ROSALINA ALVES SIMÕES DE MESQUITA

**TRABALHO COLETIVO EM SERVIÇOS: ESTUDO DE CASO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

São Paulo
2008

ROSALINA ALVES SIMÕES DE MESQUITA

**TRABALHO COLETIVO EM SERVIÇOS: ESTUDO DE CASO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Engenharia

Área de Concentração:
Engenharia de Produção

Orientador: Prof. Dr. Fausto L. Mascia

São Paulo
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Este exemplar foi revisado e alterado em relação à versão original, sob responsabilidade única do autor e com a anuência de seu orientador.

São Paulo, 30 de junho de 2008.

Assinatura do autor_____

Assinatura do orientador_____

Mesquita, Rosalina Alves Simões de

**Trabalho coletivo em serviços : estudo de caso em uma unidade básica de saúde / R.A.S. de Mesquita. -- ed. rev. -- São Paulo, 2008.
148 p.**

Dissertação (Mestrado) - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. Departamento de Engenharia de Produção.

1. Serviço de saúde 2. Organização do trabalho 3. Trabalho em grupo 4. Ergonomia I. Universidade de São Paulo. Escola Politécnica. Departamento de Engenharia de Produção II. t.

À minha Equipe:
Dulce, Marco, André e Renata.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Fausto Leopoldo Mascia, pelo apoio e dedicada orientação ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Aos Professores Márcia Terra da Silva, Uiara Bandineli Montedo e Laerte I. Sznclwar, pelas sugestões e contribuições valiosas.

Ao Prof. François Hubault, pelas críticas e sugestões durante seminário do Grupo da Ergonomia.

Aos professores da Equipe do Projeto PROESF, pela convivência e aprendizado.

Aos profissionais da Unidade estudada, pela disposição em participar desta pesquisa e pela colaboração.

Aos funcionários e professores do Depto de Engenharia de Produção, pelo apoio e disponibilidade.

Aos colegas da sala de pós, pela convivência, apoio e amizade.

Ao CNPq, pela concessão da bolsa e apoio.

RESUMO

Esta dissertação apresenta uma discussão sobre trabalho coletivo, gerada a partir de pesquisa realizada com profissionais que atuam na prestação de serviços de saúde em uma organização pública. O objetivo principal é abordar o trabalho em grupo considerando o contexto de serviços de saúde e investigar como os trabalhadores pertencentes às equipes de composição multiprofissional, se mobilizam para a realização do trabalho. Como referencial teórico partiu-se dos pressupostos da teoria sociotécnica para trabalho em grupo, aprofundando a discussão com premissas da ergonomia da atividade para trabalho coletivo. Realizou-se estudo de caso em uma Unidade Básica de Saúde e como método para coleta de dados e informações, foi utilizada a análise ergonômica do trabalho (AET), que incluiu a técnica de observação de atividades de trabalho na unidade, entrevistas com os profissionais envolvidos e reuniões de validação dos resultados da pesquisa. À luz dos resultados da coleta de dados em campo e revisão bibliográfica, procurou-se fazer uma reflexão sobre as hipóteses de pesquisa. Como resultado concluiu-se que o trabalho coletivo permite lidar com situações de imprevisibilidade e variabilidade, em ambientes dinâmicos como o de prestação de serviços. O trabalho coletivo permite que os trabalhadores desenvolvam estratégias para enfrentar dificuldades e constrangimentos do trabalho. Através da mobilização coletiva, os profissionais regulam suas ações e re-elaboram as demandas dos usuários, tornando os objetivos estabelecidos pela organização compatíveis com a situação real de trabalho.

Palavras-chave: Relações de Serviço, Trabalho Coletivo, Teoria Sociotécnica, Serviços de Saúde, Ergonomia da Atividade

ABSTRACT

This dissertation deals with the collective work on healthcare services of a public healthcare organization. The main objective is to discuss teamwork considering the healthcare services environment and to investigate how the workers of teams composed with mixed professional categories, mobilize themselves to accomplish their job. The theoretical discussion considers two main stream approaches to teamwork, the socio-technical theory to teamwork and ergonomics of the activity to collective work. Following, a case study was conducted in a public healthcare center using the ergonomic work analysis (EWA) as the main tool to data gathering. This method includes observation techniques of the work activity in the unit, interviews with the professionals and validation sessions of the research's results. From the results of the field research and the literature review, it was analyzed the research questions previously stated. As a result, it was observed that collective work allows the workers to more properly face the situations of unpredictability and variability in a dynamic service environment. Collective work also allows the workers to develop strategies to face work difficulties and constraints. With collective mobilization, the professionals regulate their actions and re-elaborate the users' demands, turning the goals established by the organization compatible with real situation of work.

keywords: Service Relations, Collective Work, Socio-technical Theory, Healthcare Services, Ergonomics of the Activity

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mudanças de atenção médica primária para atenção primária à saúde.	3
Figura 2 Principais características de organizações privadas e públicas.	13
Figura 3 Equilíbrio dos efeitos esperados dos agentes.	31
Figura 4 Idade dos profissionais das equipes	49
Figura 5 Tempo de experiência dos profissionais	49
Figura 6 Inter-relação das tarefas previstas para os profissionais	54
Figura 7 Visitas realizadas pelo ACS 1	69
Figura 8 Solicitações das famílias visitadas pelo ACS 1	71
Figura 9 Visitas realizadas pelo ACS 2	73
Figura 10 Solicitações das famílias visitadas pelo ACS 2	75
Figura 11 Atendimentos realizados no acolhimento.....	86
Figura 12 Solicitações analisadas na reunião da equipe X	94
Figura 13 Solicitações analisadas na reunião da Equipe Y.....	95
Figura 14 Atribuições e tempos das tarefas do Auxiliar de Enfermagem.	125
Figura 15 Atribuições e tempos das tarefas do Enfermeiro.....	125
Figura 16 Atribuições e tempos das tarefas do Médico.....	126

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características da Unidade.	47
Tabela 2 - Horário de trabalho dos profissionais da Unidade.....	47
Tabela 3 - Características dos profissionais das equipes (sexo).....	48
Tabela 4 - Distribuição dos profissionais por função (nº de profissionais)	48
Tabela 5 - Escolaridade dos profissionais das equipes.....	48
Tabela 6 - Características dos ACS's (sexo)	50
Tabela 7 - Escolaridade dos ACS's	50
Tabela 8 - Características dos Auxiliares de Enfermagem (sexo).....	50
Tabela 9 - Escolaridade dos Auxiliares de Enfermagem.....	51
Tabela 10 - Características dos Enfermeiros (sexo)	51
Tabela 11 - Escolaridade dos Enfermeiros.	51
Tabela 12 - Características dos Médicos (sexo)	52
Tabela 13 - Escolaridade dos Médicos.	52
Tabela 14 - Tempos das tarefas do ACS.	55
Tabela 15 - Observação das visitas domiciliares dos ACS's.	66
Tabela 16 - Tipos de solicitações das famílias visitadas pelo ACS 1.....	70
Tabela 17 - Tipos de solicitações das famílias visitadas pelo ACS 2.....	74
Tabela 18 Observação da atividade acolhimento.....	83
Tabela 19 Atendimentos realizados no acolhimento.	83
Tabela 20 Atendimentos realizados pelo ACS no acolhimento.....	85
Tabela 21 Observação das reuniões de equipe.....	93
Tabela 22 - Solicitações analisadas nas reuniões de equipe.....	94

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	2
1.1 Formulação do Problema	4
1.2 Hipóteses de Pesquisa	6
1.3 Objetivos	7
1.4 Origem da Pesquisa	8
1.5 Relevância	9
1.6 Estrutura da Dissertação	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 Organizações de serviços: conceitos e características	11
2.1.1 Serviços públicos: algumas características	12
2.1.2 Particularidades de serviços públicos de saúde	14
2.2 O trabalho no serviço público de saúde	15
2.2.1 O trabalho no programa PSF	17
2.3 O trabalho em grupo na perspectiva sociotécnica	19
2.3.1 Autonomia no trabalho	20
2.3.2 Sociotécnica Moderna	22
2.4 O trabalho do ponto de vista da ergonomia	23
2.4.1 Dimensão coletiva do trabalho	26
2.4.2 A relação de serviço e o trabalho segundo a ergonomia	29
3 METODOLOGIA	36
3.1 Abordagens e Métodos de Pesquisa	36
3.2 Método de Pesquisa Escolhido	37
3.3 Técnicas para Coleta de Dados	38
3.4 Pesquisa de Campo	39
4 ESTUDO DE CASO	44
4.1 Informações sobre a Organização estudada	44
4.2 Unidade estudada	45
4.2.1 Critérios na escolha da Unidade	45
4.3 Dados da Unidade estudada	46
4.4 Informações sobre os profissionais da Unidade estudada	48
4.4.1 Informações sobre a categoria de Agentes Comunitários de Saúde	50

4.4.2	Informações sobre a categoria de Auxiliares de Enfermagem	50
4.4.3	Informações sobre a categoria de Enfermeiros	51
4.4.4	Informações sobre a categoria de Médicos	51
4.5	Tarefas prescritas para a Equipe.....	52
4.6	Tarefas prescritas para os Agentes Comunitários de Saúde	54
4.7	Sistemas de informações da Unidade	56
4.8	O funcionamento da Unidade	58
4.8.1	O papel do ACS na equipe	60
4.8.2	Um dia de trabalho do ACS.....	61
4.8.2.1	A visita domiciliar	63
4.8.2.2	O acolhimento de usuários	76
4.8.2.3	A reunião de equipe.....	86
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	99
5.1	A dinâmica do trabalho das equipes.....	99
5.2	A cooperação entre os profissionais	102
5.3	A Regulação das ações.....	103
5.4	A importância da comunicação para o trabalho das equipes	105
5.5	Estratégias desenvolvidas pelas equipes para o trabalho	106
5.6	Discussão das hipóteses de pesquisa	109
6	CONCLUSÕES	112
6.1	Conclusões	112
6.2	Limitações e perspectivas para trabalhos futuros	113
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
	ANEXO 1 – TAREFAS PRESCRITAS PELA ORGANIZAÇÃO	125
	ANEXO 2 – DOCUMENTOS DE TRABALHO NO PSF	127

1 INTRODUÇÃO

No cenário atual, muitas organizações passaram a rever suas estruturas e a forma como organizam o trabalho e os processos de produção. Nota-se um aumento significativo de empresas que vêm adotando modelos de organização do trabalho em grupo, com redução de estruturas verticalizadas e descentralização da gestão, para agilizar o processo de decisão em ambientes cada vez mais instáveis e competitivos. O setor de serviços, que apresenta fortes características do modelo clássico taylorista como destaca Mintzberg (1997), também vem passando por transformações. Segundo Bowen e Youngdahl (1998), muitos modelos e técnicas aplicados em serviços tiveram origem na manufatura e o interesse por formas de trabalho em grupo surgiu primeiramente na manufatura. A partir da década de 80, começaram as aplicações destas formas de trabalho em serviços e no setor público (MUELLER *et al.*, 2000).

