

# O FLUXOGRAMA ANALISADOR NOS ESTUDOS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: UMA REVISÃO CRÍTICA

Analytic flowchart in health work process studies: a critical review

Valéria Maria Reis<sup>1</sup>, Helena Maria Scherlowski Leal David<sup>2</sup>

## RESUMO

As análises do processo de trabalho em saúde no Brasil se dão a partir de abordagens diversas, desde as mais tradicionais, passando pelas vertentes tecnicistas, até propostas mais criativas e inovadoras que buscam rearticular saberes e práticas em novas bases. Na perspectiva da consolidação de um sistema de saúde público e democrático, interessa apontar as contradições que permeiam as relações e processos de trabalho, num contexto produtivo que tem afetado profundamente os modos de produção do cuidado. O presente artigo apresenta uma reflexão sobre os usos da ferramenta de análise do processo de trabalho em saúde denominada fluxograma analisador, a partir de uma revisão bibliográfica de estudos nos quais este foi usado como método principal ou complementar. Com base nos conceitos de processo de trabalho em saúde e dos achados da revisão, são problematizados os pressupostos e usos do fluxograma analisador, apontando-se para seus eventuais limites, destacando-se as contribuições e seu potencial para colaborar na qualificação dos processos coletivos de análise do trabalho em saúde no SUS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde). Sistema Único de Saúde/organização & administração. Planejamento em Saúde.

## INTRODUÇÃO

Pode-se afirmar que a organização dos serviços de saúde sempre esteve ligada, em cada época, às forças sociais hegemônicas. Como consequência, entende-se que as ações de saúde pública desenvolveram-se, na perspectiva capitalista, para controlar as doenças, principalmente as infecto conta-

## ABSTRACT

Health work process analysis in Brazil is developed under several approaches, including technical but also creative and innovative proposals, which aim to rearticulate practices and knowledge on new foundations. In a perspective of consolidation of a democratic and public health care system, it is important to focus on the contradictions that are present in the work processes and relationships, in a productive context that deeply affects the way health care is produced. This article presents a critical discussion of the use of a health care assessment tool, the analytic flowchart, based on a bibliographic review of some studies that used it as a main or complementary method. Based on the concepts of health work process and the review findings, the flowchart principles and uses are discussed, and some limits, contributions and potentialities are highlighted, as a possibility to qualify the collective work assessment processes in the Brazilian Unified Health Care System- SUS.

**KEYWORDS:** Process Assessment (Health Care); SUS/organization and administration; Health Planning.

giosas, a fim de garantir a reprodução da força de trabalho, tendo como objetivo a própria reprodução de saúde e o corpo humano nas dimensões sociais e coletivas.<sup>1,2</sup>

No entanto, há avanços. As tensões entre forças políticas diversas, incluindo a mobilização popular, determinam a incorporação de interesses pluraes, tanto mais diversos quanto mais democráticos sejam os processos de constru-

<sup>1</sup> Valéria Maria Reis, enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Enfermagem. Prefeitura Municipal de Ipatinga. E-mail: valmr@uai.com.br

<sup>2</sup> Helena Maria Scherlowski Leal David, professora adjunta, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública – Programa de Pós Graduação em Enfermagem-Mestrado, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutora em Saúde Pública.

ção destas. Como resultado do processo histórico recente que ficou conhecido como movimento da Reforma Sanitária, a promulgação da Constituição Federal em 1988<sup>3</sup>, pela qual se institui o Sistema Único de Saúde, explicita princípios de acessibilidade, hierarquização, integralidade da assistência, igualdade da assistência, autonomia, descentralização, entre outros, trazendo novas concepções quanto à dinâmica das relações dentro das instituições e destas com a sociedade civil.

Desde então, tem-se buscado formas de inclusão do usuário, articuladas a mudanças na forma de assistir. Com isso, o processo de trabalho nos serviços de saúde é revisto, agora na perspectiva do trabalho coletivo, composto por áreas técnicas específicas, onde vários saberes se integram e se complementam. Neste contexto, de acordo com Marques e Silva<sup>4</sup>, o trabalho em saúde é entendido como processo dinâmico, que se articula com outros trabalhos da sociedade e que se transforma no atendimento das necessidades sociais.

