Parte III — Organização do trabalho em saúde e a rede de frio de imunobiológicos

Capítulo 11. Organizações públicas e o processo de trabalho em saúde

Marcello de Moura Coutinho
Maria Luiza Silva Cunha

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

COUTINHO, M.M., and CUNHA, M.L.S. Organizações públicas e o processo de trabalho em saúde. In: SILVA, M.N., and FLAUZINO, R.F., eds. *Rede de frio: gestão, especificidades e atividades* [online]. Rio de Janeiro: CDEAD/ENSP/EPSJV/Editora FIOCRUZ, 2017, pp. 257-274. ISBN: 978-65-5708-096-2. <https://doi.org/10.7476/9786557080962.0013>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

11. Organizações públicas e o processo de trabalho em saúde

Marcello de Moura Coutinho, Maria Luiza Silva Cunha

A discussão do trabalho na saúde engloba, necessariamente, uma análise do contexto organizacional do trabalho e suas relações com o Sistema Único de Saúde (SUS). Nos últimos anos, diferentes autores (AZEVEDO; BRAGA NETO; SÁ, 2002; LIMA, 1996) têm apontado para a crise com que nos deparamos no setor de saúde, em geral, e na gestão das organizações públicas, em particular, que se relaciona com diferentes aspectos, entre eles, governabilidade, resolutividade e **eficiência**.

Eficiência trata de como fazer, não do que fazer. Quando se fala em eficiência, está se tratando de produtividade, de fazer mais com o mínimo de recursos possíveis.

Essa crise tem várias causas, em distintos níveis (LIMA, 1996):

- * No nível estrutural, pode ser apontada, entre outras, a histórica fragilidade da política de saúde, que se expressa, na atualidade, pelos entraves político-institucionais observados na implementação do SUS.
- * No nível organizacional, existem diferentes elementos relacionados à formação de profissionais e gestores, à insuficiência de planejamento e à baixa clareza dos objetivos, à escassez de recursos financeiros. Há, ainda, aqueles relacionados ao trabalho, como a divisão inadequada e a insuficiência de mecanismos de coordenação e integração, elementos estes que integram os sistemas de direção e modelos de gestão de uma organização de saúde.
- * No nível individual, estão os aspectos relacionados à qualidade do atendimento ao usuário e às condições de trabalho.

A seguir, vamos apresentar os elementos presentes no nível organizacional, com base em algumas teorias que fundamentam o trabalho na gestão em saúde. Com esse estudo, esperamos que você aprofunde e amplie seus conhecimentos sobre as organizações públicas de saúde,

suas características e determinações, bem como sobre o tema do trabalho em equipe e a educação em saúde, na direção da transformação pretendida pelo fortalecimento da política de saúde prevista no SUS.

Caracterização de uma organização pública de saúde

No dicionário, o termo organização é definido como “s.f. Ato ou efeito de organizar (-se). / Modo por que um ser vivo é organizado. / Associação ou instituição com objetivos definidos. / Organismo”. (FERREIRA, 1977).

Assim, organização tanto pode ser entendida como a forma pela qual o trabalho é organizado em uma instância ou um serviço de saúde (por exemplo, os procedimentos de solicitação, o processo de compra, o armazenamento de imunobiológicos, como no caso da Cenadi), ou como a própria instância ou serviço, em que o conceito de organização se confunde com o de instituição.

Veja alguns exemplos de organizações.

Figura 1– Unidade básica de saúde (UBS)

Figura 2 – Hospital

Foto 1 – Cenadi

Foto: Guaracemyr Matos Martins (2015).

As organizações são compreendidas a partir de diferentes perspectivas que se relacionam aos fatores que as condicionam.