As organizações públicas, em particular os serviços de saúde, vêm passando recentemente por um processo de reestruturação. As reformas no Sistema de Saúde brasileiro tiveram início há mais de duas décadas (VIANA *et al.*, 2002). As mudanças ocorreram em parte como reflexo do processo de reorganização do sistema de saúde no cenário mundial, a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 na URSS, originando a Declaração de Alma Ata, que considera a saúde como um direito humano fundamental (FREITAS e PINTO, 2005; CAMPOS e REDIGOLO, 1992).

A partir desta Conferência surgiu a proposta “Saúde para Todos no ano 2000” e a estratégia de Atenção Primária à Saúde, que foi apresentada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, quando se deu a promulgação da carta de Ottawa. Nesta Conferência foram discutidas políticas públicas e ambientais, com destaque para a importância da ação comunitária como uma estratégia na saúde. Além destes, houve uma recomendação para a reorientação dos serviços de saúde abordando de maneira mais ampla, outros aspectos da vida social, como a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a justiça social, a equidade, entre outros. (FREITAS e PINTO, 2005; CAMPOS e REDIGOLO, 1992).

Freitas e Pinto (2005) apresentam as mudanças no modelo assistencial convencional, definidas em Alma Ata, que proporcionam uma Atenção Primária mais ampla. Considera-se oportuno apresentar brevemente essas mudanças, conforme Figura 1.

	CONVENCIONAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA
ENFOQUE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doença ✓ Cura 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Saúde ✓ Prevenção, atenção e cura
CONTEÚDO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratamento ✓ Atenção por episódio ✓ Problemas específicos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoção da saúde ✓ Atenção continuada ✓ Atenção abrangente
ORGANIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Especialistas ✓ Médicos ✓ Consultório individual 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Clínicos Gerais ✓ Grupos de outros profissionais ✓ Equipe
RESPONSABILIDADE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apenas setor de saúde ✓ Domínio pelo profissional ✓ Recepção passiva 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colaboração intersetorial ✓ Participação da comunidade ✓ Auto-responsabilidade

Figura 1 Mudanças de atenção médica primária para atenção primária à saúde.

Fonte: Extraído de FREITAS e PINTO (2005).

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que levaria à reformulação do modelo de prestação dos serviços de saúde do país (JARDANOVSKI e GUIMARÃES, 1993).

Com a reformulação do Sistema de Saúde, surgiram programas remodeladores da assistência, como o Programa Saúde da Família (PSF), que tem como princípio a organização dos “Distritos de Saúde”, onde atuam equipes multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes de gestão e agentes comunitários de saúde. Estas equipes mantêm um contato contínuo com os usuários durante o atendimento na Unidade e também nas residências das famílias.

Este programa de saúde tem o propósito de *“reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000-D).

A implantação deste modelo visava ampliar o acesso aos serviços, aprimorar o

atendimento, considerando as necessidades específicas dos usuários e substituir ou complementar o modelo anterior, que consistia no trabalho de especialistas em grandes áreas. A gestão deveria ser, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), descentralizada e o atendimento menos burocrático, focado no cliente, dentro de um contexto local específico.

Segundo Jardimovski e Guimarães (1993), as características e objetivos do modelo brasileiro, em especial a equidade no tratamento para atender indiscriminadamente as pessoas, são muito semelhantes aos pressupostos do modelo de sistema de saúde inglês e representa um paradigma para modelos de saúde em outros países.

No processo de reestruturação descrito acima, um aspecto que chamou atenção e acabou gerando o tema desta pesquisa foi a forma de organização do trabalho adotada para a prestação dos serviços de saúde, através das equipes multiprofissionais. Com o objetivo de delimitar e aprofundar a pesquisa, a análise do funcionamento das equipes foi feita tomando como referência o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's). Estes profissionais representam a linha de frente do serviço junto aos usuários e todos residem nas respectivas áreas de atuação, desempenhando um trabalho importante, pois trazem as demandas das famílias que passam a ser tratadas pela equipe.

É importante destacar que as equipes têm em sua composição membros de diferentes categorias profissionais. O Programa prevê que os profissionais atuem com flexibilidade na execução das atividades e de forma cooperativa dentro de equipes com composição pré-determinada, mas em alguns momentos também atuem de forma colaborativa ao tratarem situações particulares na interface com outras equipes¹.

1.1 Formulação do Problema

A aplicação de técnicas e modelos teóricos nas organizações muitas vezes sofre algumas limitações, sendo necessários ajustes e reformulações. Estes ajustes são fundamentais devido à complexidade do funcionamento das organizações, que estão em constante mudança, devido à necessidade de adaptação às

¹ A questão da cooperação e colaboração será abordada na subseção 2.4.1

transformações do meio em que estão inseridas.

As organizações passam a desenvolver seus próprios modelos, baseados muitas vezes em princípios teóricos existentes, conforme salienta Marx (1998), a respeito da proposta sociotécnica:

[...] não apresenta a força de uma referência com resultados práticos - comparáveis ao que ocorreu com o fordismo e o ohnoísmo -, seus princípios gerais de organização e condução de mudanças organizacionais no rumo da autonomia e do trabalho grupal são premissas que têm influenciado de maneira crescente as empresas e os profissionais em geral à condução e ao desenvolvimento de seus próprios modelos de organização e mudança (MARX, 1998, p. 29).

Como o funcionamento das organizações é muito dinâmico, os modelos acabam sofrendo constantes reformulações para tentar dar conta do real funcionamento das mesmas.

Zilbovicius (1999, p. 236) afirma que os modelos, “[...] ainda que descritos como conjuntos de técnicas baseadas em determinados princípios, não são encontráveis no âmbito do ‘real’ tal como descritos pelos analistas”. Para o autor, os modelos são “[...] elementos fundamentais para justificar a aplicação de técnicas e princípios que acabam por ser adaptados às condições concretas em que opera cada organização produtiva” (ZILBOVICIUS, 1999, p. 236).

O modelo de trabalho em grupo proposto pela Escola Sociotécnica surgiu de pesquisas e análises feitas em ambiente fabril ou de produção. Os princípios propostos pela teoria sociotécnica têm sido repensados por diferentes escolas, considerando-se os diferentes ambientes organizacionais e as várias características dos grupos existentes.

Sitter, Hertog e Dankbaar (1997), ao reformularem os princípios sociotécnicos, enfatizaram que a complexidade do ambiente no qual as empresas estão hoje inseridas é um fator que afeta a sobrevivência das mesmas e que deve ser considerado quando se projeta e implanta a forma de trabalho em grupo.

Desta forma, buscou-se pesquisar o trabalho em grupo de profissionais que atuam na prestação de serviços de saúde em uma organização pública. Tomou-se como referência inicial, os pressupostos da teoria sociotécnica para trabalho em grupo e aprofundou-se a discussão com premissas da ergonomia da atividade para trabalho coletivo. Considerou-se importante investigar aspectos do trabalho coletivo, tais como divisão do trabalho, cooperação, comunicação, regulação de ações e outros,

em equipes compostas por profissionais de diferentes categorias.

Os estudos já realizados tratam, em sua maioria, do setor de produção e são voltados para grupos geralmente homogêneos ou compostos por uma mesma categoria. Nesta pesquisa, a discussão sobre trabalho coletivo tomou como referência as proposições do “agir organizacional”, que vê o trabalho como:

[...] um processo de ações e decisões cuja organização é um aspecto de sua regulação, onde ações e decisões não são separáveis dos sujeitos que agem e decidem, onde os objetivos são sempre renegociáveis e renegociados, bem como as modalidades escolhidas e possíveis para tentar atingi-los (MAGGI, 2005, p. 194).

As principais questões de interesse da pesquisa são: analisar como ocorre a cooperação entre os profissionais das equipes para chegarem a uma coesão e atingirem as metas e objetivos da Organização; verificar como ocorre a definição de papéis e o trabalho dentro das equipes; verificar o que permite ou impede a regulação ou coordenação das atividades; verificar como habilidades distintas e conhecimentos específicos, se articulam para o trabalho coletivo. Buscou-se contribuir, dessa forma, para a discussão sobre trabalho coletivo.

1.2 Hipóteses de Pesquisa

Após revisão bibliográfica inicial e algumas observações preliminares do trabalho das equipes na Unidade estudada, formularam-se as hipóteses relacionadas abaixo:

Hipótese 1 : O serviço prestado depende da mobilização coletiva dos profissionais. A partir desta mobilização, as equipes regulam as suas ações, para atingir satisfatoriamente os objetivos e metas da organização.

Os profissionais procuram fazer convergir suas experiências e seus conhecimentos através da mobilização coletiva de modo a entender as demandas dos usuários e atingir objetivos considerados satisfatórios. Como estas demandas sofrem grande variabilidade e muitas vezes não são claras, surgem dificuldades para a realização do trabalho. A regulação que ocorre entre os profissionais durante a atividade permite que as situações difíceis sejam solucionadas. Esta é uma maneira que os profissionais encontraram para lidar com um alvo móvel, porque a saúde não pode ser considerada como um estado de conforto, de bem-estar físico, mental e social, conforme sua definição internacional e motivo de diversas críticas. A saúde não é um objetivo estável, concreto e possível de ser atingido, mas algo que se alterna

constantemente em torno de parâmetros estabelecidos ou de um estado considerado 'ideal' (DEJOURS, 1986).

Como a saúde é um alvo móvel, surgem restrições para os profissionais de serviços de saúde atingirem objetivos concretos. Estes profissionais têm responsabilidades e tarefas definidas sobre um problema que não é muito claro.

Hipótese 2 : A mobilização coletiva dos profissionais se traduz na re-elaboração das demandas dos usuários atendidos, compatibilizando os objetivos estabelecidos pela organização com a situação real de trabalho.

A complexidade da prestação de serviços de saúde faz com que os profissionais das equipes e outros atores da Unidade atuem em situações de co-produção, pois as demandas ou necessidades dos usuários muitas vezes não são de fácil resolução, podendo ainda divergir dos objetivos e expectativas da organização. Dessa forma, as equipes se mobilizam para reconstruir coletivamente as situações de serviço, bem como traçar estratégias para solução dos problemas, de forma que sejam atendidos tanto os interesses dos usuários, quanto da organização.

1.3 Objetivos

Para verificar as hipóteses buscou-se analisar e caracterizar o funcionamento de equipes que prestam serviços públicos de saúde, compostas por profissionais de diferentes categorias, trabalhando de forma cooperativa e integrada no atendimento e na busca de soluções para as demandas da população. Iniciou-se a discussão a partir dos pressupostos da teoria sociotécnica para trabalho em grupo, aprofundando a discussão com premissas da ergonomia da atividade para trabalho coletivo.