Pereira e Alves<sup>5</sup> apontam que o trabalho em saúde tem uma complexa configuração tecnológica, que produz e reproduz ações e intervenções para atuar nos problemas e satisfazer as necessidades de saúde. Sob este raciocínio, Pires<sup>6</sup> afirma que o trabalho em saúde não tem um produto material, seu produto é a própria realização da atividade, que tem como finalidade a ação terapêutica de saúde e como objeto o indivíduo ou grupos, necessitando de medidas para prevenção, promoção da saúde e também a cura, sendo, em boa medida, realizado em um espaço hospitalar ou ambulatorial.

À discussão sobre o conceito ampliado de saúde, articula-se um debate sobre a reorganização dos serviços e do processo de trabalho em saúde. Em especial a partir da década de 90, com a indução da expansão do então Programa de Saúde da Família, propõe-se uma reconfiguração da organização e da oferta de ações que pretende fazer avançar, no âmbito das práticas, processos de trabalho interdisciplinar e em equipe, com base em conceitos como território, vínculo, diagnóstico participativo.

O sentido da mudança é mais que o da ampliação do acesso aos serviços: também é o de enfrentar as questões de saúde desde uma perspectiva de integralidade do cuidado, e não apenas na lógica do adoecimento e da atenção especializada, fragmentada. No entanto, evidencia-se, nas análises sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família, uma distancia entre as dimensões político-ideológicas do trabalho e o mundo das práticas, articulado à esfera das demandas da população, que tende, em especial nas grandes cidades, à busca de serviços assistenciais tradicionais para a resolução de problemas já detectados

Persiste, assim, a tendência à divisão parcelar do trabalho, com fragmentação das tarefas, sob controle de uma gerência distante e desarticulada da prática assistencial, favorecendo a perda da noção de totalidade pelo profissional de saúde.<sup>7</sup>

No atendimento às novas demandas da reestruturação produtiva e da reorganização do trabalho em função do processo de globalização econômica, os processos gerenciais mantêm os mecanismos de captura do trabalho, nos quais elementos subjetivos, não objetivamente controláveis, são considerados “prejudiciais” à produção de serviços e procedimentos.

Existe, assim, profunda contradição entre o que a lógica da produção capitalista exige do trabalho de saúde e alguns elementos constitutivos deste trabalho, como sua dimensão relacional. Na enfermagem, por exemplo, é marcante a influência da lógica taylorista, explicitada pela organização e divisão rigorosa do tempo, pela separação entre a esfera que planeja e formula diretrizes e os que as executam, pela valorização de rotinas bem estabelecidas e pela postura prescritiva, que se estende às ações educativas.

As análises do processo de trabalho em saúde no Brasil se dão a partir de abordagens diversas, desde as mais tradicionais, passando pelas vertentes tecnicistas, que incorporam ferramentas de análise oriundas de outros países, até propostas que buscam rearticular saberes e práticas com base nos princípios da integralidade e humanização. Na perspectiva da consolidação de um sistema de saúde público e democrático, interessa apontar as contradições que permeiam as relações e processos de trabalho, num contexto produtivo que tem afetado profundamente os modos de produção do cuidado. Além disso, se por um lado não se pode mais afirmar que os pressupostos que orientaram a Reforma Sanitária brasileira constituam novidade, por outro lado reafirma-se a atualidade de defender um sistema de base universalista e calcado numa concepção participativa de sociedade.

Dentre as diversas vertentes de análise sobre o trabalho de saúde, mantêm-se as correntes que se baseiam numa concepção dialética de sociedade, sustentando sua discussão a partir de categorias da concepção marxista de sociedade, tais como produção social, trabalho vivo, e contradição capital-trabalho. Dentre estas análises, destaca-se a trazida por Mehry e Franco<sup>8</sup> que propõem uma ferramenta de análise: o fluxograma analisador, a fim de ampliar a compreensão das equipes gerenciais e diretamente responsáveis pelo cuidado sobre como se desenvolve seu processo de trabalho cotidiano, tendo como foco central o usuário.

O presente artigo apresenta uma reflexão sobre dos usos desta ferramenta de análise do processo de trabalho em saúde, a partir de uma revisão bibliográfica de estudos nos quais esta foi usada como método principal ou complementar. Com base nos conceitos de processo de trabalho em saúde e dos achados da revisão, são problematizados os pressupostos e usos do fluxograma analisador, destacando-se os limites e contribuições desta ferramenta e seu potencial para colaborar na qualificação dos processos coletivos de análise do trabalho em saúde no SUS.

