



O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: um olhar para a Estratégia Saúde da Família

Lara Emanuelli Neiva de Sousa¹
Augusto Everton Dias Castro²
Alisson Ribeiro Oliveira³
Fabricio Sales Vieira⁴
Márcia Astrês Fernandes⁵

Resumo: A Saúde do Trabalhador constitui um campo na área da Saúde Coletiva em plena construção, cujo objeto está centrado no processo saúde-doença dos trabalhadores dos diversos grupos populacionais em sua relação com o trabalho. O processo saúde-doença constitui uma expressão particular do processo geral da vida social. O processo de trabalho em saúde coletiva produz alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimentos de medo, insegurança, baixa auto-estima, dificultando, assim, o trabalho dos profissionais, possivelmente influenciado pelas novas formas de organização do trabalho, marcadamente na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Trabalho. Prática Profissional. Processo Saúde-Doença.

Abstract: The Occupational Health is a field under construction in the area of Public Health, whose object is centered in the health-disease process for workers of various population groups in relation to their work. The disease process is a particular expression of the general process of social life. The process of working in public health produces alienation, powerlessness, stress, conflict, power struggle and feelings of fear, insecurity, low self-esteem, hence impede the work of professionals, possibly influenced by new forms of work organization, markedly in the Family Health Strategy.

Keywords: Work. Professional Practice. Health-Disease Process.

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: laraemanu@hotmail.com

² Estudante de Graduação. Universidade Federal do Piauí (UFPI).

³ Bacharel. Universidade Federal do Piauí (UFPI).

⁴ Bacharel. Universidade Federal do Piauí (UFPI).

⁵ Estudante de Pós-Graduação. Universidade de São Paulo (USP). E-mail: m.astres@usp.br



1. INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador constitui um campo na área da Saúde Coletiva em plena construção, cujo objeto está centrado no processo saúde-doença dos trabalhadores dos diversos grupos populacionais em sua relação com o trabalho. Traz consigo a expectativa da compreensão desta dinâmica, bem como do desenvolvimento de alternativas de intervenção com vistas à apropriação da “dimensão humana do trabalho” pelos próprios trabalhadores. Busca, portanto, estabelecer causas de agravos à sua saúde, reconhecer seus determinantes, estimar riscos, dar a conhecer os modos de prevenção, promover saúde (MENDES; DIAS, 1999).

Com o avançar das discussões sobre saúde, foi percebido que esta precisava ir além do discurso da “ausência de doença”. Tornou-se necessário um paradigma contextualizado com os “novos” conceitos que envolvem o processo dinâmico de vivenciar a saúde e a doença. Saúde e doença em sentido absoluto não existem. Ambas são totalidade de um processo. A prova disso é que não se consegue definir uma sem falar na outra (TAVARES, 2000).

O processo saúde-doença, em síntese, é o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica com o desenvolvimento científico da humanidade (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998). É um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

O conhecimento a respeito do processo saúde-doença está associado às concepções que explicam o mundo, os costumes, os valores e as crenças da sociedade em que é gerado, refletindo o pensamento dominante em dado momento histórico. Esta concepção hegemônica pode coexistir com outras formas de explicar e lidar com o processo saúde-doença em cada contexto (MINAYO, 2008).

Em última instância, como diz Breilh (2006), o processo saúde-doença constitui uma expressão particular do processo geral da vida social. Saúde e doença não são estados estanques, isolados, de causação aleatória – não se está com saúde ou doença “por acaso”. Há uma determinação permanente, um processo causal, que se identifica com o modo de organização da sociedade. Daí se dizer que há uma “produção social da saúde



e/ou da doença”. O fato é que se passa a considerar saúde e doença como estados do mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

O trabalho, que tem um papel fundamental na inserção dos indivíduos no mundo, contribuindo para a formação de sua identidade – a construção da subjetividade – e permitindo que os mesmos participem da vida social, é elemento essencial para a saúde. Entretanto, na forma como esse trabalho está organizado e é executado por um grande contingente de profissionais, na sociedade atual, são maximizados seus efeitos negativos, entre eles o adoecimento e a morte (MENDES; DIAS, 1999).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 .O trabalho na sociedade capitalista no setor de saúde.