Fatores inerentes à organização

- A **tecnologia**, compreendida como o processo de trabalho, ou seja, o conhecimento, as técnicas, os instrumentos e as ações que são utilizadas numa organização para transformar insumos em produtos.
- A **estrutura**, que representa a divisão do trabalho e a coordenação e integração do trabalho dividido (inclui o processo de departamentalização e a definição dos mecanismos de coordenação – a hierarquia, com a consequente distribuição da autoridade).
- Os **objetivos**, entendidos como estados futuros desejados, que definem o escopo das ações organizacionais para dentro e para fora, devendo conter duas dimensões, uma relacionada à intenção e outra, à ação.
- O **poder**, compreendido como a capacidade de influenciar, que só ocorre numa relação social.
- O **ambiente**, compreendido como fonte de insumo e receptor dos produtos organizacionais, que incorpora tanto uma dimensão mais geral – os aspectos políticos, legais, demográficos, ecológicos, sociais, econômicos, tecnológicos, culturais etc. – quanto uma dimensão mais específica – os fornecedores, os clientes, os concorrentes e as agências regulamentadoras etc.

Fonte: Lima (1996).

Todos esses fatores se apresentam, de forma diferenciada, entre várias organizações e entre momentos históricos distintos de uma mesma organização. Eles nos ajudam a entender nosso trabalho e como ele é produto das determinações presentes nas organizações. Por exemplo, o organograma de uma unidade de saúde ou setor representa a estrutura e favorece a identificação da departamentalização, da hierarquia, da distribuição de autoridade e das relações de poder.

Para refletir

Considerando os fatores apresentados, reflita sobre a organização na qual você se insere. Como se estrutura? Existe um organograma da unidade de saúde ou setor em que você trabalha? Como é feita a divisão do trabalho? Como acontece o processo decisório? Quem participa desse processo?

As organizações foram analisadas segundo diferentes teorias e abordagens. Uma delas adota um conjunto de metáforas para interpretar as organizações com base em imagens de máquinas, organismos vivos,

Morgan (1996) destaca que a metáfora é usada “sempre que tentamos compreender um elemento da nossa experiência em face de outro. Assim, a metáfora prossegue por meio de afirmações implícitas ou explícitas de que A é (ou parece) B. Quando se diz que ‘o homem é um leão’ usa-se a imagem do leão para chamar a atenção dos aspectos do homem parecidos com o leão. A metáfora enquadra a nossa compreensão do homem de forma específica, ainda que parcial” (MORGAN, 1996, p. 16).

culturas, sistemas políticos, prisões psíquicas, fluxos e transformações e, também, como instrumentos de dominação. A utilização das diferentes metáforas permite, segundo o autor, a compreensão da organização como fenômeno complexo, ambíguo e paradoxal (MORGAN, 1996). Vamos, a seguir, discutir um pouco sobre uma dessas metáforas, que se faz bastante presente nas organizações do ponto de vista histórico e ainda marca os processos de trabalho nos dias atuais.

A imagem das organizações como máquinas

Nas organizações compreendidas como máquinas, as partes possuem um papel claramente definido no funcionamento do todo. A organização é pensada como a interligação das diferentes partes que a compõem, de forma mecânica.

Tal modo de funcionamento tem repercussões na vida organizacional, caracterizada pela rotina e exigência de precisão, assim como na vida dos trabalhadores, em que se espera que se comportem como se fossem partes de máquinas.

Você conhece alguma organização assim? Televendas seria um exemplo? Ela ainda está presente nos dias atuais?

Foto 2 – Linha de montagem em uma fábrica da Ford (1913) – um modo de fazer ainda significativamente presente nos dias atuais

Fonte: Wikimedia Commons.

A resposta para as duas últimas perguntas é sim. Essa concepção encontra-se bastante disseminada ainda nos dias atuais e pode ser exemplificada pelo trabalho de produção em massa em uma fábrica, nas cadeias de “refeições rápidas” ou mesmo em atividades como a dos assistentes de vendas, cujos comportamento e respostas na interação com os clientes são fortemente padronizados e determinados previamente.

A origem dessa concepção remonta à invenção e à proliferação das máquinas e ao seu uso, predominantemente na indústria, e à consequente necessidade de adaptação das organizações às suas exigências. Essa ampliação do uso das máquinas no processo de trabalho se deu em um momento histórico que envolveu transformações sociais e econômicas significativas, a Revolução Industrial.