## METODOLOGIA

O levantamento bibliográfico foi realizado na base de dados LILACS e no Scientific Electronic Library Online - SCIELO (Biblioteca Científica Eletrônica em Linha), disponíveis na internet, e em bancos virtuais de teses e dissertações da Universidade do Estado de São Paulo-USP, Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS e no Portal de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, durante os meses de julho a setembro de 2007. A data das publicações encontradas compreendeu o período de 2000 a 2006, não tendo sido encontradas referências anteriores, uma vez que a primeira vez que o fluxograma foi descrito como proposta foi em 1997.

A busca se deu a partir dos termos “fluxograma analisador” e “fluxograma descritor”, tendo sido encontrados oito artigos e sete dissertações/teses. O critério de inclusão foi serem relatos de experiência ou análises acadêmicas nas quais o fluxograma analisador se constituiu no eixo condutor ou em elemento relevante. A discussão dos resultados busca problematizar as contribuições do uso desta ferramenta, destacando limites e possibilidades apontados pelos autores.

### Algumas considerações sobre o processo de trabalho em saúde

Nogueira<sup>9</sup>, ao analisar o processo de trabalho em saúde, diz que é necessário considerar três aspectos complementares e inter-relacionados: O primeiro é que este trabalho compartilha características comuns com outros processos, havendo então um campo de saberes e práticas compartilhados, o que remete a responsabilidades também compartilhadas. O segundo aspecto é sua característica de ser um serviço. Apesar das características em comum com processos de outros setores da produção, difere,

essencialmente, do processo de trabalho da indústria, por exemplo, por não se realizar sobre objetos ou coisas, e sim sobre pessoas, com base numa inter-relação em que o consumidor-objeto é parte desse processo. O terceiro é que se trata de um serviço que se funda numa relação interpessoal intensa. Recuperando, da concepção marxista, a categoria de trabalho vivo, Mehry<sup>10</sup> aponta que o produto do trabalho de saúde, o cuidado, não se constitui *a posteriori*, como num final de linha de produção. Diferentemente, se conforma no momento mesmo da produção, sendo mutável e determinado pelas condições do momento em que é produzido.

O processo de trabalho em saúde pode assumir diferentes modelagens e, numa mesma unidade ou equipe, podem estar presentes modos e formas diferentes e até divergentes de produzir cuidado.

De acordo com Coimbra<sup>11</sup>, o trabalho vivo em ato produz o processo de escuta das necessidades do usuário, para uma troca de informações, para o reconhecimento mútuo de direitos e deveres, para um processo de decisões que possibilita intervenções. O trabalho vivo é aquele trabalho em ato que ocorre no momento singular dos sujeitos, ou seja, é o momento da criação, exercido de forma autônoma.

O trabalho em saúde pode ser trabalho vivo, quando não é aprisionado pelas normas, rotinas, organização do serviço, e quando não se reduz à sua dimensão meramente tecnológica. Neste caso, se transforma em trabalho morto, em uma etapa inerte do processo de produção do cuidado. Os termos aprisionamento ou captura são usados para indicar formas de regulação do trabalho sobre as quais o trabalhador não se sente capaz de intervir e das quais pode possuir um grau variável de consciência, aproximando-se do conceito de esfera da heteronomia apresentado por Gorz<sup>12</sup>. Nestes processos de captura, o trabalhador de saúde não consegue estabelecer seus padrões de assistência, não produz livremente seu trabalho, fica preso ao trabalho morto, mas, consciente desta captura, pode intervir e estabelecer mudanças que busquem atender às necessidades do usuário.

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias são, basicamente, de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção.<sup>8</sup>

O trabalho vivo em ato opera com as chamadas tecnologias leves (produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos

de trabalho), leve-duras (saberes bem estruturados como a clínica médica, a epidemiologia, o taylorismo, fayolismo) e duras (equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais).<sup>13</sup>

Para Mendes-Gonçalves, citado por Rodrigues e Assis<sup>14,275</sup>, tecnologia refere-se aos “*nexos teóricos estabelecidos, no interior do processo de trabalho, entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos que ganham existência, ao expressar relações entre os homens e os objetos sob os quais trabalham*”.