Para Marx (1982), o processo de trabalho é composto por três elementos: atividade adequada a um fim, o que é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; e os meios de trabalho, o instrumental do trabalho. São também considerados meios de trabalho as condições materiais necessárias à realização do trabalho, como área física para sua realização. O trabalho é pressuposto, sob forma exclusivamente humana, pois só o homem idealiza seu resultado final. Para a realização do trabalho, além do esforço, é preciso a vontade durante todo o seu curso. Nesse sentido, quaisquer fatores que atuem sobre algum dos elementos que compõem o processo de trabalho tendem a modificá-lo, podendo essa mudança resultar de forma positiva ou negativa.

Histórica e filosoficamente, o trabalho caracteriza-se como uma necessidade natural do homem. É o trabalho que distingue os seres humanos dos animais, pois esses, mesmo produzindo, fazem-no apenas para sua sobrevivência, enquanto o homem tem o trabalho como algo incorporado às suas vivências e necessidades (MARX, 1989). Notadamente, o trabalho caracteriza-se pela atividade humana desempenhada na transformação de um determinado objeto conceituado processo de trabalho, desenvolvido



sob determinadas relações sociais de produção, denominado processo de produção (HARNECKER, 1983).

Conforme Antunes (2009), no capitalismo a primazia do trabalho vital e criador é substituída pelo trabalho tomado como mercadoria, respondendo às necessidades do capital, que privam o trabalhador de projetar sua ação de transformação sobre o objeto. Ao longo da história, ao invés de promover a realização dos indivíduos e a solidariedade entre os homens, passou a distingui-los conforme sua produtividade e bens. Assim, o trabalho passa de libertador para alienante (MARX, 1989).

No campo das relações de exploração, nas empresas foram remodeladas as formas de controle e de disciplina do capital sobre o trabalho, impactando progressivamente a saúde dos trabalhadores (BRUNO, 1996). Os processos estabelecidos no contexto do trabalho e da produção, e nos quais o homem participa como agente, podem constituir-se fatores determinantes para o desgaste da saúde dos trabalhadores. Conseqüentemente, o seu processo saúde-doença se apresenta de acordo com a maneira como estão inseridos nas formas de produção capitalista (SÊCCO *et al.*, 2005).

O modelo de produção vigente nos serviços de saúde guia-se pela ótica hegemônica neoliberal (MERHY, 1999). Nesse modelo, existe uma tendência de se adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador, quanto, no âmbito da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados, interferindo de forma imediata em seus processos de trabalho (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

Campos (1997) aponta para a fragmentação, a imobilidade, a desarticulação das linhas de intervenção com os sistemas de informação e para a burocratização, como problemas importantes no trabalho de saúde pública brasileiro. Para o autor, o trabalho em saúde sofre influência da linha taylorista, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas por crenças na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto total do trabalho.

Em nossa sociedade, o processo de trabalho está de tal modo fragmentado, burocratizado e mecânico, imbuído de normas e rotinas, com exigências, às vezes ultrapassadas ou exageradas, que inúmeras vezes impedem o homem de transformar-se durante a sua realização (MARTINS, 1999).



2.2 .O Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família, que foi implantado oficialmente pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, e que, a partir de 1998, passou a ser reconhecido pelo próprio Ministério como Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como lógica viabilizar a transformação do modelo de atenção à saúde, que era centrado na doença e no indivíduo. A ESF tem como diretrizes operacionais a adscrição da clientela, a integração dos vários níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), o planejamento, o trabalho em equipe, a ação intersetorial e o controle social (BRASIL, 2005).

No Brasil, a ESF, concebida pelo governo federal, tem sido adotada nas três esferas do SUS, como a principal estratégia de reorganização dos modelos de atenção em saúde. Seu propósito fundamental é superar os modelos assistenciais centrados na doença, a partir do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe e voltadas para populações de territórios delimitados, tendo como princípios fundamentais: integralidade, qualidade, equidade e participação social. (BRASIL, 2008a)

As equipes de Saúde da Família, formadas basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, têm como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família (BRASIL, 2008b). Para atingir tais objetivos, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Pesquisas como as de Bertoni (2000), Costa *et al.*(2000), Souza (2000), têm exposto as condições de trabalho em que essas equipes estão imersas, destacando a disponibilidade de recursos humanos, as formas de contrato, a infra-estrutura material, a dinâmica da assistência e condições sociopolíticas para desenvolvimento do trabalho.