No contexto da Europa e da América do Norte, a Revolução Industrial suscitou mudanças nas organizações em direção a maior burocratização, “rotinização” e divisão do trabalho. Esta última tornou-se cada vez maior e intensivamente especializada, representando, por um lado,

maior controle e eficiência por parte dos fabricantes e, por outro, perda de liberdade de ação e submissão às normas e rotinas de produção por parte dos trabalhadores.

Os trabalhadores, assim como as peças, eram vistos como parte da engrenagem. Essa percepção está contida na expressão “recursos humanos”.

Como foi formulada a concepção de organização ao longo do tempo?
Essa visão mecanizada se estendeu a outros processos de trabalho?

No início do século XX, uma teoria de organização e de administração foi formulada considerando diferentes contribuições. A mais significativa se referia às conclusões do sociólogo alemão Max Weber (1864-1920); este afirmava que, ao “rotinizar” os processos de administração, as formas burocráticas exerciam, na produção, o mesmo papel que as máquinas.

Outra contribuição significativa foi dada por um grupo de teóricos e profissionais em administração, da América do Norte e da Europa, que embasou o que atualmente é conhecido como “a teoria da administração clássica” e “administração científica”. Eles defendiam fortemente a burocratização, em oposição a Weber, influenciando, em grande medida, o pensamento presente até os dias atuais.

Para Weber, a primeira definição compreensível de burocracia caracteriza-a como uma forma de organização que enfatiza a precisão, a rapidez, a clareza, a regularidade, a confiabilidade e a eficiência, atingidas através da criação de divisão de tarefas fixas, supervisão hierárquica, regras detalhadas e regulamentos (MORGAN, 1996, p. 26).

Como a forma mecanicista interfere nas organizações de saúde?

Para o setor de saúde, pensar as organizações de forma mecanicista, produzidas unicamente a partir de processos racionais e técnicos, tem consequências importantes. Tal perspectiva envolve a subvalorização dos aspectos humanos e a baixa capacidade de abordar os fatores

envolvidos em sua complexidade, levando a um trabalho sem significação tanto para os trabalhadores como para os usuários. Ou seja, em grande medida, a perspectiva mecanicista influenciou e continua influenciando o trabalho em saúde.

Atualmente, consideram-se, entretanto, formas diferenciadas de conceber o trabalho, que podem ser identificados na história e no conceito de trabalho em equipe, que abordaremos a seguir.

O trabalho em equipe

Em nossos dias, o trabalho em equipe é considerado como um dos elementos centrais para a gestão dos serviços e do cuidado à saúde. O trabalho em equipe é um conceito que tem uma origem histórica e que se transforma a partir da segunda metade do século XX.

Abordaremos o desenvolvimento histórico e o conceito do trabalho em equipe a seguir, mas, antes, propomos algumas questões para reflexão sobre o seu processo de trabalho.

Foto: Julia Freeman-Woolpert (2006).

O trabalho em equipe, assim como uma travessia, pressupõe que os envolvidos atuem em conjunto e com objetivos comuns.

Fonte: FreemImages.com.

Para refletir

Com quem você desenvolve o seu trabalho? Quem faz parte da sua equipe? Como é a relação entre os integrantes da equipe? O seu processo de trabalho considera a interação das ações entre os diferentes participantes? Como é feita a comunicação entre os integrantes da equipe?

Uma breve história do trabalho em equipe

Atualmente, é comum as pessoas perceberem o trabalho em saúde como atividade de uma equipe. Mas, algumas ainda relacionam esse trabalho fortemente à figura do médico. A seguir, vamos entender um pouco mais sobre os motivos dessas percepções.