Neste contexto, Merhy<sup>8</sup> propõe trabalhar com certa “ferramenta” de análise para buscar respostas sobre o processo de trabalho em saúde. Esta ferramenta proposta por Merhy pode ser considerada uma inovação, definido por Pinheiro<sup>15:1</sup> como “*saberes e práticas construídos em um dado espaço-tempo, que causam rupturas com o instituído no plano molecular (denominado “poros”) que compõe o solo epistêmico dos planos micro e macropolíticos, nas relações entre sujeitos em suas práticas no cotidiano das instituições*”.

A autora alerta ainda que as experiências inovadoras desenvolvidas no âmbito das gestões municipais e estaduais “*têm implicado repensar os aspectos mais importantes do processo de trabalho, da formação, da gestão, do planejamento e, sobretudo, da construção de novos saberes e práticas em saúde*.”<sup>15:2</sup>

É nesta perspectiva de valorizar uma ferramenta coletiva que é capaz de provocar rupturas nos processos instituídos de trabalho em saúde que avançamos na discussão, com foco no fluxograma analisador. Antes de trazermos os resultados da revisão, apresentamos uma breve discussão sobre o processo de trabalho em saúde e uma síntese dos principais conceitos envolvidos na formulação e aplicação do fluxograma analisador.

### O fluxograma analisador - descrevendo e refletindo sobre o processo de trabalho em saúde

A ferramenta proposta por Merhy<sup>10</sup> chamada de fluxograma analisador se baseia na concepção de cartografia, que se refere à produção de sentidos na medida em que outros e novos sentidos se produzem e que implica num olhar sobre processos dinâmicos do cotidiano que só podem ser descritos em termos de relatos provisórios.<sup>16</sup>

O fluxograma consiste em mapear os fluxos e os processos de trabalho, publicizando-os, cartografando-os por meio de uma representação gráfica, tornando-os uma ferramenta para reflexão da equipe. De acordo com Barboza e Fracoli<sup>17</sup>, se constitui numa ferramenta que interroga os “para que?”; os “que?” e os “como?” do processo de trabalho e cujas funções são:

- Revelar o processo de trabalho;
- Identificar os nós críticos do processo de trabalho;
- Contribuir para o planejamento e reorganização do processo de trabalho;
- Analisar o modelo assistencial praticado por uma unidade ou equipe de saúde;
- Dispersar processo de auto-análise na equipe de saúde;
- Servir como banco de dados, pois é a memória dos trabalhadores.

Além disso, o fluxograma tem o objetivo de disparar um processo de coletivização da gestão do trabalho cotidiano e traduzi-lo para um formato que seja visível e partilhável por todos, para que, a partir disto, possam ser traçadas algumas intervenções que se mostrarem necessárias. Com o fluxograma, se constrói uma imagem, uma representação do processo de trabalho que usualmente é percebido apenas do ponto de vista individual, que passa a se tornar comum a todos, do qual podemos tomar um certo distanciamento e lançar um olhar crítico e reflexivo. De acordo com Malta e Mehry<sup>18</sup>, o fluxograma permite instrumentalizar o trabalhador na gestão do seu próprio processo de trabalho.

Para a sua visualização, o fluxograma utiliza símbolos, sistematizados num diagrama que representa o modo de organizar os processos de trabalho, que vinculam entre si em torno de certa cadeia de produção do cuidado.<sup>19</sup> O eixo condutor do fluxo a ser representado é o usuário, geralmente sistematizado a partir da ideia de linha de cuidado, que pode ser quanto a um tipo de agravo cujo controle exige ações programáticas (por exemplo, hipertensão arterial) ou em relação a grupos específicos que demandam ações programáticas específicas, tais como mulheres, crianças, gestantes.<sup>20</sup>

Os símbolos utilizados no fluxograma são padronizados universalmente e podem ser observados na figura 1, uma representação gráfica dos símbolos básicos desde a entrada e saída no processo (elipses), os momentos nos quais se realizam etapas importantes de trabalhos na cadeia produtiva, com consumo de recursos e produtos bem definidos (retângulos). A mediação entre estas etapas é representada pelos losangos e quadrados, que representam, respectivamente, os momentos de decisão em relação às opções disponíveis e as ações desenvolvidas no processo.<sup>10</sup>

Figura 01



Nesta ferramenta analisadora, os diagramas representam todos os trabalhos em saúde com suas ações (saberes e

práticas), nas suas diversas intervenções tecnológicas em nível individual ou coletivo. Segundo Schiffler *et al.*<sup>21:199</sup>, o que impõe “poder” ao fluxograma é o “conjunto de atores éticos-políticos que estão envolvidos com o processo de construção e com a avaliação dos seus achados, tornando-o um dispositivo analisador”.