Os profissionais das equipes de saúde atuam segundo metas e objetivos operacionais estabelecidos, porém possuem margens de liberdade para planejar as ações, organizar e dividir o trabalho entre os membros, ou seja, definir uma forma de atuação segundo uma mínima especificação de tarefas. Esta flexibilidade para a atuação de cada equipe possibilita que o trabalho e as ações sejam estruturadas a partir das demandas dos usuários, do perfil da população-alvo e de acordo com os recursos disponíveis.

Pretendeu-se investigar e compreender como se estrutura o trabalho destas equipes

multiprofissionais, com relação à atribuição de tarefas, definição de papéis, coordenação e regulação das ações, integração e cooperação entre os profissionais, através do estudo da atividade de trabalho dos mesmos no serviço público de saúde.

1.4 Origem da Pesquisa

A presente pesquisa teve origem em um projeto firmado entre o Ministério da Saúde e o Consórcio da Faculdade de Medicina da USP, com a participação do Depto de Engenharia de Produção da Escola Politécnica. O projeto visava avaliar o Programa de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família - PROESF realizado no Estado de São Paulo. A partir deste projeto surgiu o interesse em aprofundar a discussão sobre trabalho em grupo.

Realizou-se estudo de caso numa unidade prestadora de serviços de saúde que adota o modelo, no Município de São Paulo, entendendo-se como necessária a observação ou estudo do problema dentro de seu contexto. O estudo foi feito com foco na análise da atividade das equipes de trabalho, baseando-se nos princípios da ergonomia.

Segundo Eisenhardt (1989) e Yin (1981) o estudo de caso possibilita a combinação de métodos de coleta de dados tais como entrevistas, questionários, observações e arquivos. Os dados podem ser qualitativos, quantitativos ou ambos.

Para coleta de dados foi utilizado o método de análise ergonômica do trabalho (AET) proposto por Guérin *et al.* (2001). Foram realizadas observações livres na Unidade pesquisada e observações sistemáticas de situações de trabalho, para entender os objetivos e metas da organização, o funcionamento da Unidade e a dinâmica de trabalho das equipes.

Além das observações, foram realizadas entrevistas livres e com roteiro semi-estruturado com profissionais da organização, a fim de entender os processos de trabalho, a forma de atuação do trabalhador durante a atividade e as dificuldades operacionais. A partir dos dados qualitativos coletados foram feitas reuniões de validação das análises junto aos profissionais, onde foram apontadas as dificuldades operacionais e os constrangimentos do trabalho.

À luz dos resultados da coleta de dados em campo e referências bibliográficas, procurou-se fazer uma reflexão sobre as hipóteses de pesquisa, elaborando-se as conclusões do trabalho e apontando possíveis desdobramentos.

1.5 Relevância

Os estudos sobre formas de trabalho em grupo, como os grupos multidisciplinares que trabalham de forma autônoma, por projeto ou que atuam em redes de cooperação, são de grande importância para o meio acadêmico e para os profissionais de forma geral. Marx (1998) apresenta algumas pesquisas feitas junto a empresas de diferentes países, que reestruturaram seus processos de trabalho e implantaram o trabalho em grupo, buscando maior flexibilidade, maior autonomia e polivalência dos funcionários. No Brasil, vem crescendo o interesse por estudos mais aprofundados sobre estas formas de organização do trabalho que, a exemplo de outros países, tendem a desempenhar um papel cada vez mais importante no ambiente econômico e das relações sociais. Este tema tem despertado interesse em pesquisadores de diferentes áreas, como Economia, Ciências Sociais, Administração e Engenharia de Produção.

As pesquisas existentes sobre trabalho em grupo no setor de serviços são relativamente recentes. Mueller *et al.* (2000) citam algumas pesquisas realizadas na década de 90, em organizações prestadoras de serviços de telecomunicações, de consultoria, de serviço postal, financeiras e, ainda, uma pesquisa realizada com times de atendimento em aviões. Destaca-se ainda o fato de que há poucas pesquisas sobre trabalho em grupo em serviços públicos, sobretudo na área de Engenharia de Produção (JACKSON, 2004).

Destacamos a importância de estudar os aspectos do funcionamento organizacional, ou seja, formas de estruturação do trabalho, formas ou métodos de organização dos processos de trabalho e definição de tipos de estrutura. Estas questões merecem destaque para análises acadêmicas mais aprofundadas, uma vez que o contexto atual em que as organizações estão inseridas traz uma grande complexidade, com imprevisibilidade e variabilidade, passando a exigir soluções e modelos inovadores para a gestão dessas organizações.

A pesquisa também assume relevância uma vez que os estudos e monitoramentos realizados sobre a experiência desses grupos na complexa realidade urbana do Município de São Paulo podem servir de base para que trabalhos semelhantes sejam realizados em outras realidades, no Brasil ou em outros países.

1.6 Estrutura da Dissertação

A seguir apresenta-se a estrutura dos seis capítulos que compõem esta dissertação:

O capítulo 1 situa a presente pesquisa no contexto em que foi desenvolvido o estudo de caso, apresenta o problema da pesquisa, as hipóteses que nortearam o estudo, os objetivos, a metodologia adotada, a relevância do trabalho e a estrutura da dissertação.

O capítulo 2 traz o referencial teórico pertinente ao estudo desenvolvido, abordando conceitos sobre serviços, organizações públicas, serviços públicos de saúde, trabalho em saúde, formas de trabalho em grupo, agir organizacional, relação de serviço e trabalho coletivo na perspectiva da ergonomia.

O capítulo 3 apresenta a metodologia, a fundamentação conceitual da pesquisa, a justificativa da escolha do método e das técnicas para coleta de dados e as fases percorridas no desenvolvimento do trabalho.

O capítulo 4 apresenta os resultados obtidos com a análise ergonômica do trabalho, através do estudo de caso em uma Unidade Básica de Saúde que adota a forma de organização do trabalho em equipes multiprofissionais.

O capítulo 5 apresenta a discussão dos resultados, a análise e reflexão sobre as hipóteses de pesquisa levantadas no capítulo 1.

O capítulo 6 traz as conclusões deste trabalho, as limitações da pesquisa e perspectivas para trabalhos futuros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A presente pesquisa traz uma discussão sobre o trabalho de equipes que atuam em uma unidade prestadora de serviços públicos de saúde. Inicialmente fez-se uma revisão conceitual, apontando-se os principais conceitos e características de organizações de serviços e em seguida abordou-se a questão do trabalho em serviços de saúde, com enfoque nos serviços públicos.

A discussão sobre trabalho em grupo partiu inicialmente dos pressupostos da Teoria Sociotécnica, que em seguida foi aprofundada com premissas da ergonomia da atividade para trabalho coletivo.

2.1 Organizações de serviços: conceitos e características

Serviços apresentam algumas diferenças em relação a outros sistemas de operações que já foram extensamente discutidas por diversos autores.

Wild (1977) analisou e descreveu os diferentes sistemas de operações e destaca que serviços diferem de outros sistemas pela sua função, que é o tratamento ou acomodação de alguma coisa ou alguém, ou seja, o cliente. A presença do cliente no sistema seria a principal característica de serviços e o fator gerador de grande variabilidade (SILVESTRO *et al.*, 1992).

Diferentes autores tratam das características de serviços, como a questão da intangibilidade de serviços apontada por Silva (1995), a simultaneidade da produção e da utilização de serviços discutida por Corrêa e Caon (2002) e o uso intensivo de pessoas (BERRY, 2001).

Muitos autores elaboraram diferentes tipologias para serviços, muitas delas baseadas em dimensões e características de processos oriundos da manufatura e que foram aplicadas durante muito tempo em serviços.

Silvestro *et al.* (1992) listam as seis dimensões utilizadas na classificação e na gestão de operações de serviços: foco em equipamentos ou pessoas, nível de contato com o cliente, nível de customização, nível de influência da presença do cliente no sistema sobre o atendimento de suas expectativas individuais, valor agregado no *front office* ou no *back office* e foco no produto/processo. A partir da

análise e agrupamento dessas variáveis e correlacionando-as com a taxa média de clientes atendidos por dia, os autores apresentaram uma classificação mais simplificada com três tipos de serviços: os serviços profissionais, os serviços de massa e a loja de serviços.

Qualquer que seja a tipologia adotada, a presença do cliente no processo ou mesmo sofrendo alguma alteração física decorrente do próprio serviço, torna complexo o trabalho em serviços. Além disso, as atividades podem envolver muitos profissionais simultaneamente e apresentar uma grande variabilidade de situações (SZNELWAR *et al.*, 2004-A).

Silva (1995) destaca que “a necessidade da participação do cliente em algumas atividades para a consecução dos resultados constitui aspecto relevante para a organização do trabalho em serviços” (SILVA, 1995, p. 11).

Carayon e Smith (2000) salientam que há uma tendência de envolver o cliente mais diretamente nas operações de prestação do serviço, com relações mais estreitas entre funcionários e clientes, seja nas transações ou nas interações, que podem gerar impactos na organização do trabalho, bem como ergonômicos.

Heskett *et al.* (1994) afirmam que “tendemos a generalizar a respeito de elementos do composto de gerenciamento de recursos humanos, acerca de decisões relativas a táticas de colocação de pessoal, recrutamento, seleção, treinamento, alocação, remuneração e formação da organização em geral” (HESKETT *et al.*, 1994, p. 237).

Embora as tipologias apresentadas consigam abarcar os mais variados tipos de serviços encontrados neste setor, considerou-se importante destacar algumas características próprias de serviços públicos e que não são encontradas em serviços privados, apresentadas a seguir.

2.1.1 Serviços públicos: algumas características

Uma das principais características das organizações públicas é que o funcionamento das mesmas difere das demais organizações, por não terem fins lucrativos ao atenderem as demandas da população, porém seguindo os objetivos estratégicos da instituição governo, ou seja, o funcionamento das mesmas é regulado por um agente externo e sofrem intervenções de ordem política.

Pereira (1996, p. 21) ao comparar organizações públicas e privadas salienta que “[...] pública é a propriedade que é de todos e para todos” e faz uma distinção das organizações classificadas como estatais, que são as que detêm o poder de legislar e tributar.

Encontramos em Nutt (2005), um quadro comparativo de características de organizações privadas e públicas, apresentados na Figura 2.