O trabalho em equipe surge no contexto de emergência da medicina preventiva, nos Estados Unidos, na década de 1950. Naquela ocasião, o papel do médico sofreu uma reformulação; ele passou a não ter mais a

responsabilidade exclusiva pelos cuidados em saúde e assumiu a função de liderar o trabalho realizado por uma equipe multiprofissional. Buscava-se uma integração entre a medicina preventiva e as demais especialidades, conforme a compreensão ampliada do conceito de saúde, que considerava, além dos aspectos biológicos, os aspectos psíquicos e sociais. Tais referências conceituais foram retomadas na década de 1960, pela medicina comunitária, e serviram de base, nos anos 1970, para os programas de extensão de cobertura ocorridos em nosso país (PEDUZZI, 2009).

A compreensão da determinação social da saúde levou a uma correspondente busca de reorientação do modelo assistencial, que passou a se voltar para o alcance da atenção integral à saúde. Para tal, esse novo modelo previa a articulação de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, a serem realizadas por profissionais da saúde de diferentes áreas, mediante o trabalho em equipe multiprofissional. No entanto, ainda mantinha a centralidade do trabalho médico (PEDUZZI, 2009).

Outra vertente explicativa do surgimento do trabalho em equipe, na saúde, se refere à busca pela reorganização dos processos de trabalho, de forma a fazer frente aos crescentes custos da atenção médica. Estes foram acarretados para o sistema pela incorporação de novas tecnologias, pelo aumento da necessidade de aquisição de produtos industrializados e pela ampliação da população atendida (PEDUZZI, 2009).

A determinação social da saúde e os modelos assistenciais foram abordados, respectivamente, no Capítulo 1, “Um pouco de história: evolução das concepções de saúde, doença e cuidado”, e no Capítulo 2, “Políticas públicas de saúde e a organização do SUS”, do livro *Rede de Frio: fundamentos para a compreensão do trabalho* (SILVA; FLAUZINO; GONDIM, 2016).

O trabalho em equipe

- Parte da busca por maior eficiência da atenção médica, prevista em uma visão economicista.
- Incorpora a concepção ampliada de saúde e um modelo baseado na atenção integral.

Os conceitos de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade foram importantes para a formulação da definição do trabalho em equipe, compreendido como trabalho de um coletivo, tal como se apresenta nas definições atuais.

Mas como foi o desenvolvimento da concepção do trabalho em equipe ao longo do século XX?

A partir dos anos 1970, a perspectiva de organização do sistema se voltou para as necessidades de saúde de populações concretas, inseridas em espaços de vida complexos e dinâmicos, compreendidos, posteriormente, pelo conceito de **território**. As concepções de adstrição de clientela, de responsabilidade sanitária, descentralização, hierarquização,

regionalização e participação comunitária desencadearam uma necessidade de revisão do trabalho em saúde, visando efetivar tais princípios organizativos pretendidos para o sistema público, que foi instituído alguns anos depois.

Tal perspectiva levou a um processo de substituição das equipes constituídas por médicos e atendentes por uma progressiva incorporação de profissionais de outras áreas, conformando equipes que consideravam a atuação multiprofissional. Estas, entretanto, caracterizavam-se pelo predomínio de profissionais de nível superior.

Considerado como um elemento estratégico voltado à superação da fragmentação da assistência, o trabalho em equipe é enfatizado a partir dos anos 1980. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, incorporou, na política prevista de recursos humanos, o conceito de equipe de saúde como unidade produtiva do trabalho em saúde (PEDUZZI, 2009).

Na década de 1990, a busca pela implementação do SUS levou ao aprofundamento das discussões a respeito dos seus princípios doutrinários, entre eles o da integralidade da atenção.

Os princípios do SUS foram abordados no Capítulo 2, “Políticas públicas de saúde e a organização do SUS”, do livro *Rede de Frio: fundamentos para a compreensão do trabalho* (SILVA; FLAUZINO; GONDIM, 2016).

A integralidade pressupõe a capacidade de

assegurar aos indivíduos o direito à atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos/coletividades em suas singularidades (BRASIL, 1990).