## RESULTADOS: potencialidade e limites de uma ferramenta coletiva de análise

Os resultados da revisão podem ser sintetizados, quanto ao tipo de produção, da seguinte forma: 03 teses de doutorado, 04 dissertações de mestrado, 08 artigos originais oriundos de pesquisa e/ou notas prévias. Os resultados são discutidos de acordo com a semelhança de temas e questões levantadas nas discussões, trazendo também as contribuições de outros autores, a partir de publicações em livros e capítulo de livros.

Capozzolo<sup>22</sup> incluiu o fluxograma como uma das abordagens metodológicas para avaliação do processo de trabalho médico dentro do PSF, na perspectiva de investigar as mudanças que esta inserção traz para um processo de trabalho tradicionalmente voltado para o âmbito hospitalar, concluindo pela centralidade do processo de trabalho médico no PSF. O fluxograma permitiu evidenciar algumas contradições, tais como o fato de serem os funcionários da recepção que despendiam a maior parte do tempo dedicado ao acolhimento, apesar de haver equipe estruturada especificamente para este fim. O fluxograma, desta forma, somou-se ao conjunto de procedimentos metodológicos - entrevistas, análise documental, observação de consultas e grupos de discussão, evidenciando seu poder descritivo e discriminatório quanto ao detalhamento do processo de trabalho em saúde.

Ximenes Neto e Cunha<sup>23</sup> fizeram o uso do fluxograma em uma pesquisa sobre a integralidade da assistência à mulher na prevenção do câncer de colo de útero. Nas conclusões, afirmam que, por meio da utilização do fluxograma, foi possível identificar, no processo de trabalho, alguns elementos estruturais da integralidade, a fragmentação da atenção e a acessibilidade aos serviços, o que permitiu discutir a efetividade dos elementos que compõem a integralidade da atenção à saúde.

A relação entre oferta e demanda também é uma dimensão que foi abordada por meio da elaboração de um fluxograma analisador. Leite<sup>24</sup>, também numa perspectiva de triangulação metodológica, agregou o fluxograma ao conjunto de análises (pesquisa documental, observação livre) para evidenciar os fluxos de demandas por parte dos usuários, concluindo que os avanços da regionalização da

saúde podem ser notados na análise da oferta e da demanda, mas que persiste, ainda, a necessidade de integrar mais os níveis hospitalar e o dos demais serviços de saúde.

Também o trabalho de Martins<sup>25</sup>, que avaliou a situação da mortalidade infantil em Belo Horizonte, agregou o fluxograma como forma de ampliar o diagnóstico sobre a situação, incluindo a forma como se desenvolveu a linha de cuidado ao menor de um ano. Para Figueiredo<sup>26:195</sup>, também em estudo sobre a mortalidade infantil, “a visualização do fluxograma possibilita identificar inúmeros problemas advindos do processo assistencial, seus estrangulamentos, o limite da clínica, a não existência do acolhimento aos usuários, seus percursos, a dificuldade de acesso e a baixa resolutividade das equipes”. As formulações convergem em torno de uma avaliação positiva sobre o uso do fluxograma, como ferramenta que permite visualizar dimensões e relações que estão, geralmente, ocultas tanto do profissional responsável pela gestão como do responsável pelo cuidado. Malta<sup>19:297</sup>, que também utilizou o fluxograma para estudo sobre a linha de cuidado infantil, ressalta que “a utilização deste instrumento no percurso da investigação do óbito possibilita a visualização de todos os momentos do usuário em busca de uma resposta assistencial e o mapeamento dos momentos de provável ruptura da linha do cuidado”. Figueiredo<sup>26</sup> trabalhou na mesma perspectiva de análise a partir do Sistema de Informações de Mortalidade, com o fenômeno da mortalidade materna, usando o fluxograma para analisar o componente do fluxo, acesso e qualidade do atendimento às mulheres.

