que as atitudes e os comportamentos individuais sejam fundamentalmente frutos da escolha individual e que, em última instância, as bases da personalidade e do comportamento dos indivíduos sejam determinadas pela natureza.

No campo da saúde, essa visão naturalista e individualista da vida e dos comportamentos individuais encontra grande sintonia com a abordagem exclusivamente biológica dos problemas de saúde. Por um lado, esses problemas são reduzidos a fenômenos de base puramente natural, doenças cuja explicação só pode ser encontrada na determinação genética e em sua expressão fenotípica, condicionada pelo ambiente físico e pelos comportamentos individuais. Por outro lado, esses comportamentos são tratados como objeto de uma escolha individual que se pretende ser essencialmente livre, independentemente de determinantes sociais.

A doutrina da medicina baseada em evidências, capturada por esse foco exclusivo, não é capaz de reconhecer os determinantes sociais subjacentes aos principais problemas de saúde mundiais. As pesquisas para a determinação dos fatores de risco para problemas, como as neoplasias e as doenças cardiovasculares, quase sempre tratam esses determinantes sociais apenas como fatores de confusão (confounders).

Pearce, um pesquisador neozelandês, mostra que significativo número de estudos sobre fatores de risco para diversos cânceres identifica a pobreza ou classe social baixa como fator de risco para a neoplasia, mas esses estudos tratam esse fator como mero confounder (PEARCE, 1996).

No entanto, a determinação social da saúde encontra as mais amplas evidências, seja na análise histórica, seja nos próprios padrões da pesquisa epidemiológica contemporânea. Obviamente, em qualquer caso, não se trata de negar a determinação genética das condições de saúde, mas de precisar o seu peso em face dos determinantes comportamentais e sociais.

São várias as evidências históricas de graves problemas de saúde que foram controlados ou mesmo desapareceram com a modificação das condições sociais de vida das populações, antes ou independentemente do acesso dessas populações a recursos médicos terapêuticos ou preventivos contra o problema. Caso bem estudado e documentado é o da tuberculose que, nos países desenvolvidos, teve a sua incidência drasticamente reduzida muito antes da descoberta e do início do uso dos primeiros tuberculostáticos, devido às melhorias das condições de habitação, nutrição e trabalho das massas que ocorreram nesses países a partir da segunda metade do século XIX (ver, por exemplo, McKEOWN, T. The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis? London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976).

Esse exemplo, no entanto, refere-se àquele conjunto de determinantes sociais da saúde que denominamos físicos ou ambientais e que estão, de modo geral, vinculados às condições de pobreza e miséria. A alteração das condições da saúde em razão da alteração dessas condições ambientais, embora seja devida à mudança das relações sociais, ainda pode ser analisada no marco exclusivamente biológico e naturalista, que compreende o indivíduo isolado em sua relação com o meio.

A questão é muito diferente quando se trata das doenças e agravos nãotransmissíveis, que são os principais problemas de saúde no mundo contemporâneo. Nesse caso, as evidências são de que as condições sociais atuam preponderantemente por mediação psíquica, isto é, por seu efeito sobre as emoções pessoais no curso da vida; e a qualidade e o caráter das interações sociais estão diretamente implicados nessa determinação.

O conjunto mais rico de evidências nesse sentido tem sido trazido por longos e amplos estudos de coorte sobre os funcionários públicos do Reino Unido, conhecidos como estudos Whitehall I e II.

O achado mais importante e consistente desses estudos é a existência de um gradiente no nível de saúde, medido pela expectativa de vida e pela incidência de doenças e eventos cardiovasculares, acompanhando rigorosamente o gradiente social. A expectativa de vida cresce e a incidência dos eventos cardiovasculares cai à medida que se eleva o nível hierárquico das categorias profissionais. A incidência de depressão também

acompanha o mesmo gradiente social e é um forte preditor para suicídio, assim como para doença cardíaca. Esses resultados são corroborados por estudos realizados nos Estados Unidos e em outros países.

A correlação entre nível de saúde e condições sociais se manifesta também quando se considera não a posição dos indivíduos na hierarquia social, mas o seu nível educacional ou o nível social de seus pais.

Por outro lado, a correlação também se apresenta quando se consideram marcadores bioquímicos de risco cardiovascular, como o nível sérico de colesterol, triglicérides, glicose ou de fibrinogênio.