A noção de integralidade expressa, em suas diferentes dimensões, o componente reorientador do modelo de atenção à saúde, estando fortemente relacionada às diretrizes de universalização do acesso e equidade. Ela fortalece a perspectiva do trabalho em equipe no período inicial de implantação do SUS. Outro marco do SUS foi a constituição do Programa Saúde da Família, como estratégia governamental, e a formação de equipes compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, em 1994.

O trabalho em equipe se inclui na perspectiva do trabalho em saúde que reconhece a determinação social da saúde e os múltiplos aspectos envolvidos (educacionais, econômicos, históricos, biológicos, sociais, culturais, simbólicos, entre outros), os quais demonstram a complexidade desse campo.

Nas concepções mais recentes, o trabalho em saúde não se refere apenas a um indivíduo ou a um grupo profissional. Assim,

o “trabalho em saúde” é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do “trabalho em saúde”. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do “trabalho em saúde”: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde (MERHY; FRANCO, 2009, p. 281).

Ao longo dos anos, entretanto, a reversão do modelo biomédico não foi um processo automático. No que se refere ao trabalho em equipe, o desenho previsto na atuação multiprofissional nem sempre garantia a pretendida integração das práticas e saberes. A atuação especializada, tornada **hegemônica** por meio da organização disciplinar do conhecimento, persistia no fazer cotidiano dos serviços. Frequentemente, os diferentes profissionais compartilhavam o mesmo local de trabalho, mas mantinham lógicas distintas de atendimento, com pouca comunicação e integração.

Relembrando, o modelo biomédico é centrado na atenção especializada e em procedimentos individuais. Seu local de atenção mais expressivo se referia aos hospitais.

Hegemônica refere-se à supremacia, à preponderância, ao poder político e econômico.

O conceito de trabalho em equipe

Neste capítulo, destacamos que, ao longo do tempo, o trabalho em saúde sofreu transformações. Chamamos a sua atenção, contudo, para o fato de que diferentes perspectivas sobre o trabalho em saúde convivem, em um mesmo período, com um processo muitas vezes de disputa. No que se refere à concepção de trabalho em equipe, isso não é diferente. Assim, em nossos dias convivem concepções de trabalho em equipe que o entendem como:

- * Um fazer coletivo e articulado, ou seja, “uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação” (PEDUZZI, 2009, p. 273).
- * A mera coexistência, em um mesmo setor, serviço ou unidade, de diferentes profissionais.

Com base nessas perspectivas, o trabalho em equipe pode ser classificado em dois tipos, que se referem a duas modalidades de equipe (PEDUZZI, 2001), conforme a Figura 3.

Figura 3 – Tipologia do trabalho em equipe

Fonte: Peduzzi (2001).

Para refletir

Pense, agora, no seu trabalho na rede de frio de imunobiológicos.

Quem faz parte da sua equipe? Como se dá a relação entre os integrantes da equipe? Você percebe que as ações realizadas pelos diferentes trabalhadores se encontram articuladas ou justapostas? Que consequências isso tem para o funcionamento da rede? E para o SUS?

Apesar da distinção realizada em relação à equipe agrupamento e à equipe integração, existem identidades entre as duas. Estas se referem à existência, em ambas, das “diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade do valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico” (PEDUZZI, 2001, p. 106). Outros aspectos em comum consideram as tensões entre as diversas formas de conceber e exercer a autonomia técnica e de organização dos trabalhos especializados.

Em outras palavras, o processo de trabalho em saúde envolve profissionais que exercem autonomia técnica, esta concebida como a possibilidade de julgamento e tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. O grau de autonomia, entretanto, está condicionado pela maior ou menor autoridade técnica e por dimensões políticas e ideológicas, relativas às diferentes inserções sociais dos profissionais em questão (PEDUZZI, 2001).

Relações de trabalho: autonomia, responsabilidade e processo gerencial

Conforme mencionado, o trabalho em saúde envolve a autonomia dos profissionais, mas o que pensamos sobre o conceito de autonomia?