Esta constatação está de acordo com o que propõe Merhy<sup>8</sup> quanto à utilização do fluxograma como tecnologia de gestão de trabalho, que permite identificar ruídos e quebras, além de ser fonte para abertura de mudanças nos processos de trabalho instituídos. A identificação dos conceitos de trabalho vivo e trabalho morto por Franco<sup>27</sup>, em sua pesquisa de doutorado sobre o Sistema Nacional Cartão de Saúde, também foi possível com a ajuda do fluxograma, neste trabalho denominado de *descriptor*, e não analisador.

Almeida *et al.*<sup>28</sup> declaram que a análise da organização do cuidado é um elemento importante para a produção do cuidado e avaliação dos serviços de saúde. Para esses autores, o uso do fluxograma analisador permitiu identificar, dentro da linha do cuidado, o atendimento ao portador de hipertensão arterial, ampliando o olhar da gestão sobre o processo de cuidado.

Barboza e Fraccolli<sup>17</sup> identificaram em suas pesquisas sobre o PSF que o uso do fluxograma é capaz de desencadear, nos profissionais de saúde, um processo de autoanálise em que eles: i) identificam a finalidade do processo de trabalho em saúde, fazendo questionamentos sobre a forma de operar este

trabalho; ii) identificam se os instrumentos de trabalho por eles utilizados podem ou não ser suficientes para realizar a finalidade do processo de trabalho; iii) acolhem o fluxograma analisador como um instrumento que possibilita a autoanálise e autogestão do processo de trabalho; iv) reagem de modo a buscar identificar como esse processo de trabalho se articula, quais são os instrumentos que se utiliza para a sua concretização e quais formas de superar as dificuldades encontradas. Acrescente-se que é também um potente instrumento para identificar disputas no processo de trabalho entre categorias profissionais. Trata-se, portanto, da utilização do fluxograma como abordagem metodológica para a compreensão sobre a dimensão emancipatória do trabalho em saúde na perspectiva da promoção da saúde, com foco no trabalho de enfermagem. O fluxograma permitiu a descrição das atividades e o avanço na direção de conclusões críticas sobre a priorização de tecnologias duras ou leve-duras em detrimento das leves para a incorporação, nas práticas, de conceitos como *empowerment*, *advocacy*, educação em saúde e abordagem familiar.

Análises específicas sobre os processos de trabalho dentro de cada categoria profissional da saúde podem se beneficiar do uso do fluxograma. Rodrigues e Assis<sup>14</sup> identificaram, através do uso do fluxograma, o uso de tecnologias leves no trabalho de odontologia, além de identificarem como ocorre o acesso e a demanda aos serviços de saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.

Schiffer *et al.*<sup>21</sup> fizeram uso do fluxograma em uma disciplina de um curso de medicina, o que permitiu aos alunos uma nova compreensão do que aparentemente não está claro, possibilitando novos canais e diálogos, estando assim de acordo com o proposto nas novas diretrizes curriculares. Este achado coincide com o que Fracoli e Zoboli<sup>29</sup>, em seu artigo sobre a atuação do enfermeiro no processo de acolhimento, defendem quando asseveram que profissionais de saúde e trabalhadores da saúde devem estar sempre em discussão sobre o seu processo de trabalho e também sobre a relação com os usuários, uma vez que o trabalho em saúde opera em processos tecnológicos que visam a produção de relações de escutas e responsabilização, além da constituição de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção que objetivam atuar sobre problemas e necessidades de saúde. Neste sentido, aponta-se aqui uma possibilidade de uso do fluxograma, a sua potencialidade pedagógica, tanto na formação profissional em saúde quanto nos processos de educação permanente, em relação aos quais parece ainda pouco explorado.