Do mesmo modo, os fatores de risco tradicionais, relacionados às doenças cardiovasculares, como o tabagismo, a obesidade central (medida pela relação cintura/quadril), o sedentarismo, a limitação nas relações pessoais, atribuídos ao comportamento de livre escolha individual, também acompanham o mesmo gradiente. Contudo, os estudos Whitehall mostram que esses fatores de risco respondem por apenas 30% do gradiente social em mortalidade.

Ora, se não são os chamados comportamentos de risco que podem expli caro gradiente social da mortalidade e do risco cardiovascular, o que poderia, então? Alguns dados ajudam a encontrar a pista para obtermos a resposta.

Os mesmos gradientes de mortalidade e de aterosclerose acompanham a hierarquia social também em primatas. Estudos em babuínos revelam também que os marcadores bioquímicos de estresse acompanham o mesmo gradiente de hierarquia social, sendo piores nos níveis mais baixos e melhorando progressivamente até o mais alto nível hierárquico. Essa correlação entre indicadores de estresse e nível hierárquico também é encontrada em crianças de 10 anos de idade, considerando-se o nível social de seus pais.

Além disso, tanto os estudos Whitehall como um conjunto de outros estudos de coorte enfatizam correlação negativa entre o nível de controle sobre as condições de trabalho e a doença coronariana ou a doença cardíaca em geral ou, ainda, com as desordens psiquiátricas menores e sintomas depressivos. À medida que cresce o nível de controle no trabalho, a incidência desses problemas se reduz.

Esse conjunto de dados, proveniente dos estudos Whitehall e outros, está consolidado nas obras de Michael Marmot, como Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications e The Status Syndrome. How Social Stand ing Affects Our Health and Longevity, e está sintetizado no texto: WILKINSON, R.; MARMOT, M. Social determinants of health: the solid facts. Disponível em: <http:// www.euro.who.int/document/e81384.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2009.

Para saber mais...

Uma síntese dos mecanismos de ação pelos quais o estresse crônico pode levar à doença cardiovascular pode ser encontrada em: VALE,

Parece razoável concluir, portanto, que fatores psicossociais como o nível de reconhecimento, autonomia e segurança, o balanço entre esforço e recompensa, entre demandas e controle, entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos conseguem, assim como a rede social que eles constroem durante a sua vida, têm forte impacto sobre o seu nível de saúde. Dessa forma, pode-se concluir que a qualidade e o padrão das relações sociais constituem um elemento com ampla e inquestionável determinação sobre a saúde. Essa determinação realiza-se predominantemente pela mediação psíquica, sendo a via do estresse crônico o mecanismo de ação mais conhecido para essa determinação.

Atividade 8

Nesta seção tivemos a oportunidade de aprofundar nossos conhecimentos sobre o processo de determinação social da saúde e da doença, apropriandonos de produções sistematizadas sobre esse assunto.

No nosso dia-a-dia, é muito comum percebermos o peso da determinação social sobre o processo de saúde e da doença e, muitas vezes, entramos numa discussão sem fim sobre essa situação, sem chegarmos a uma conclusão.

Considerando esses aspectos, retome os dados da atividade 04 e responda à seguinte questão: de que forma os determinantes de saúde e da doença identificados na atividade interferem no processo de trabalho de uma equipe de saúde e na organização da sua agenda de trabalho?

Guarde seu trabalho em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Recapitulando ...

É mais ou menos evidente, na maioria das situações do nosso cotidiano, que sempre existe mais de uma maneira de se fazer um trabalho. É evidente, também, que as diferenças na forma de executar um trabalho explicam, em grande parte, as diferenças na qualidade do trabalho executado, a qual pode ser traduzida em mais eficiência, mais eficácia ou mais satisfação para quem executa o trabalho e para quem utiliza o produto do trabalho, seja ele um serviço prestado ou um produto qualquer. Buscar a melhor forma de se fazer um trabalho é um desafio permanente para todos os trabalhadores e para as diferentes organizações/empresas. No caso de organizações econômicas, como uma fábrica de sapatos, isso define, em grande medida, o destino da organização e o seu lugar no mercado. No caso de uma prestação de serviços, por exemplo, a atenção à saúde pode significar a sobrevivência ou a morte de uma pessoa ou a melhor ou pior qualidade de saúde e de vida de uma comunidade.

Assim, procurar a melhor forma de se fazer um trabalho e de se produzir alguma coisa é uma preocupação que deve estar sempre presente, em particular entre os trabalhadores do setor saúde.

Processo de trabalho

Quando falamos em processo de trabalho, estamos falando, necessariamente, dos objetivos do trabalho, **dos sujeitos** que atuam, **do objeto** da ação e **dos meios** disponíveis e utilizados na execução da ação. Para entender e transformar nosso processo de trabalho de modo a torná-lo mais eficiente e eficaz, devemos considerar esses elementos e suas especificidades.