FATORES	ORGANIZAÇÕES PRIVADAS	ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS
Ambiental		
Mercado	O padrão de consumo define o mercado.	Mercado formado por vários agentes e por isso deve-se identificar a demanda.
Cooperação vs. Competição	Competição entre organizações que oferecem um determinado serviço.	Espera-se que haja colaboração entre organizações que oferecem um dado serviço.
Disponibilidade de dados	Maior disponibilidade de dados.	Disponibilidade limitada de dados.
Restrições	Maior autonomia e flexibilidade.	Autonomia e flexibilidade limitadas por mandatos e por delegação.
Influência política	Influência política indireta e interna.	Influência dos usuários e do grupo político dominante.
Transacional		
Propriedade	Os acionistas detêm a propriedade e seus interesses são refletidos nos indicadores financeiros.	Cidadãos agem como proprietários e impõem suas expectativas sobre as atividades da organização e sobre a condução destas.
Processo Organizacional		
Objetivos	Objetivos definidos e preocupação principal com a eficiência.	Objetivos inconstantes e difíceis de especificar, preocupação principal com a equidade.
Limites de autoridade	A autoridade define o poder.	Pessoas investidas de autoridade decidem as melhores alternativas.

Figura 2 Principais características de organizações privadas e públicas.

Fonte: Adaptado de NUTT (2005).

Embora alguns dos fatores referentes às organizações públicas possam gerar controvérsias, a comparação entre as organizações públicas e privadas suscita uma reflexão interessante.

A definição de serviço público deve considerar o papel do Estado no

desenvolvimento de ações de proteção à população (SILVA *et al.*, 2007).

A prestação e fiscalização dos serviços públicos são feitas de acordo com vários níveis da administração pública, segundo a competência de cada nível. Assim, cabe à União a responsabilidade pela segurança nacional, pelos recursos de energia elétrica, emissão de moeda e outros. São responsabilidades do Município, o transporte coletivo, a educação infantil, os serviços de saúde e outros. O Estado é responsável pelo restante dos serviços que não são atribuídos ao Município e à União (BRANCO, 2006).

A regulamentação da concessão da prestação de serviços públicos a terceiros intensificou-se no Brasil no início do século 20, com a criação de vários serviços de interesse público, como a produção e distribuição de energia elétrica, a telefonia e a distribuição de gás canalizado (BRANCO, 2006).

A partir da década de 1980, devido à escassez de recursos públicos, implantou-se o programa de desestatização dos serviços públicos no Brasil, com intensificação das concessões (BRANCO, 2006).

Pereira (1996) apresentou o Plano Diretor da Reforma do Estado em janeiro de 1995, que orientou a promulgação da emenda constitucional de 1998, quanto à divisão das atividades estatais em dois tipos: 1- Atividades exclusivas do Estado e 2- Atividades não-exclusivas do Estado. As Atividades exclusivas do Estado são aquelas em que se tem o poder para legislar e tributar, como por exemplo, os órgãos de fiscalização, de regulamentação e os que fazem transferências de recursos, em que se enquadra o Sistema Unificado de Saúde (SUS).

Verificou-se que a categorização de serviço público é bastante ampla e dessa forma, considerou-se importante delimitar mais o tema, voltando-se para o foco desta dissertação, ou seja, em serviços públicos de saúde.

2.1.2 Particularidades de serviços públicos de saúde

Dentre os serviços públicos existentes, os serviços de saúde são considerados como de grande relevância econômica e social e também como um tipo de serviço com funcionamento bastante complexo. A natureza deste tipo de serviço, que envolve o cuidado das pessoas e a conseqüente alteração física, bem como psíquica do

usuário ou cliente, faz com que se forme uma rede complexa de agentes, representada por fornecedores de serviços ou materiais, por entidades e parceiros, por diversos profissionais da saúde, pelo próprio usuário, pelo governo e outros, oriundos tanto de organizações públicas quanto privadas, com interesses diversos e muitas vezes até conflitantes.

Dussault (1992) salienta que os serviços de saúde têm características específicas que modificam a forma de gestão e de organização. Uma das características é o atendimento de necessidades complexas e variáveis, que têm dimensões (biofísicas, psicossociais), cuja definição varia com a classe social e das respectivas representações da saúde, da doença, da morte, da clientela (crianças, idosos, homens e mulheres) e do tipo de problema (agudo ou crônico). Dessa forma, os prestadores precisam de autonomia para adaptar os serviços às necessidades específicas dos usuários.

Para Campos e Costa (2003), a pluralidade de situações que emergem da diversidade de condições (epidemiológicas, sociais, políticas, culturais, econômicas, etc.) de seus componentes (profissionais de saúde, unidades de atendimento, público atendido, sociedade) é que torna complexo qualquer sistema de saúde.

De acordo com Dussault (1992), as organizações públicas de serviços de saúde são organizações profissionais que dependem do trabalho de especialistas e requerem autonomia de prática. Segundo o autor, os serviços produzidos sofrem interferência de valores e julgamentos morais, atendem a necessidades multidimensionais e seus resultados são difíceis de medir.

A prestação de serviços de saúde abrange ainda, segundo Dussault (1992), uma dimensão ética e moral, ligadas ao sigilo, ao direito do usuário à informação sobre sua saúde e à garantia de continuidade do tratamento, bem como uma dimensão quanto à ética administrativa, relativa à prioridade no atendimento, à distribuição dos recursos entre setores, ao acesso aos serviços e ao respeito pelos usuários.

2.2 O trabalho no serviço público de saúde

O trabalho em serviços de saúde seja em ambiente hospitalar, em clínicas especializadas, em centros de diagnósticos, em postos de saúde ou externamente

em domicílios, bem como nas equipes de resgate, *Home Care* e outras, apresenta-se como um trabalho complexo, pois envolve uma variedade de práticas e tem “[...] uma grande variedade de experiências singulares”, conforme a definição de trabalho complexo de De Terssac e Maggi (2004, p. 87). A realização do trabalho se desdobra em diversos processos de produção, possuindo grande número de insumos e materiais, com grandes estruturas e múltiplos agentes atuando em conjunto na prestação do serviço.

Para Ribeiro *et al.* (2004), o trabalho em saúde “[...] é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho” (RIBEIRO *et al.*, 2004, p. 438).

O trabalho em serviços de saúde teria um caráter coletivo, porém envolvendo também profissionais especializados e com competências diversas, que realizam atividades específicas dentro de um trabalho que hoje ainda é muito fragmentado. Para a prestação do serviço e atendimento das demandas dos usuários, as atividades dos diferentes profissionais se complementam, sendo que em serviços de saúde há muitas incertezas em relação à demanda, afetando todo o planejamento e organização do trabalho.

Ribeiro *et al.* (2004) afirmam que os médicos ocupam espaços de decisão e mantêm certa independência no trabalho, inclusive quanto à remuneração, pois não dependem apenas do salário. Quanto aos trabalhadores de enfermagem, a maioria é assalariada e apenas alguns deles atuam de forma independente, fora do trabalho coletivo institucional.

Segundo Peduzzi (2001), o trabalho por especialidades foi uma prática iniciada com os médicos e da qual derivaram os outros trabalhos especializados na área da saúde. Conforme a autora, os trabalhos de outros profissionais seriam agregados ou não ao trabalho do médico para implementar a totalidade das ações que viabilizam a atenção integral à saúde, sendo porém trabalhos tecnicamente diferentes e desiguais quanto à valorização social.

Por outro lado, Dussault (1992) ao analisar a prestação de serviços de saúde afirma que a complexidade dos problemas de saúde (incluindo as mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais) exige flexibilidade e trabalho multiprofissional. Segundo o

autor, os gestores devem criar condições de prática favoráveis a esse tipo de trabalho, que implica em ações como: 1- definir mecanismos de coordenação e de decisão dentro das equipes; 2- garantir a estabilidade das equipes para a criação de um ambiente de confiança; 3- adaptar-se ao mecanismo de avaliação de pessoal e 4- definir estratégias de formação para facilitar a passagem do exercício individual ao trabalho de equipe.

2.2.1 O trabalho no programa PSF

Com a implementação do SUS no início dos anos 90, adotou-se uma forma de organização do trabalho na prestação dos serviços, através da implantação de equipes multiprofissionais de saúde dentro do Programa PSF, considerada uma mudança significativa no enfoque da prestação dos serviços.

O trabalho no SUS passou a ter duas formas distintas, ou seja, a tradicional que é organizada por especialidades e a das equipes multiprofissionais do Programa PSF.

Na forma tradicional não havia o contato contínuo com os usuários e as famílias. A relação do usuário com o serviço público de saúde ocorria apenas, através das consultas individuais com médicos especialistas (clínica geral, ginecologia-obstetrícia e pediatria) ou através de procedimentos específicos de enfermagem nas unidades (MASCIA *et al.*, 2007, p. 179).

A adoção do modelo PSF introduz uma modificação na prestação do serviço, através da relação com o usuário, uma vez que o serviço é levado até a casa da família (SILVA *et al.*, 2007).

As equipes multiprofissionais atuam em uma unidade ambulatorial pública destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas. Esta unidade desenvolve ações próprias do nível primário de atenção, ou seja, promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. Os campos de intervenção são o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.

A unidade inicia o contato dos usuários com o sistema de saúde e através dela são feitos os encaminhamentos para os diferentes níveis do sistema, caso seja “[...] requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997-F).

Há na literatura diferentes estudos sobre o trabalho dos profissionais que atuam nas equipes do Programa PSF. Muitos estudos apontam as dificuldades encontradas, pelas diferentes categorias que compõem as equipes, na realização do trabalho e relatam como as condições de trabalho afetam o serviço prestado e a própria saúde dos mesmos. Ferraz e Aerts (2005), por exemplo, analisaram o cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde de uma grande cidade e apontam que os mesmos possuem uma carga de trabalho elevada, pois têm que atender uma demanda em crescimento devido ao aumento da população atendida e ainda exercer atividades administrativas dentro da unidade a que pertencem, sendo que alguns não se sentem qualificados para estas atividades.

Pedrosa e Teles (2001) ao pesquisarem os diferentes profissionais de equipes do programa PSF apontaram diversos fatores relacionados às condições de trabalho bem como às relações trabalhistas relatadas pelos profissionais. Há relatos sobre problemas ligados à questão socioeconômica da população e à infra-estrutura urbana deficitária, como violência, prostituição, drogas, alta incidência de doenças infecto-contagiosas e outras. Estes fatores também são apontados por Senna e Cohen (2002) ao analisarem a implantação da estratégia saúde da família em um município metropolitano.

Peduzzi (2001) aponta que os profissionais de saúde que atuam nas equipes sentem necessidade de preservar algumas especificidades do trabalho especializado, aprofundando seus conhecimentos em determinada área de atuação. Por outro lado, expressam a importância da flexibilização da divisão do trabalho na realização de “[...] ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos como: recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros” (PEDUZZI, 2001, p. 108).

Ribeiro *et al.* (2004) analisaram as particularidades e as dificuldades das duas formas de organização do trabalho, a generalista e a baseada na especialização. Para os autores, o trabalho do profissional generalista transforma os especialistas em técnicos polivalentes, com atribuições semelhantes, levando à perda da especificidade. Já o especialista, por executar uma parte da intervenção, não teria responsabilidades pelo resultado da prestação do serviço ou do tratamento como um todo.