Apresentamos, a seguir, a contribuição de Campos (2002) que, ao enfatizar as profissões de nível superior e a sua atuação na clínica e na saúde coletiva, possibilita uma discussão fértil sobre tal concepção. O autor discute a questão da autonomia profissional e do paradoxo entre esta e a atribuição institucional de responsabilidade. Apresenta, ainda, uma reflexão importante para a compreensão do tema trabalho em saúde. Segundo esse autor, devem-se considerar os trabalhadores da saúde em uma dupla dimensão. Uma que se refere à sua capacidade de produção do sistema, como sujeito, e a outra, pela sua condição de objeto produzido por fatores culturais, pelo conhecimento disciplinar, pelo mercado, entre outros. Significa que:

os trabalhadores de saúde operam com relativo grau de autonomia, apesar dos constrangimentos a que estão sempre submetidos. Em consequência, o grau de alienação dos trabalhadores em relação ao objetivo (missão), objeto e meios de trabalho dos sistemas de saúde pode variar conforme a conjuntura e conforme a sua própria atuação como atores sociais que são. A alienação não é um dado exclusivamente estrutural (CAMPOS, 2002, p. 242).

A alienação dos trabalhadores em saúde pode ser verificada pelo grau de afastamento destes do movimento de defesa da vida. Considerada como princípio ético, a defesa da vida contrapõe-se a práticas cada vez mais frequentes na atualidade, norteadas pelos interesses mercadológicos, pelas normas burocráticas, pelo corporativismo e pela **organização parcelar** do trabalho em saúde. Em relação ao último, Campos (2002) estabelece que a fixação do profissional a determinada etapa de certo projeto terapêutico produz alienação.

Como, então, podem-se superar tais práticas e o processo de alienação do trabalhador ao realizar o trabalho em saúde? Não existem respostas simples para problemas complexos, mas veremos, a seguir, que tal condição pode e deve ser alcançada no âmbito do trabalho em saúde, no SUS.

Vamos enfatizar aqui o tema da **obra**, que se refere ao reconhecimento tanto do trabalhador da saúde quanto do usuário e da sociedade acerca do resultado do seu trabalho. A **obra** é uma das condições necessárias para a realização profissional e existencial dos profissionais da saúde.

O paradoxo existente entre autonomia profissional e atribuição institucional de responsabilidade, identificado nas análises acerca da atuação de profissionais de nível superior, diz respeito, por exemplo, à perspectiva médico-centrada e ao modelo biomédico, que entram em choque com a política de humanização do SUS e não respeitam os direitos do paciente (usuário). Além disso, limitam ou até mesmo inviabilizam o trabalho em equipe, quando os profissionais de nível superior desconsideram os saberes de outros, por exemplo, os do agente comunitário de saúde.

Organização parcelar do trabalho refere-se a fragmentação e especialização do trabalho, modelo taylorista, em que cada trabalhador domina e realiza apenas uma parte do trabalho.

Através dela, o trabalhador, em sua condição de sujeito, não apenas atua de forma criativa, mas se responsabiliza pela produção final da saúde, tanto no que se refere à recuperação individual como à promoção da saúde de uma coletividade (CAMPOS, 2002).

O trabalho em saúde prevê, assim, a aproximação dos trabalhadores com o resultado do seu trabalho, levando a reconhecimento, valorização, desalienação e, conseqüentemente, maior satisfação profissional.

Campos prevê maneiras de implementar a diretriz da **obra**, entre elas, a criação de mecanismos que permitam o envolvimento de todos os participantes de uma equipe com a elaboração de novas maneiras de se fazer uma instituição funcionar. Tornar a reinvenção uma possibilidade cotidiana e garantir a participação da maioria nesses processos são maneiras de implicar trabalhadores com as instituições e com os pacientes. Neste sentido, a Gestão Colegiada de serviços de saúde pode servir como um dispositivo desalienante. Um modo de comprometer trabalhadores com a missão e com os projetos institucionais (CAMPOS, 2002, p. 235).