Em relação aos objetivos das ações, temos de nos perguntar: como foram definidos, por quem e por quê? Beneficiam a quem? Quais são suas consequências e desdobramentos e a quem prejudicam? Será que, no nosso dia-a-dia, temos clareza dos objetivos de **todas** as ações que realizamos?

Quanto aos sujeitos que executam as ações, devemos entender, antes de qualquer coisa, que eles têm história, cultura, vontades, poderes, conhecimentos e habilidades. Têm ainda conflitos e uma visão particular do mundo. E esses sujeitos interagem com outros sujeitos e com o seu meio, modificam-se e provocam modificações. Temos ainda de considerar que, na maioria das situações do nosso dia-a-dia, não existe apenas um sujeito trabalhando, e sim um **grupo de sujeitos a que nos acostumamos a chamar de equipe.**

Considerando o objeto da ação ou, dito de uma outra forma, aquilo que será transformado pela ação dos sujeitos, temos também de ter claro o que queremos. Nós podemos transformar a madeira em uma mesa ou em um barco, ou seja, em um objeto que tenha alguma utilidade. Mas, às vezes, o que queremos transformar é o estado de saúde de uma pessoa ou a qualidade de saúde de uma comunidade ou o comportamento de um grupo com respeito à sua saúde.

No tocante aos meios que os sujeitos utilizarão na sua ação, também temos de ter clareza sobre aquilo de que se dispõe para realizar a ação e sobre o que é mais adequado utilizar, considerando os recursos e os objetivos. O problema é que nem sempre conseguimos ter clara ideia dos recursos disponíveis, apesar de serem eles o elemento mais palpável e até mensurável do nosso trabalho. Às vezes, temos dificuldade de utilizá-los adequadamente, seja por falta de conhecimento e/ou habilidade, seja até por não conseguirmos identificar um recurso existente. Por exemplo, não adianta ter um eletrocardiógrafo se não temos quem o opere ou quem interprete um eletrocardiograma. Outro exemplo: temos um problema de desnutrição infantil na área onde atuamos e não conseguimos enxergar a Pastoral da Criança como um recurso para enfrentar esse problema e, por

Para refletir..

O que seria importante para conseguirmos vencer o desafio de estarmos sempre melhorando a nossa forma de trabalhar e de produzir? Quais elementos temos de considerar? Por onde começar? Para responder a essas questões, é importante que façamos uma reflexão sobre o que é processo de trabalho e, mais especificamente, o que é processo de trabalho em saúde. Considerando essa reflexão, poderemos identificar os elementos que são fundamentais para melhorar os resultados do nosso trabalho e a nossa satisfação com o mesmo.

essa razão, não estabelecemos uma parceria com essa organização social. Outro exemplo, ainda: trabalhamos em "equipe", mas estabelecemos relações estritamente formais e burocráticas que impedem o exercício pleno das potencialidades de cada membro dessa equipe. Assim, muitos recursos são desperdiçados.

Pensar o nosso processo de trabalho implica necessariamente uma reflexão sobre os nossos limites e as nossas possibilidades, mas, sobretudo, sobre as nossas responsabilidades.

Para refletir..

Como são definidos os objetivos de trabalho da sua equipe? Sua equipe utiliza os recursos de forma eficiente? Sua equipe se sente capacitada para desenvolver as ações que se esperam dela?

Processo de trabalho na saúde

A discussão do processo de trabalho em saúde nos remete, necessariamente, à discussão da prestação de serviços, porque é disso que trata o trabalho em saúde. E é uma prestação de serviços com uma característica muito especial em que o objeto do trabalho da equipe é outro sujeito (ou a modificação do estado ou condição de um outro sujeito) que participa não apenas fornecendo informações, mas também executando ações, ou seja, é também um **sujeito da ação**. Isso tem como consequência lógica e imediata a necessidade do estabelecimento de uma comunicação eficaz entre quem presta e quem recebe o serviço. E, mais ainda, é desejável que seja uma relação de confiança e de cooperação/parceria.

Para refletir..