Segundo Mascia *et al.* (2000), o que se percebe, em muitos casos, é que há nas

organizações uma combinação de iniciativas modernas com outras extremamente convencionais. Para os autores, as iniciativas modernas podem referir-se a novas tecnologias ou então a mudanças na organização do trabalho e na gestão, horas flexíveis de trabalho, trabalho à distância e contratação de profissionais com alto nível educacional.

Como o tema central desta pesquisa aborda o trabalho coletivo de equipes multiprofissionais, apresenta-se a seguir, duas abordagens que nortearam a pesquisa e que são centrais para os estudos sobre trabalho coletivo.

2.3 O trabalho em grupo na perspectiva sociotécnica

A forma de organização do trabalho em grupo surgiu na década de 50, como uma alternativa à forma de organização taylorista. Através de estudos do Tavistock Institute, surgiu a Escola Sociotécnica, que considera a organização numa perspectiva de sistemas, contemplando desta forma, tanto o aspecto social quanto o aspecto técnico do trabalho.

Nos Sistemas Sócio-Técnicos, o processo de aprendizagem era um fator crucial assim como o redesenho das tarefas, tendo em vista o enriquecimento do trabalho como forma de implementação da otimização conjunta dos diversos subsistemas (MALVEZZI, 1999). A Escola Sociotécnica questionava a carga prescritiva e o planejamento externalizado do trabalho (SALERNO, 1999).

A idéia desses grupos foi difundida a partir de diversas experiências acerca da organização do trabalho. A primeira delas desenvolveu-se nas minas de carvão em Durham, Inglaterra, por volta de 1948 e depois surgiram outras nos países escandinavos, como as experiências da Volvo e Saab (FLEURY e VARGAS, 1983).

A abordagem sociotécnica tradicional foi elaborada para atender as necessidades do meio industrial ou de produção, onde ocorreram as primeiras experiências de trabalho em grupo. As primeiras experiências de trabalho em grupo em escritórios e outros tipos de serviços surgiram somente alguns anos mais tarde.

Segundo Salerno (1999), o trabalho em grupo ocorre quando a um conjunto de pessoas são atribuídos objetivos ou metas de produção e estabelecidas as

condições (equipamentos, suprimentos, etc.) para atingi-los. As pessoas decidem o planejamento do trabalho, tendo autonomia para se organizarem da forma que acharem melhor.

Uma das características principais desses grupos é a atuação das pessoas com maior autonomia e com maior flexibilidade, o que permite atender melhor as variabilidades de situações encontradas no trabalho, bem como respeitar as características individuais e estilos de trabalho.

Na subseção seguinte aborda-se a questão da autonomia com algumas definições e formas de aplicação em diferentes organizações.

2.3.1 Autonomia no trabalho

A autonomia é um aspecto fundamental para a implantação e o funcionamento de grupos, conforme já destacado por diversos autores e pode-se encontrar diferentes definições para o termo. Marx (1996) e Salerno (1998) apontam que é possível encontrar diferentes variações da autonomia nas mais diversas organizações e segundo o setor em que se encontram.

Bowen e Lawler (1992) fizeram uma ampla análise sobre a autonomia de funcionários que atuam na linha de frente de organizações de serviços. Segundo os autores, a autonomia dos funcionários de linha de frente em serviços ocorre quando a organização divide com os mesmos quatro fatores fundamentais: informações sobre o desempenho organizacional e as recompensas com base nele, conhecimentos para contribuir com o desempenho da organização e poder para decidir.

Para Bowen e Lawler (1992; 1995) pode-se proporcionar a autonomia em diferentes graus e os autores propõem dois tipos de abordagens para a autonomia dos profissionais de serviço. Uma abordagem de linha de produção, que concentra os quatro fatores citados nas gerências da organização e uma abordagem de *empowerment* (com aumento do grau de autonomia), em que os quatro fatores são movidos para os funcionários de linha de frente. Os gestores decidem qual das abordagens atende melhor as suas necessidades

Marx (1996) relaciona autonomia com o trabalho de equipes na indústria, definindo-a

como: "a capacidade de um grupo/indivíduo projetar, decidir e implementar alterações de ritmo, métodos, alocação interna e controle das atividades de produção, dado um determinado aparato técnico-organizacional onde este grupo/indivíduo atua" (MARX, 1996, p. 59). Segundo o autor é a autonomia, com sua abrangência e profundidade de incorporação que pode diferenciar os grupos e dessa forma, propôs níveis de autonomia no âmbito da organização da produção, da gestão de recursos humanos, gestão do planejamento, estratégia de produção e competências dos RH.

Para Salerno (1998), a discussão sobre autonomia no trabalho em grupo deve considerar a questão da permanência ou ausência de supervisão hierárquica direta. Segundo o autor, a supervisão inibe a autonomia do grupo, afetando dessa forma a agilidade e a flexibilidade que esta forma de trabalho pode proporcionar, mas por outro lado, este profissional pode deter um conhecimento técnico oriundo da vivência prática, que dificulta a sua eliminação.

Maggi (2005) afirma que é necessário distinguir dois conceitos: autonomia e discricionariedade. Para o autor autonomia significa "[...] a capacidade de produzir suas próprias regras, portanto a capacidade de gerir seus próprios processos de ação: ela implica independência". Já a discricionariedade "[...] indica espaços de ação dentro de um processo regrado, onde o sujeito agente é obrigado a decidir e escolher, num quadro de dependência" (MAGGI, 2005, p. 102). Dessa forma, a autonomia refere-se "[...] à liberdade de decisão do sujeito individual ou coletivo" (MAGGI, 2005, p. 103). O autor afirma que nos dois casos, a autonomia diz respeito à regulação do processo de ação. Assim, se a regulação for determinada, trata-se de espaço discricionário e se a regulação for autônoma, trata-se de autonomia.

Maggi (2005) salienta que a autonomia e a heteronomia coexistem em todo processo de ação social, apesar da autonomia se opor à heteronomia. Segundo o autor, um processo de ação social implica vários níveis de decisão, sendo que nos diversos níveis, autonomia e heteronomia podem mesclar-se de diferentes maneiras e todos contribuem para a ordem global do processo.

2.3.2 Sociotécnica Moderna

O redesenho organizacional passa a ser uma questão de sobrevivência para as organizações, diante da grande incerteza e complexidade do ambiente em que estão inseridas. No redesenho organizacional, reduz-se a necessidade de coordenação e, dessa forma, amplia-se a autonomia dos grupos.

Os autores Sitter, Hertog e Dankbaar (1997) apresentaram princípios com foco no projeto organizacional, em que consideram a complexidade do sistema de produção, diferenciando-se da Sociotécnica Clássica, que apresentava princípios muito gerais de trabalho em grupo. Esta abordagem considera que o projeto do trabalho deve contemplar melhorias na qualidade do trabalho e na qualidade das organizações, ou seja, que estas devem ser capazes de lidar com um ambiente complexo e em contínua mudança (SITTER, HERTOOG e DANKBAAR, 1997).

Segundo Sitter, Hertog e Dankbaar (1997), uma forma das organizações lidarem com a complexidade do ambiente externo é reduzir o controle interno e a necessidade de coordenação, através da criação de grupos e unidades autônomas. Além disso, as tarefas fragmentadas devem ser alargadas incorporando funções de execução e planejamento ou tarefas diretas e indiretas, fazendo surgir o que os autores denominaram como “organizações simples com trabalho complexo”, em que são reduzidos os níveis hierárquicos e a burocracia gerando melhores postos de trabalho no nível operacional de fábricas ou escritórios.

Um aspecto relevante desta abordagem é que ela considera o problema da complexidade de um sistema (relativa ao número de seus elementos, ao número de suas relações internas e externas, etc.), devido às dificuldades para responder rapidamente às demandas de uma organização.

Carayon e Smith (2000) mencionam que recentemente têm sido propostas e aplicadas várias formas de trabalho em grupo, podendo ser grupos temporários (círculos de qualidade, times de projeto) ou grupos permanentes (semi-autônomos e times autogeridos). Para os autores, como as tarefas desempenhadas pelos grupos são tipicamente de natureza diferente, se comparadas com as tarefas desempenhadas por trabalhadores individuais, esta forma de organização do trabalho poderá ter muitos efeitos, nos diferentes elementos do sistema de trabalho

e no elemento humano, tais como no desempenho, atitudes, bem-estar e saúde, que merecem uma investigação mais aprofundada.

O modelo sociotécnico trabalha em parte com o conceito de tarefa, que gera controvérsias, uma vez que não expressa as reais condições de um ambiente de trabalho e não aponta as dificuldades das pessoas ao lidarem com os imprevistos. A escola sociotécnica não considera a atividade de trabalho que poderia colocar em evidência estas questões e ainda revelar como o sistema se organiza.

Outro ponto que gera questionamentos é o do controle de variâncias em que buscam eliminar ou programar os desvios de padrão ou procedimentos. Deve-se considerar que em uma atividade de trabalho surgem constantes imprevistos “não controláveis”, pois “[...] a situação de trabalho é mutável, variável, ativa; da mesma forma pode-se ver que isso é evidente para o estudo da variabilidade de pessoas e contextos e da regulação” (DE TERSSAC e MAGGI, 2004, p. 98).

Como a Teoria Sociotécnica não aborda a dinâmica do trabalho de forma mais aprofundada, buscou-se uma contribuição na ergonomia que, do ponto de vista epistemológico, considera alguns elementos importantes, como por exemplo, condições de trabalho e saúde dos trabalhadores.

2.4 O trabalho do ponto de vista da ergonomia

O conceito de trabalho varia de uma sociedade para outra, fazendo com que se desenvolva uma diversidade de práticas específicas de cada tipo de sociedade.

De Terssac e Maggi (2004) destacam que o conceito de trabalho pode variar no interior de uma mesma sociedade e citam como exemplos, a evolução da concepção de trabalho voltada para a produção de bens ou na subsistência, no decorrer do século XX e a noção de trabalho que “[...] evolui de pena e sofrimento para uma concepção de atividade produtiva dentro de uma relação social hegemônica, a do assalariado” (DE TERSSAC e MAGGI, 2004, p. 81). Os autores salientam que na sociedade atual deve-se considerar a diversidade do trabalho, pois não se tem mais um modelo único e normalizado. O trabalho pode ser estável, programado, coerente para algumas pessoas em determinado tempo, porém pode ser precário, dividido em

“pequenos bicos” e descontínuo para outras. Isto faz com que surjam diferentes contextos, características de pessoas e suas estratégias para atuarem neste mercado de trabalho.