Outro desafio apontado à gestão é lidar com a especialização do trabalho sem, contudo, conduzi-lo a ações fragmentadas entre os profissionais da saúde. Com relação a esse ponto, o autor propõe a aplicação dos conceitos de Campo e de Núcleo. Núcleo corresponde ao conjunto de conhecimentos e responsabilidades referentes a uma profissão ou especialidade, o que diferenciaria os membros de uma equipe, e Campo, os saberes e responsabilidades compartilhados. Pertencem ao Campo os conhecimentos referentes às noções gerais da política de saúde, da organização de modelos de atenção e do processo de trabalho, assim como o saber básico sobre o processo saúde-doença e conhecimentos relativos à epidemiologia, ao funcionamento corporal, ao vínculo profissional-paciente e regras gerais de prevenção e promoção à saúde (CAMPOS, 2002).

Campos (2002) afirma que os médicos buscam extrema especialização, ou seja, ao se especializarem, vão perdendo progressivamente a perspectiva global da medicina. O que poderia minimizar esse efeito seria, então, uma formação que privilegiasse a polivalência, para propiciar uma visão mais holística, em cada clínica médica.

No interior das equipes, a possibilidade de negociação das definições de Campo e Núcleo de Competência e Responsabilidade possibilita maior autonomia para os profissionais e equipes e a atribuição de responsabilidades de forma clara. A respeito desses pontos, o autor prevê uma abertura no paradoxo entre autonomia e definição de responsabilidade, assim como entre polivalência e especialização (CAMPOS, 2002).

A seguir, abordamos alguns aspectos importantes relacionados ao trabalho em saúde nas organizações.

Mediação de conflitos nas relações de trabalho

A adoção do trabalho em equipe não implica, necessariamente, na existência de consenso. Os diferentes participantes do trabalho em saúde possuem pontos de vista, experiências de vida e de trabalho, valores, interesses, controle de recursos (entre eles, financeiros, administrativos, de conhecimento e de poder) e formações diferentes, que, muitas vezes, entram em conflito. Tais divergências e a existência de conflito não devem ser negadas ou “abafadas”, mas, sim, entendidas como inerentes às relações de trabalho, como objeto da gestão em saúde e como possibilidade de aprendizagem, crescimento e transformação.

Posicionamento ético

Os crescentes custos do setor de saúde, relacionados com o envelhecimento populacional, o predomínio de condições crônicas e, cada vez mais, com intensa incorporação tecnológica, se colocam como importantes aspectos para a capacidade de manutenção de sistemas públicos e universais de saúde, como o SUS.

A escassez de recursos coloca desafios éticos, considerando a necessidade de racionamento dos serviços de saúde e o estabelecimento de prioridade de intervenções relativas a diferentes ações e serviços voltados aos indivíduos e coletivos. Tal perspectiva envolve a tomada de decisão baseada no conceito de equidade. Equidade e iniquidade envolvem juízos de valor. São “conceitos políticos que expressam um compromisso moral com a justiça social” (ESCOREL, 2009, p. 205).

Relações de respeito e confiança

O processo de trabalho em saúde envolve o estabelecimento de relações, seja entre trabalhadores, gestores, usuários, outros atores sociais etc. Por isso, o reconhecimento do outro e o respeito às suas diferenças são a base para a construção da confiança e da produção do cuidado e da saúde. Tais relações são mediadas, entretanto, pela comunicação, conforme os quadrinhos a seguir.

Para refletir

O que você refletiu a partir dos quadrinhos? Pode-se apreender que confiança é construída na relação entre as pessoas; mas, qual é o papel da comunicação? E como pensar essas relações de respeito e confiança na rede de frio de imunobiológicos? Que papel você acredita que elas têm? Seriam tão importantes quanto os insumos, os equipamentos e o número suficiente de trabalhadores para que a rede funcione?