Como você avalia a comunicação entre a sua equipe e as pessoas/comunidade de sua área? E como você avalia a comunicação entre os profissionais da sua equipe? A propósito deste tema, leia o texto complementar "Comunicação e Informação em Saúde", que você encontra na biblioteca virtual. (BRASIL, 2006)

O trabalho em saúde, como qualquer outro, tenta **alcançar objetivos e metas** (ou modificar uma situação não desejada). Para isso, utiliza-se e dispõe de **recursos**, sejam eles cognitivos, tecnológicos, organizativos, políticos, financeiros, etc. E, como em qualquer trabalho, busca-se alcançar os objetivos com o mínimo custo possível. Para se alcançarem objetivos de forma eficiente, é necessário ter clareza destes e saber explorar os recursos existentes.

Considerando **os objetivos e as metas**, constatamos que estes, via de regra, estão definidos de forma muito genérica ou suas metas são irreais, considerando-se os recursos existentes. É necessário que os objetivos e metas sejam **discutidos, pactuados e avaliados** de forma clara, objetiva e honesta, com todos os interessados – população, gestores e profissionais. Esse processo de pactuação e monitoramento "participativos" evoca a questão dos mecanismos e fóruns de deliberação que estamos construindo no âmbito do SUS. E mais, que os objetivos e metas pactuados devem estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Dessa forma, os profissionais de saúde devem considerar, no seu processo de trabalho, a criação e **participação** em fóruns de discussão e a necessidade de

negociação. A negação dessas duas condições (ou o seu tratamento inadequado) compromete a definição dos objetivos e das metas e, por consequência, das intervenções.

No que se refere aos recursos, observamos, frequentemente, escassez ou utilização ineficiente dos mesmos. Em relação à escassez de recursos, a equipe, geralmente, tem pouca governabilidade. Isso não significa que essa questão não deva estar sempre presente nas pautas de discussão/ negociação. Quanto à eficiência na utilização dos recursos, a equipe tem alguma governabilidade e depende de sua forma de trabalhar (de seu processo de trabalho).

Podemos identificar várias situações em que constatamos a má utilização dos recursos:

- Quando olhamos para uma comunidade, geralmente percebemos os seus problemas – falta de saneamento, desemprego, desnutrição, baixa escolaridade, violência, etc., porém temos dificuldade para identificar as suas potencialidades ou os recursos de que essa comunidade dispõe e que podem ser representados por sua organização, suas redes de ajuda, sua cultura, etc. Às vezes, também, não conseguimos enxergar os recursos representados por outras organizações que atuam na comunidade (governamentais e não-governamentais). Essa nossa "miopia" faz com que "desperdicemos" recursos fundamentais para o enfrentamento dos problemas porque não conseguimos estabelecer parcerias.
- Uma campanha de vacinação mal **planejada** pode levar ao descrédito da equipe e compromete o alcance de metas.
- A falta de **protocolos** pode diminuir a eficiência e/ou eficácia deuma intervenção.
- O trabalho fragmentado da **equipe** pode levar a desnecessário gasto de energia (e de recursos).
- O diagnóstico incompleto ou equivocado de uma situação ou problema pela não **utilização ou pela falta de informações** pode induzir a uma ação inadequada.

Outro aspecto importante no trabalho em saúde é que o resultado final depende de muitos trabalhos parciais. Por exemplo, uma criança chega à unidade com pneumonia. Ela passa pelo **acolhimento ou triagem,** que definirá a **continuidade** do cuidado que ela receberá da equipe. Poderá ir para uma **consulta, em que** poderão ser **solicitados exames** que deverão

ser **agendados** e cuja realização poderá ocorrer em outra unidade de saúde, por outra equipe. Também poderão ser **prescritos medicamentos** que deverão ser **aviados e sua utilização orientada**, podendo também ser **solicitado um retorno** que deverá ser **agendado**. Eventualmente, poderá ser realizada uma **visita domiciliar** para acompanhamento do problema. Dessa forma, o cuidado de saúde é "fragmentado" e várias ações são executadas por diferentes profissionais, às vezes de diferentes equipes e em diferentes locais. Da articulação adequada dessas ações dependem a qualidade do cuidado prestado e a eficácia do mesmo.

Essas e outras situações dificultam o alcance dos objetivos e metas e suscitam a insatisfação da população e da própria equipe. A busca por **resultados diferentes** no trabalho leva, necessariamente, à necessidade de **mudança na forma de trabalhar**. Essa mudança acarreta a valorização da comunicação e dos espaços de participação/negociação e a construção de parcerias. Implica, ainda, o uso adequado de protocolos, uma boa gestão das informações, planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções, a organização da agenda, ou seja, a equipe tem de aprender a trabalhar com as tecnologias de que ela dispõe, para usá-las da maneira mais eficiente e eficaz. Isso requer o esforço da capacitação permanente e da busca ativa do conhecimento.