Vale ainda apresentar uma interface entre campos de conhecimento em relação a qual o fluxograma parece ofe-

recer respostas significativas: o da saúde do trabalhador. Nas suas vertentes de análise da ergonomia situada e da ergologia, por exemplo, entende-se que os processos de trabalho são apropriados, tanto objetiva quanto subjetivamente, pelo trabalhador e que isto não se dá de modo passivo. As estratégias de enfrentamento podem se referir a processos que geram impacto, positivo ou negativo, na saúde do trabalhador.<sup>30,31</sup> Nesta perspectiva, Cardoso e Abraão<sup>32</sup> usam o fluxograma, combinado à metodologia de análise do processo de trabalho oriunda do campo da ergologia, para evidenciar, na linha de cuidado, como se desenvolve o trabalho, levando a equipe a identificar dificuldades e aspectos positivos do mesmo, na perspectiva do trabalhador que o desenvolve.

## CONCLUSÃO

O uso do fluxograma analisador foi realizado em várias abordagens sobre o processo de trabalho em saúde, em estudos voltados não apenas para o processo de trabalho médico ou da enfermagem, mas também do odontólogo. Na enfermagem, a utilização deste instrumento permitiu identificar quais eixos a enfermagem pode seguir no desenvolvimento do processo de trabalho, quer seja na organização do serviço, quer seja na sistematização no cuidado, entendido como *“o resultado de um processo de trabalho coletivo que envolve relações de troca, comunicações e inúmeros atos associados uns aos outros e que entre si, forma o processo produtivo da assistência.”*<sup>28</sup>

O processo de trabalho em saúde assentou-se sobre o conjunto de conhecimentos e habilidades da prática clínica, intervindo sobre o indivíduo-corpo doente, com posterior alcance de grupos de coletividades, desdobrando-se em práticas progressivamente especializadas. Podemos identificar elementos que tornam o trabalhador de saúde alienado, entre os quais destacamos a rotinização, a burocratização, a hegemonia do paradigma biologicista e divisão hierárquica do trabalho na equipe multiprofissional.

A hegemonia do paradigma biologicista se dá em função de seu forte poder explicativo sobre os processos patológicos em geral, sendo este o paradigma que deu sustentação ao desenvolvimento da medicina atual e das profissões correlatas. Nesta concepção, o processo de trabalho que integra e utiliza de modo mais completo o conjunto de conhecimentos sobre saúde no enfoque da patogenia é o do médico. Os processos de trabalho das demais profissões acabam, de alguma maneira, se constituindo em forma incompleta de fazer medicina.

Ao eixo paradigmático condutor das práticas de saúde corresponde a divisão social e hierárquica do trabalho, determinando que as categorias profissionais assumam apenas determinadas tarefas, que passam a se desenvolver desarticuladas das tarefas dos demais profissionais.

Neste contexto, fica claro que o uso do fluxograma analisador é uma ferramenta importante na construção de um modelo novo de produção de saúde voltado para a defesa da vida, entendendo que o trabalho humano não está desvinculado das reais e concretas condições de produção e reprodução da existência. O trabalho humano, como teleologia, expressa-se pela ideia de sentido e direção, de projeto, criação e conservação, ao longo do tempo, das ações que se produzem nas relações de trabalho cotidianas. O que o trabalhador busca como objetivo já se expressava idealmente, em sua imaginação, desde o início; mas o resultado final dependerá também das condições concretas de produção do trabalho.<sup>33</sup>

Os limites do uso do fluxograma analisador não são explicitados em detalhes nos trabalhos analisados, mas é possível inferir-se que, sendo uma atividade de construção coletiva, na qual todos os membros da equipe colaboram para a composição cartográfica do processo de trabalho de cuidar, as dificuldades não estarão tanto no uso da ferramenta em si, mas principalmente nas barreiras pré-existentes: entre categorias profissionais, entre posições hierárquicas na equipe, entre trabalhadores com diferentes histórias e graus de compromisso com o trabalho, que caminharam por trilhas diversas na sua trajetória profissional.