As abordagens sobre o trabalho na ergonomia também passaram por transformações, desde o surgimento da ergonomia voltada para os fatores humanos. Esta concepção dedicava-se ao estudo das características fisiológicas e anatômicas do homem, tinha como principais disciplinas a fisiologia do trabalho, a antropometria, a psicologia científica e a biomecânica.

Engenheiros, projetistas, especialistas em segurança do trabalho e outros, usavam a expressão “fator humano” para designar o comportamento das pessoas no trabalho, associado à idéia de erro, falha ou falta cometida pelos operadores (DEJOURS, 1997).

Segundo Daniellou (2004), esta corrente baseou-se em trabalhos de engenheiros e de fisiologistas que concluíram que o homem possui propriedades incontornáveis, as quais não podem ser modificadas, apenas estudadas.

Esta vertente tradicional tem uma de suas bases na psicologia experimental. Segundo Abrahão e Pinho (2002), esta abordagem tem um caráter extremamente reducionista com posições apoiadas em normas e prescrições, que “[...] ignoram a atividade de construção inerente a toda situação real de trabalho” (ABRAHÃO e PINHO, 2002, p. 47).

Desenvolveu-se nos países de língua francesa uma abordagem da ergonomia que considera o trabalho como uma atividade humana, englobando os aspectos físico, cognitivo e psíquico, sendo que estes aspectos estão inter-relacionados de forma que não há atividades físicas sem atividades cognitivas (WISNER, 1994, p. 78). A evolução da tecnologia gerou modificações no trabalho que segundo Wisner (1994), criou situações em que as atividades passam a ter uma grande carga mental ou um componente cognitivo intenso e complexo, como em atividades na agricultura ou no trabalho hospitalar.

Para De Terssac e Maggi (2004), o trabalho é um objeto complexo, multidimensional e abrange, ao mesmo tempo, uma noção abstrata e uma variedade de práticas. Para os autores, a ergonomia é uma espécie de metadisciplina e por isso, consegue abranger a complexidade do trabalho, o que não é possível para outras disciplinas

distintas.

As transformações nos sistemas de trabalho tornam estes sistemas cada vez mais complexos, devido ao número de mudanças que estão ocorrendo nos negócios e no ambiente sócio-econômico. Além disso, o trabalho pode ser realizado através de fronteiras organizacionais, geográficas, culturais e temporais, por exemplo, no monitoramento de pacientes feito de forma remota entre hospitais ou entre profissionais de diferentes organizações de serviços de saúde, que rompe fronteiras geográficas e traz uma diversidade de interações e de dimensões (física, cognitiva, psicossocial/cultural) (CARAYON, 2006).

Leplat (1998) salienta que quando um sistema controlado por operadores se torna muito complexo, podem surgir riscos na execução de suas atividades ao terem que tomar decisões imediatas. Segundo o autor, torna-se necessária a ampliação das competências individuais ou do grupo, que devem ser associadas com a autonomia no processo de decisão, de forma que possam desenvolver seus conhecimentos sobre o funcionamento do sistema, criar estratégias para o trabalho que lhes possibilitem maior segurança e ampliar o que o autor chamou de “espaços de possibilidades” ou “graus de liberdade”.

Segundo Guérin *et al.* (2001), o trabalho abrange três dimensões que compõem um sistema: as condições reais, a atividade e o resultado efetivo do trabalho, sendo que estas não existem independentemente. Na prática, as empresas acabam considerando cada realidade em separado, assim como o fazem as disciplinas científicas, que adotam pontos de vista específicos com recorte do campo de conhecimento e de ação.

Ombredane e Faverge (1955), conforme citado por De Terssac e Maggi (2004), destacam que o trabalho passou a ser considerado pela ergonomia de língua francesa sob duas perspectivas diferentes. Uma perspectiva está relacionada com as exigências da tarefa ou do que deve ser feito pelos trabalhadores e a outra está relacionada com o que eles realmente fazem, ou seja, suas atitudes e a forma como os indivíduos respondem realmente à tarefa, que é a atividade. Segundo De Terssac e Maggi (2004), os indivíduos desenvolvem uma capacidade de regulação da atividade, para gerenciarem as variações das condições externas e internas da mesma e para considerar os seus efeitos.

A ergonomia considera diferentes dimensões do trabalho, como as condições de trabalho, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, revelando as dificuldades das pessoas na realização das tarefas, bem como o desenvolvimento de suas estratégias frente a imprevistos. As condições de trabalho refletem nos resultados da ação social, que serão positivos se forem considerados o bem-estar e a valorização das pessoas envolvidas. Segundo De Terssac e Maggi (2004), isto implica numa visão de processo em que os resultados desejados, as ações esperadas, os conhecimentos técnicos e a própria ordem do processo são variáveis e modificáveis.

Para Falzon (2007, p. 9), a tarefa é a prescrição do que deve ser feito por um operador, sendo definida pela organização a partir de um objetivo (o estado final desejado) e das condições para a sua realização (os procedimentos, os constrangimentos de tempo, os meios à disposição, as características do ambiente físico, etc.). Para o autor, "a atividade é o que é feito, o que o sujeito mobiliza para efetuar a tarefa". Segundo o autor, o operador fixa para si um objetivo, a partir do objetivo da tarefa, para finalizar a atividade. A atividade irá produzir efeitos sobre o operador, relativos à saúde (fadiga, desgaste no longo prazo e acidentes de trabalho), às competências (aprendizagem) e sobre os objetivos da tarefa (desempenho em termos de quantidade, qualidade, estabilidade, etc.)

Segundo Guérin *et al.* (2001), a tarefa determina e constrange a atividade do operador, mas é um quadro de referência para que ele possa operar. O operador desenvolve sua atividade fazendo adaptações à situação real de trabalho a partir da prescrição. Os autores salientam que a distância entre o prescrito e o real é "a manifestação concreta da contradição sempre presente no ato de trabalho, entre 'o que é pedido' e 'o que a coisa pede'" (GUÉRIN *et al.*, 2001, p. 15).

2.4.1 Dimensão coletiva do trabalho

O surgimento de novas formas de organização do trabalho impulsionou as pesquisas sobre trabalho coletivo como os grupos, times, equipes e por aspectos ligados ao trabalho coletivo como a cooperação, a flexibilidade, a autonomia e outros.

Segundo De Terssac (1992), a automatização das indústrias trouxe a transformação do trabalho consagrando a passagem de um universo de trabalho onde tudo era

previsto e regulamentado para um universo formado por eventos não previstos com a flexibilização dos esquemas de execução. Segundo o autor, a noção de tarefa muda para a noção de missão e a noção de posto de trabalho passa a englobar toda a unidade de trabalho. Para o autor, isto não significa que o universo regulamentado não exista, mas que ele passa a ser cotidianamente desregulamentado pela incerteza e o não previsto.

Para Gheorghiu e Moatty (2003), os interesses por formas de trabalho coletivo, em geral, estão ligados à questão de incremento de produtividade ou como instrumentos para estimular o envolvimento dos trabalhadores.

Os modelos clássicos utilizados em análises do trabalho em geral não abordam aspectos da dimensão coletiva do trabalho, em relação à interdependência existente entre tarefas e/ou atividades de vários operadores ou quanto à importância das relações sociais numa equipe de trabalho (BARTHE, 2003).

A ergonomia direcionou suas análises e não considera somente a ação individual e a relação “tarefa-atividade” de um só operador, mas a ação coletiva e as relações entre tarefas, atividades e diversos operadores. (MAGGI, 2005, p. 99).

Para De Terssac e Maggi (2004), o trabalho é cada vez menos considerado como uma realidade já constituída, diante da qual o indivíduo deve se submeter. O trabalho torna-se “[...] uma ação coletiva por meio da qual os indivíduos vão cooperar para obter um certo resultado, dentro de condições dadas” (DE TERSSAC e MAGGI, 2004, p. 85). Esta ação se desenrola tendo alguns constrangimentos, devido ao contexto estruturado pelos dispositivos, regras e normas que irão definir o espaço de ação e que poderão ser ou não questionados pelos indivíduos.

É possível encontrar na literatura diferentes abordagens sobre formas de trabalho coletivo e modalidades de regulações coletivas, que podem orientar as análises e pesquisas sobre situações que envolvem o trabalho coletivo.

Barthe (2003) ao analisar abordagens existentes na literatura, relaciona três características principais apontadas como específicas dessas modalidades de trabalho coletivo: 1- a divisão ou não dos objetivos dos operadores dentro do trabalho coletivo; 2- a divisão ou não do lugar de trabalho e 3- a articulação temporal das ações dos operadores. A autora destaca que além destas características, pode-se considerar a questão da divisão do objeto de trabalho pelos diferentes

operadores (podendo ocorrer ou não simultaneamente), o papel das competências compartilhadas e distribuídas na equipe, bem como os processos sociais no grupo (como a normalização ou as relações sócio-afetivas).

Barthe e Quéinnec (1999) elaboraram critérios que podem ser utilizados em estudos de situações de trabalho coletivo, posteriormente organizados em três níveis, porém interconectados entre si:

- primeiro nível – aspectos diretamente ligados à organização: grau de interferência entre os objetivos dos operadores, distribuição das tarefas e análise de seu grau de dependência;
- segundo nível – meios materiais utilizados: lugar e instrumentos de trabalho dos protagonistas, momento de realização das ações, meios de comunicação e de divisão ou não do objeto de trabalho;
- terceiro nível – processos individuais e coletivos solicitados durante as interações: recursos intelectuais, competências, experiência dos operadores e fenômenos de grupo.

A ergonomia passou a pesquisar e empregar noções ligadas ao trabalho coletivo, como cooperação, colaboração, coordenação e outras, fundamentais para essa forma de trabalho. É possível encontrar na literatura diferentes definições e abordagens para estas noções e desta forma considerou-se importante apresentar algumas definições utilizadas nesta pesquisa.

A cooperação é definida por Dejours (1997, p. 94) como “[...] o nível de organização das condutas humanas no trabalho, que reconhece o lugar dos erros individuais, mas permite, pelo jogo cruzado das ações, corrigir ou prevenir um bom número de suas conseqüências no processo de trabalho”. O autor salienta que a cooperação remete ao coletivo de trabalho e é uma conduta coordenada que possibilita desempenhos superiores e suplementares em relação aos desempenhos individuais. A cooperação não idealiza o operador humano, pois faz a integração das diferenças entre as pessoas, articulando os talentos específicos de cada trabalhador e compensando as possíveis falhas singulares. Segundo o autor, a qualidade do trabalho, a confiabilidade e a segurança estão diretamente ligadas à qualidade da cooperação, podendo compensar as falhas da organização do trabalho prescrito e as restrições dos desempenhos humanos.

No trabalho coletivo, os operadores muitas vezes compartilham conhecimentos diferentes, coordenam as diversas tarefas e negociam a solução de problemas (VALLÉRY, 2004). A cooperação é fundamental para que as interações ocorram entre os trabalhadores e para que as experiências e os conhecimentos sejam compartilhados.