Os autores acima citados apontam para composição básica insuficiente das equipes; insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa; várias modalidades de contrato de trabalho; heterogeneidade na estrutura física das unidades de Saúde da Família, estando algumas inadequadas e em situação precária; sobrecarga de



atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho; diferentes estilos de gestão das equipes de Saúde da Família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias bem como conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais.

Ao estudar o trabalho da enfermagem nesse contexto, Baraldi (2005) denuncia a adoção de mecanismos de flexibilização do trabalho no SUS: os trabalhadores da saúde têm diversas formas de contrato, a instituição empregadora também varia entre cooperativas, organizações governamentais e não-governamentais, fundações privadas ou públicas e instituições filantrópicas.

Para Bertoncini (2000), esse processo de trabalho em saúde coletiva produz alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimentos de medo, insegurança, baixa auto-estima, dificultando, assim, o trabalho dos profissionais.

O trabalho em saúde, apesar de ser realizado predominantemente nos moldes tayloristas e fordistas, apresenta influências do gerenciamento flexível participativo no interior das instituições e dos serviços (PEDUZZI, 2003). Os modelos decorrentes da Teoria da Gestão pela Qualidade Total estão sendo transpostos de forma acrítica para o setor público, buscando uma racionalidade técnica que tem em vista cumprir metas e objetivos organizacionais (PUCCINI, 2004).

CONCLUSÃO

O trabalho em saúde não tem como fim uma mercadoria comercializável, e sim ações e serviços – ou seja, não é uma atividade que se realiza sobre objetos, e sim sobre pessoas, que influem junto com o profissional no processo laboral, sendo também responsável pelo sucesso ou insucesso da intervenção terapêutica.

A forma como o processo de trabalho interfere na saúde-doença dos trabalhadores permeia reflexões éticas, técnicas e legais, que são determinantes para a elaboração e implementação de ações direcionadas à saúde desse segmento populacional, permeando a prevenção de agravos, identificação e controle dos fatores de risco, melhoria das condições de trabalho e tratamento de afecções já instauradas no indivíduo e na coletividade.



Insuficiência qualitativa e quantitativa de profissionais, aliada a falta de recursos ambientais adequados, excesso de demanda e heterogeneidade das relações de trabalho são pontos a serem trabalhados na ESF, uma vez que são determinantes para a qualidade da assistência prestada, e que podem gerar conflitos e riscos à saúde.

Assim, é possível (e provável) que as novas formas de organização do trabalho estejam presentes na ESF, trazendo para o serviço público a mesma lógica da produção que rege as empresas privadas. Somente com modificações nas políticas públicas, através do controle social, a ESF se consolidará como solução para os graves problemas de saúde pública do Brasil.

REFERENCIAS

ALMEIDA, E. S; CASTRO, C. G. J; VIEIRA, C. A. L. **Distritos Sanitários: Conceção e Organização**. São Paulo: Editora Fundação Peirópolis, 1998.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2009

BERTONCINI, J. H. **Da intenção ao gesto: uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau**. 2000.140p. Dissertação. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRUNO, L. E. N. Educação, qualificação e desenvolvimento econômico. In: Bruno L, organizador. **Educação e trabalho no capitalismo contemporâneo**. São Paulo: Atlas, 1996.



CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

COSTA, M. B. S et al. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família em Sobradinho II. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.53, p.127-130, 2000.

HARNECKER, M. **Os conceitos elementares do materialismo histórico**. São Paulo: Global Editora, 1983.

MARTINS, J. J. Qualidade de vida e trabalho: o cenário atual do trabalho da enfermagem numa unidade de terapia intensiva. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 128 -146, 1999.

MARX, K. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. Lisboa: edições 70, 1989.

MARX, K. **O capital: a crítica da economia política**. 8. ed. São Paulo: Difusão Editorial, 1982.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 305-329, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2003.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO L. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

RIBEIRO E. M; PIRES, D; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.2, p. 438-446, 2004.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciências & Saúde Coletiva**, v4, p. 221-242, 1999.

SÊCCO, I. A. O. et al. Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. **Espaço para Saúde**, v.4, n.1, 2005.

SOUZA, H. M. Programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 53, 7-16, 2000.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998.



TAVARES, C. *Iniciação a visão holística*. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 2000.