Neste sentido, é preciso explicitar a intencionalidade de mudança presente quando se propõe a utilização do fluxograma para a análise do processo de trabalho. Não é apenas para compreender melhor como se dá o trabalho, mas para compartilhar responsabilidades e construir um compromisso coletivo, numa proposta contra-hegemônica de fazer saúde, cujo sentido de luta precisa ser reafirmado no cotidiano dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Silva VEF, Kurcgany P, Queiroz VM. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. *Rev Bras Enferm.* 1988 out./dez; 51(4):603-14.
2. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. 292p.
4. Marques D, Silva EM. A enfermagem e o programa de saúde da família: uma parceria de sucesso? *Rev Bras Enferm.* 2004 set/out; 57(5):545-50.
5. Pereira CMO, Alves M. A participação do enfermeiro na implantação do programa de saúde da família em Belo Horizonte. *Rev Bras Enferm.* 2004 maio/jun; 57(3):311-5.
6. Pires D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2000 abr/jun; 2(53):251-63.
7. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública.* 2004 mar/abr; 20(2):438-46.
8. Merhy EE, Franco TB. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec; 2003.
9. Nogueira RP. As dimensões do trabalho em saúde. In: Amâncio Filho A, Moreira MG, organizadores. *Saúde, trabalho e formação profissional.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.41-47.
10. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112.
11. Coimbra VCC. *O acolhimento no centro de atenção psicossocial [dissertação].* Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003. 190f.
12. Gorz A. *Metamorfoses do trabalho: crítica da razão econômica.* São Paulo: Annablume; 2007. 248p.
13. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo.* São Paulo: Hucitec; 2005. 189 p.
14. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Oferta e demanda na Atenção à Saúde Bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2005 jul/dez; 29(2):273-85.
15. Pinheiro R. Inovação e teoria crítica. In: Pinheiro R. *Gestão do cotidiano em saúde: contribuições conceituais e metodológicas para estudos de práticas inovadoras em sistemas locais de saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2006.

16. Fortuna CM. Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para produção da vida [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003. 216f.
17. Barboza TAV, Fracolli LA. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2005 jul/ago; 21(4):1036-44.
18. Malta DC, Merhy EE. Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. *REME Rev Min Enferm*. 2004 abr/jun; 8(2):259- 67.
19. Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996 [tese]. Campinas: Paulo Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2001. 423f.
20. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. In: Merhy EE, organizador. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2006. p.37-54
21. Schiffler ACR, Campos CEA, Vieira MM, Mendonça PEX. Perspectiva da utilização do fluxograma analisador no ensino de administração em saúde na faculdade de Medicina da UFRJ. *Rev Bras Educ Méd*. 2005 set/dez; 19(3):191-200.
22. Capozzolo AA. No olho do furacão: trabalho médico e o programa saúde da família [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; São Paulo; 2003. 243f.
23. Ximenes Neto FRG, Cunha ICK. Integralidade da assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico uterino: um estudo de caso. *Texto & Contexto Enferm*. 2006 ago; 15(3):427-33.
24. Leite JA. Oferta e demanda dos serviços de saúde produzidos em um hospital geral público de Feira de Santana [dissertação]. Feira de Santana, Bahia: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006. 106f.
25. Martins MV. A mortalidade infantil em usuários de serviços privados de saúde no município de Belo Horizonte: sua evitabilidade e o acompanhamento da “linha” do cuidado [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2005. 187f.
26. Figueiredo YMD. Avaliação da mortalidade materna no Município de Governador Valadares 2002-2004 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. 223f.
27. Franco TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde : um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde 2003 [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2003. 206f.
28. Almeida JF, Ferreira VSC, Franco TB, Andrade CS, Anjos SDS, Crispin DH. Fluxograma descritor como analisador do cuidado ao hipertenso no PSF. [Citado em 2007 maio 25]. Disponível em: [http://www.uesc.br/atencaoasaude/trabalhos/fluxograma\\_descritor\\_como\\_analisador\\_do\\_cuidado\\_ao\\_hipertenso.pdf](http://www.uesc.br/atencaoasaude/trabalhos/fluxograma_descritor_como_analisador_do_cuidado_ao_hipertenso.pdf)
29. Fracolli LA, Zoboli EL. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2004 jun; 38(2):143-51.
30. Clot Y. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes; 2006.
31. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª ed. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.
32. Cardoso G, Abraão A. Work process of the health teams: therapeutically perspective. Preview note. *Online Braz J Nurs (Online)*. 2006; 5(3). [Cited by 2007 may 27]. Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/576/134>>.
33. Lessa GM. Residência multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência a saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2000 dez; 53(n. especial):107-10.
34. Nogueira RP. *O Trabalho em serviços de saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família - OPAS/OMS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

---

Submissão: fevereiro de 2009

Aprovação: julho de 2009

---