Para Guérin *et al.* (2001) é importante diferenciar cooperação de colaboração, sendo que a cooperação ocorre quando os operadores trabalham num mesmo objeto de trabalho e com dependência mútua. Segundo os autores, na colaboração são estabelecidas relações entre trabalhadores que habitualmente não trabalham no mesmo objeto, mas que compartilham suas competências nas diversas situações enfrentadas. Apesar disso, tanto a cooperação quanto a colaboração são dimensões coletivas da atividade de trabalho.

2.4.2 A relação de serviço e o trabalho segundo a ergonomia

As pesquisas e intervenções feitas pela ergonomia voltaram-se durante muito tempo para as operações fabris, embora haja alguns estudos das situações de serviço de hospitais, guichês e centrais telefônicas relatadas já na década de 70 (CERF *et al.*, 2007; FALZON e LAPEYRIÈRE, 1998). Com o crescimento do setor de serviços e o aumento de sua importância para a sociedade atual, pela geração de inúmeros postos de trabalho, surgiram muitas ações ergonômicas neste setor e para diferentes categorias profissionais (SZNELWAR *et al.*, 2004-A).

Muitas pesquisas reconhecem que é importante considerar o papel do cliente ou usuário na produção de um serviço e buscam investigar os reflexos dessa relação nos diferentes aspectos da prestação do serviço.

Carayon e Smith (2000) apontam que o contato direto entre clientes e trabalhadores no setor de serviços gera impactos na organização do trabalho, uma vez que o cliente espera ter acesso ao serviço sempre que necessitar, podendo gerar sobrecarga de trabalho e mudanças nas tarefas executadas.

Cerf *et al.* (2007) enfatiza que no caso do setor de serviços a complexidade é crescente e que o setor apresenta uma evolução das mais rápidas, na maioria dos países industrializados. Segundo os autores, estas transformações são resultantes

das inovações introduzidas pelas tecnologias da informação e da comunicação, que fazem surgir novas formas de trabalho em redes entre atores internos e/ou externos.

Verifica-se uma tendência global de aumento e diversificação das atividades de serviço, enfatizando a gestão da informação e a relação com o cliente ou usuário (CERF *et al.*, 2007). Para os autores, o que caracteriza uma atividade de serviço é o atendimento da demanda formulada pelo usuário, mesmo que essa demanda já esteja pré-construída nos serviços de uma organização. Segundo os autores, a construção da demanda ou a identificação das necessidades do usuário pode ocorrer, a partir de objetivos e expectativas que podem ser diferentes ou divergentes para o prestador e para o usuário e dessa forma, requer a construção de um referencial comum.

As situações em que um trabalhador atua face a face com um usuário ou cliente são descritas como relações de co-produção.

Segundo Gadrey (1993), conforme citado por Cerf *et al.* (2007, p. 486), a diferença entre produção industrial e produção de serviço está na “passagem da produção à co-produção” e dessa forma, a relação de serviço é uma relação de co-produção quando “[...] o produto da transação entre dois agentes é parcialmente definido durante suas interações no quadro de uma relação complexa oferta/procura”.

Para Falzon e Lapeyrière (1998), a relação de serviço pode estender-se para além dos encontros face a face entre o operador e o usuário, como no caso dos atendentes de guichês em que uma parte do processo de atendimento é realizada por outros operadores no *back-office*. Segundo os autores, a relação de serviço pode ocorrer em situações onde só exista um operador ou quando a organização reduz-se a apenas um operador, como no caso de uma interação entre um paciente e um médico. Se esta situação ocorrer dentro de uma estrutura hospitalar haverá outros intermediários na relação de serviço e dessa forma, considera-se uma situação global de serviço com sucessivas e diferentes relações de serviço.

Falzon e Lapeyrière (1998, p. 12) identificaram quatro características da situação de co-produção numa relação de serviço: 1- um objeto de trabalho comum; 2- a desigualdade dos meios (físicos ou cognitivos); 3- a existência de meios – complementares (de ambas as partes) e 4- uma relação de auxílio instituída socialmente exigindo a disponibilidade do especialista, a sinceridade da demanda do

usuário e, de ambas as partes, o dever de disponibilizar os meios para satisfazer a demanda. Estas quatro características situam as relações de serviço no âmbito das atividades cooperativas. Os autores mencionam que é possível identificar diferentes abordagens ergonômicas, segundo o lugar atribuído ao usuário: quando o usuário está ausente; quando o usuário é elemento do ambiente de trabalho (e das condições de trabalho); quando o usuário é objeto do trabalho e quando o usuário é parceiro de uma situação de cooperação.

Hubault e Bourgeois (2001) salientam que o conceito de relação de serviço reconhece a subjetividade do trabalho, uma vez que a prescrição do trabalho se torna vaga e fraca frente à imprevisibilidade da demanda do usuário ou cliente. Segundo os autores, isto pode implicar na valorização e/ou no sofrimento do trabalhador, uma vez que ele terá que harmonizar as relações entre empresa e usuários ao expor-se face a face com os usuários ou clientes.

O usuário avaliará o sucesso da interação e também os objetivos da relação de serviço e isto poderá gerar conflitos se o usuário fizer um julgamento errado sobre a qualidade do serviço prestado e indiretamente, sobre a competência da pessoa que o atendeu (como em uma situação em que não há disponibilidade de um serviço num determinado instante) (FALZON e LAPEYRIÈRE, 1998).

Segundo Hubault e Bourgeois (2001), a relação de serviço se caracteriza pela capacidade de equilibrar os efeitos úteis esperados por cada um dos protagonistas, tanto em termos econômicos como subjetivos, conforme Figura 3.

Figura 3 Equilíbrio dos efeitos esperados dos agentes.

Fonte: Adaptado de Hubault e Bourgeois (2001)

Pode-se encontrar diferentes abordagens sobre relação de serviço, sendo que nesta

pesquisa escolheu-se a abordagem proposta por Hubault e Bourgeois (2001).

Ao analisarem os serviços de cuidados à saúde, Hubault e Bourgeois (2001) alertam para o fato de que a abordagem da co-produção poderá sofrer alguns limites, pois há uma dinâmica que ultrapassa o campo da relação de serviço. Segundo os autores, a abordagem da relação de serviço a partir da relação de cuidado extrapola as exigências instrumentais e racionais, pois envolve uma solidariedade relativa à eficácia da ação. Os autores salientam que no caso de um serviço público, a relação de serviço também não é assimilável, devido ao estatuto que impõe regras de igualdade de tratamento – um mesmo serviço para todas as pessoas – e desta forma, os profissionais não podem ajustar o tratamento para os casos especiais.

Para Hubault e Bourgeois (2001), as organizações, em geral, tentam tornar os casos em situações gerenciáveis, aproximando-os às normas, às referências, onde os agentes encontrarão recursos para atender cada situação enfrentada. Segundo os autores, esta redução é necessária, porém problemática, pois a relação de serviço é sempre ‘uma contradição a ser trabalhada’, que expõe uma atividade de gestão do conflito. Nesse ponto surgem as ambigüidades e os riscos de manipulação, através da ‘educação do cliente’, do ‘gerenciamento da clientela’ e de todas as situações em que o cliente ou usuário passa do status de sujeito-objeto do trabalho ao de sujeito-obstáculo do trabalho.

Falzon e Lapeyrière (1998) também consideram que o objeto da interação em serviços deva ser construído interativamente pelos atores ou parceiros, pois há demandas ou necessidades muito claras (como num pedido de informação que conduz a uma resposta imediata), mas há casos de demandas construídas progressivamente através do diálogo em que o objetivo real do usuário pode estar mascarado por sua demanda inicial, levando a uma representação inexata do real problema e neste caso a interação será eficaz se o diálogo fizer emergir o problema real. Segundo os autores, a representação do problema pelo usuário e pelo especialista consultado pode diferir largamente e esta incompatibilidade de representação vai, por conseguinte, conduzir a um trabalho de elucidação e de reformulação, que permite traduzir a demanda, em termos significativos para o operador.

A complexidade crescente de serviços acentua a questão da variabilidade da demanda, que muitas vezes não é clara, de fácil solução ou concreta, como no caso

de serviços de saúde em que os objetivos variam constantemente, devido à característica de não estabilidade do próprio objeto, pois a saúde “não é um estado de estabilidade, não é um estado, não é estável. A saúde é alguma coisa que muda o tempo todo (DEJOURS, 1986, p. 11)”.

Esta crescente variabilidade da demanda pode ser um dos fatores geradores de doenças ligadas ao trabalho entre os profissionais de saúde (SZNELWAR *et al.*, 2004-A).

Há na literatura relativa à área de ergonomia, muitos estudos abordando a questão do trabalho com um enfoque nas demandas relativas às condições de trabalho e à saúde dos trabalhadores que prestam serviços de cuidados à saúde ou que fazem parte do apoio aos serviços prestados (como pessoal administrativo ou de limpeza). Destacamos os trabalhos de Hignett e Crumpton (2007), Lavender *et al.* (2007), Sluiter (2006), Battevi *et al.* (2006), Molinier (2004), Sznelwar *et al.* (2004-B), Fischer *et al.* (2000), Ragazzini *et al.* (1991), Estryn-Behar *et al.* (1991), entre outros.

A maioria das pesquisas encontradas aborda a questão do trabalho de diferentes profissionais de saúde que prestam assistência de maneira individual, atuando internamente nas organizações prestadoras dos serviços como nos hospitais, clínicas, laboratórios, unidades de saúde e outros.

Através destas pesquisas realizadas com profissionais de saúde de diferentes países foi possível relacionar os principais constrangimentos do trabalho em serviços de saúde apontados pelos autores, tais como: riscos de acidentes e de contaminação; esforço físico em excesso e posturas inadequadas; arquiteturas inadequadas dos locais de trabalho; escassez de pessoal; equipamentos mal conservados ou insuficientes; trabalho em turnos e noturno; ritmos de trabalho excessivos.

Ledoux *et al.* (2000), Proteau (2000) e Cloutier *et al.* (1999), ao analisarem as condições de trabalho dos profissionais que prestam serviços de saúde em domicílios evidenciaram outros tipos de constrangimentos, dentre eles: condições inadequadas das residências para o trabalho; equipamentos inadequados ou insuficientes; falta de insumos; número insuficiente de profissionais; execução de atividades paralelas de suporte social e de cuidados à saúde e agressividade de pacientes com deficiências cognitivas.

Alguns autores apontam outros fatores ligados às questões sociais que afetam a comunidade onde o serviço está sendo prestado, gerando riscos à integridade física do profissional. Fischer *et al.* (2000), por exemplo, assinalam que os profissionais que atuam em grandes centros urbanos, têm que lidar com questões ligadas à violência e criminalidade, poluição do ar, alto nível de barulho, transporte deficitário e variações climáticas.