Educação e saúde

Em nossos dias, existem diversas expressões que relacionam educação e saúde. Apesar de, muitas vezes, serem usadas com o mesmo significado, essas expressões designam coisas muito diferentes e partem de variadas concepções de saúde, educação e sociedade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) propôs um glossário para facilitar a identificação das diferenças contidas nas diversas perspectivas de educação:

Educação continuada, fem. Processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.

Educação em saúde, fem. 1 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades.

Notas: i) A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população. ii) A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde. Ver *Educação popular em saúde*.

Educação na saúde, fem. Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular.

Educação permanente em saúde, fem. Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.

Educação popular em saúde, fem. Ações educativas que têm como objetivo promover, na sociedade civil, a educação em saúde, mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde.

Fonte: Brasil (2009, p. 22-23).

Para refletir

Qual perspectiva de educação, sistematizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), é mais frequente em sua realidade de trabalho? Como as perspectivas educativas (BRASIL, 2009) podem contribuir para o trabalho em saúde, na rede de frio de imunobiológicos?

Vamos tomar um exemplo que considera a divisão social do trabalho. Muitas vezes, as oportunidades de formação e desenvolvimento são mais frequentes, quando não exclusivas, para os profissionais de nível superior e consideram a lógica parcelar do trabalho e o conhecimento

especializado. Quem já ouviu falar nos famosos treinamentos para segmentos profissionais específicos, como médicos, enfermeiros e farmacêuticos?

Com a Resolução n. 353/2003 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003) e a Portaria MS/GM n. 198/2004 (BRASIL, 2004), uma nova perspectiva de formação e desenvolvimento de trabalhadores foi adotada pelo SUS. Trata-se da Educação Permanente em Saúde, tomada não apenas como estratégia didática, mas como uma opção político-pedagógica, direcionada para equipes e voltada para o contexto de trabalho.

A educação permanente é um direito do trabalhador e contribui sensivelmente para o aperfeiçoamento do SUS, em razão de ser realizada com e para o trabalhador da saúde, a partir de experiências vivenciadas no cotidiano do trabalho.

Concluindo...

No âmbito do SUS, as organizações de saúde devem superar a concepção mecanicista, caracterizada pelo trabalho fragmentado e parcelar, e considerar as múltiplas dimensões envolvidas no trabalho em saúde. Entre elas, a dimensão relacional e ética, a busca pela defesa da vida e efetivação da cidadania e o trabalho coletivo, o qual pressupõe forte interação e comunicação.

Considerações finais

Em que medida seu trabalho incorpora a concepção de trabalho em equipe, que envolve forte interação e comunicação? Que ações podem ser pensadas para viabilizá-la em seu processo de trabalho? Que importância tem essa forma de organização quando pensamos em processos de trabalho que envolvem produção, distribuição, abastecimento e administração de imunobiológicos e outros insumos estratégicos na rede de frio de imunobiológicos?

Essas questões representam algumas das reflexões que buscamos trazer para você neste capítulo. Nosso caminhar até aqui foi extenso, mas esperamos que tenha contribuído para o aprofundamento dos seus saberes e a incorporação de novos conhecimentos. Se agora você é capaz de compreender o que são as organizações, como elas se constituíram e se modificaram ao longo da história, como influenciaram e influenciam o trabalho em saúde (incluindo o trabalho em equipe), teremos dado um passo significativo na formação pretendida.

Referências

AZEVEDO, Creuza da Silva; BRAGA NETO, Francisco Campos; SÁ, Marilene de Castilho. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 235-247, jan./fev. 2002.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. Brasília, DF, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n. 333. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 dez. 2003. Seção 1, p. 57.

ESCOREL, S. Equidade em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>. Acesso em: 4 ago. 2016.

FERREIRA, A. B. H. *Minidicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

LIMA, S. M. L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 101-138, set./out. 1996.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acesso em: 4 ago. 2016.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>>. Acesso em: 4 ago. 2016.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. Processo de trabalho em saúde. In: In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

SILVA, M. N.; FLAUZINO, R. F.; GONDIM, G. M. M. (Org.). *Rede de frio: fundamentos para a compreensão do trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016.