No desenvolvimento do seu trabalho e na busca do cumprimento de objetivos e metas, a equipe de saúde deve ter consciência da existência de conflitos, sejam eles internos ou externos à equipe. Essa constatação impõe a necessidade de uma **visão estratégica** por parte da equipe. Sem essa visão, todo seu esforço pode ser em vão, mesmo com as melhores boas intenções.

A busca por resultados diferentes do nosso trabalho deve ser um esforço de todos os membros da equipe pelo qual todos devem se responsabilizar solidariamente.

Referências

Referências

Leituras recomendadas

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de informação, educação e comunicação/PNE/MS. Incentivo à participação popular e ao controle social do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 97p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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.

ISLAM, A. Globalization and development revisited in the light of asianexperience. Thailand: UNCTAD/UNDP Global Programme, nov. 1999. 25p. LALONDE, M. A new perspective on the health of canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. (Ed.). Social determinants of health: the solid facts. 2nd ed. Denmark: Word Health Organization, 2003. 33p.

MARMOT, M. The status syndrome: how social standing affects our health and longevity. New York: Temes Books, 2004.

MCKEOWN, T. The role of medicine: dream, mirage, or nemesis? London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.

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

NOGUEIRA, R. P. Pesquisador do IPEA. O Trabalho em serviços de saúde. Texto didático. p.59-63. (Disponível na biblioteca virtual).

Comentário: Neste texto, o autor considera as características gerais apontadas no item 1: aplicabilidade do esquema geral de processo de trabalho ao trabalho em serviços de saúde; sua especificidade como produção de serviço; o fato de operar não sobre coisas, mas sobre pessoas que, neste caso, são co-partícipes ativos no próprio processo. Como objetivo do trabalho em saúde, ressalta serem "certos efeitos úteis observáveis ou presumíveis" sobre a saúde do usuário.Destaca a fragmentalidade dos atos e a dificuldade do usuário em compreender o seu sentido.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ottawa charter for health promotion first international conference on health promotion. Ottawa: OMS, 1986.

PEARCE, N. Traditional epidemiology, moderna epidemiology, and public health. American Journal of Public Health, v. 86, n.5, p.678-683,1996.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia Saúde da Família. Natal: UFRN/UFPE. 7p. Disponível: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf.>. Acesso em: 30 jun. 2009.

Comentário: Seguindo a Merhy, as autoras destacam a intensa relação interpessoal no trabalho em saúde e seu caráter pedagógico, definindo o processo de trabalho em saúde como processo de produção do cuidado. Ainda aplicando os conceitos de Mehry, as autoras aplicam um esquema geral de processo de trabalho à saúde, nos seguintes termos:

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

De acordo com o esquema que utilizamos, podemos identificar a matéria-prima como o OBJETO, os instrumentos como os MEIOS E AS CONDIÇÕES, o homem como OS AGENTES, e o produto como o RESULTADO do processo de trabalho. Note-se que os objetivos são ausentes do esquema do processo de trabalho aplicado pelas autoras, o que torna a sua análise e especialmente a sua crítica muito limitadas. Note-se também que, neste esquema, o produto do trabalho em saúde considerado o seu próprio

ato, enquanto consideramos ser o seu produto as alterações na saúde do(s) usuário(s), seja em sua promoção ou na prevenção, recuperação ou reabilitação de agravos ou doenças.

Essa identificação do produto do processo de trabalho em saúde com o próprio trabalho é provocado por uma confusão entre objetivo e objeto do processo de trabalho que se manifesta claramente na seguinte passagem de Merhy: "Muitas pessoas acreditam que o objeto da igreja é a salvação da alma, mas, de fato, o objeto é a produção de práticas, como a crença, através das quais se atingirá a salvação como finalidade, como objetivo último. Assim, no interior da igreja, há uma quantidade enorme de processos produtivos articulados para a fabricação da crença religiosa e, com eles, a fé na salvação". "Do mesmo modo, no campo da saúde, o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir."

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

SIMMS, C.; ROWSON, M. Reassessment of health effects of the Indonesian economic crisis: donors versus the data. The Lancet, London, v. 361, p.1382-1385, nov. 2003.

VALE, S. Psychosocial stress and cardiovascular diseases. Postgraduate Medical Journal, v.81, n.957, p.429-35, 2005.

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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organização Pan-Americana da Saúde. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO Global Report, 2005.

Apoio

Ministério
da Educação

Ministério do
Desenvolvimento, Indústria
e Comércio Exterior

Secretaria de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde

Ministério
da Saúde

Realização

UFMG