Muitos estudos e intervenções ergonômicas têm contribuído para a redução desses problemas ao apresentarem diversas soluções de melhoria para a execução e para as condições de trabalho em saúde, como por exemplo, os trabalhos de Lane *et al.* (2006), Furniss e Blandford (2006), Battevi *et al.* (2006), Molinier (2004), Vidal *et al.* (2000), Cloutier *et al.* (1999), Leplat (1998), entre outros. Destacamos a seguir, as principais soluções apresentadas:

- Uso de recursos tecnológicos, como sistemas de comunicação ou TI para otimizar recursos e melhorar a circulação e confiabilidade das informações e documentos;
- Uso de equipamentos diversos, como os monitores de condições de saúde de pacientes;
- Capacitação dos profissionais (no uso de equipamentos, no aprimoramento de técnicas e procedimentos de trabalho ou na atualização constante de conhecimentos);
- Adoção de novas formas de organização do trabalho com maior flexibilização.

Na literatura científica internacional há relativamente poucas pesquisas abordando o trabalho dos profissionais de saúde que prestam serviços domiciliares de maneira individual ou coletiva, como enfermagem, fisioterapeutas, médicos e outros. Encontramos algumas pesquisas relativas ao trabalho de profissionais que atuam no serviço de *Home Care*, como os de Proteau *et al.* (2000) e Cloutier *et al.* (2000) e também sobre o trabalho de profissionais que atuam no serviço de remoção de ambulâncias e nos resgates de emergência, como os de Sluiter (2006) e Furniss e Blandford (2006).

A maioria das pesquisas encontradas aborda o trabalho dos profissionais que atuam segundo a forma tradicional, ou seja, de maneira mais individualizada e dentro de

sua especialidade. Há poucas experiências relatadas sobre o trabalho coletivo de equipes que atuam na prestação de serviço de atendimento domiciliar, como o modelo implantado no Brasil. Há experiências semelhantes implantadas no Canadá, na Inglaterra e em Cuba.

No Brasil intensifica-se a prestação de serviço domiciliar através de empresas privadas de *Home Care* e no serviço público de saúde está sendo expandido o PSF, proposto pelo Ministério da Saúde. Há poucas experiências semelhantes em outros países, sendo que em Québec-Canadá foi implantado há mais de vinte anos, um serviço de atendimento de saúde domiciliar em centros de saúde comunitários com características semelhantes ao serviço implantado em nosso país. Esta experiência foi relatada em estudos por Cloutier *et al.* (1998; 1999) e Proteau (2000).

3 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta os aspectos metodológicos da pesquisa. Primeiramente, apresentam-se as abordagens de pesquisa existentes e os principais métodos de pesquisa organizacional. Posteriormente, descreve-se com maior detalhe o estudo de caso, método selecionado para o presente estudo. Por fim, apresentam-se as técnicas para coleta de dados, detalhando-se a que foi escolhida para a pesquisa.

3.1 Abordagens e Métodos de Pesquisa

Berto e Nakano (2000) salientam que a abordagem depende da teoria de base e referencial teórico-cultural que a sustentam e da proximidade do pesquisador com o objeto de análise.

Nas pesquisas podem ser adotados dois tipos de abordagens: as quantitativas e as qualitativas.

As abordagens quantitativas utilizam variáveis mensuráveis com o objetivo de explicar ou controlar um fenômeno, segundo Leedy (1997). Segundo o autor, neste tipo de abordagem, a pesquisa geralmente parte de uma hipótese pré-formada que será testada, através da análise estatística de dados coletados de uma amostra populacional, para que se possa fazer a generalização dos resultados.

As abordagens qualitativas são utilizadas para explicar a ocorrência de um fenômeno, com o propósito de descrevê-lo e entendê-lo, considerando o ponto de vista dos participantes envolvidos no contexto da pesquisa (LEEDY, 1997).

Para Leedy (1997), as abordagens quantitativas e qualitativas são componentes complementares do processo de pesquisa, embora alguns autores considerem as referidas abordagens incompatíveis entre si.

Segundo Lakatos e Marconi (2001) há três grandes grupos de pesquisas de campo: quantitativo-descritivo, exploratório e experimental.

No grupo quantitativo-descritivo estão as pesquisas cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas ou o isolamento de variáveis principais ou chave, segundo Lakatos e

Marconi (2001). Podem utilizar métodos formais, que se aproximam dos projetos experimentais, caracterizados pela precisão e controle estatísticos de dados para a verificação de hipóteses.

No grupo exploratório estão as pesquisas cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema com a finalidade de desenvolver hipóteses e aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou para modificar e tornar claros os conceitos, segundo Lakatos e Marconi (2001).

No grupo experimental estão as pesquisas que têm como objetivo principal o teste de hipóteses para relações de tipo causa-efeito (LAKATOS e MARCONI, 2001). As pesquisas experimentais podem ser desenvolvidas "em campo" (no ambiente natural) ou em laboratório (ambiente rigorosamente controlado).

De acordo com Eisenhardt (1989) e Leedy (1997), os principais métodos de pesquisa organizacional são: estudo de caso, *survey*, pesquisa-ação, longitudinal e *ex post facto*.

3.2 Método de Pesquisa Escolhido

O problema e as hipóteses deste estudo apontam o Estudo de Caso como método mais adequado.

O Estudo de Caso é um método de pesquisa que permite analisar fenômenos complexos, podendo abranger pessoas, processos e eventos (LEEDY, 1997). Permite descrever com detalhes um fenômeno, avaliá-lo ou desenvolver explicações para o mesmo. Usa múltiplas fontes de informação para a descrição do fenômeno ou experiência, levando em conta a perspectiva dos participantes e o pesquisador acaba pessoalmente envolvido com as pessoas e fenômenos estudados. Os dados coletados podem ser na forma de imagens, verbalizações das pessoas, documentos físicos, mas também podem ser coletados dados quantitativos para embasar as observações de campo.

Para Eisenhardt (1989), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa onde se procura entender a dinâmica, presente no espaço em que se investiga um fenômeno

ou problema.

Yin (1981) afirma que a característica principal do estudo de caso é possibilitar o estudo de um fenômeno contemporâneo em seu contexto real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto em que está inserido não são claras.

Segundo Eisenhardt (1989) e Yin (1981), o estudo de caso possibilita a combinação de métodos de coleta de dados como entrevistas, questionários, observações e arquivos. As evidências podem ser qualitativas, quantitativas ou ambas. Segundo Eisenhardt (1989) é importante definir inicialmente a questão da pesquisa e nesse ponto há uma concordância com Mintzberg (1979), quando ele afirma que em pesquisas organizacionais não importa se a amostra é pequena, mas ter um foco bem definido para que sejam coletados dados específicos sistematicamente.

O estudo de caso pode ser utilizado para diferentes propósitos de pesquisa, tais como construção, teste, exploração e redefinição de teoria (VOSS *et al.*, 2002). Para Voss *et al.* (2002), o estudo de caso é uma excelente técnica para estudar práticas emergentes.

Mintzberg (1979) considera que para entender um fenômeno de complexidade inerente e de natureza dinâmica como é a organização, o pesquisador deve inserir-se no ambiente real em que ela se encontra.

Segundo Voss *et al.* (2002), o estudo de caso pode ser utilizado para diferentes propósitos de pesquisa, tais como construção, teste e validação de teoria e refinamento de modelos. Para os autores, o estudo de caso é uma excelente técnica para estudar práticas emergentes.

3.3 Técnicas para Coleta de Dados

Segundo Lakatos e Marconi (2001) há várias técnicas para a realização da coleta de dados, que variam de acordo com as circunstâncias ou com o tipo de investigação. No estudo de caso, as mais utilizadas são a entrevista, a observação e também a coleta documental, que pode estar associada às outras duas.

A observação é definida por Lakatos e Marconi (2001, p. 190), como "[...] uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na

obtenção de determinados aspectos da realidade". Segundo as autoras, a observação ajuda o pesquisador a buscar evidências referentes a objetivos que orientam o comportamento dos indivíduos e sobre os quais eles não têm consciência, além de colocar o pesquisador em contato com a realidade.

A observação pode ser não estruturada ou assistemática, também denominada espontânea, livre ou informal, quando permite a coleta e o registro de fatos da realidade sem que o pesquisador faça perguntas (LAKATOS e MARCONI, 2001).

A observação sistemática, também denominada estruturada, planejada ou controlada realiza-se em condições controladas, com o objetivo de responder a propósitos pré-estabelecidos (LAKATOS e MARCONI, 2001).

Outra técnica para a coleta de dados é a entrevista, que Martins (2000) define como um diálogo orientado entre entrevistado e pesquisador para a coleta de informações para a pesquisa. A entrevista pode ser estruturada, também denominada por outros autores como padronizada, quando segue um roteiro prévio de questões elaboradas pelo pesquisador ou não-estruturada, quando o pesquisador obtém dados relevantes através de conversação objetiva.

3.4 Pesquisa de Campo

A escolha do método de pesquisa adotado foi feita levando-se em conta o fato de que o problema pesquisado é atual e por haver ainda poucos casos ou experiências semelhantes no setor de serviços. A maioria dos casos relatados sobre a implantação de formas de trabalho coletivo como os grupos refere-se a empresas de manufatura, sendo que estes geralmente são compostos por uma única categoria. Dessa forma, escolheu-se como método o estudo de caso, realizado em uma Unidade Básica de Serviços de Saúde, no Município de São Paulo, com o objetivo principal de caracterizar o funcionamento de equipes de trabalho, compostas por diferentes categorias profissionais que trabalham de forma cooperativa e integrada.

Para estudar o trabalho coletivo deve-se partir de uma análise da própria organização e do ambiente em que ela está inserida. É possível adotar uma maneira de ver a organização, que Maggi (2005, p. 18) classifica em três formas fundamentais "[...] a organização concebida como sistema social pré-determinado

em relação aos sujeitos agentes, com suas variantes mecanicistas e organicistas [...], a organização concebida como sistema social construído pelas interações dos sujeitos e, por fim, a visão da organização concebida como processo de ações e decisões” (MAGGI, 2005, p.18). Nesta pesquisa partiu-se da premissa da teoria do agir organizacional proposta por Maggi de que a organização é concebida como um processo de ações e decisões, que implica em não se conceber a organização como uma entidade concreta e em não se separar a organização dos sujeitos que agem. O autor enfatiza que o processo jamais é permanente e terminado e que ocorre em todos os níveis, tanto na ação do sujeito singular, quanto nas relações de ações de numerosos sujeitos.

Iniciou-se a pesquisa com um levantamento conceitual sobre o tema. Buscou-se identificar experiências semelhantes em outros países, além de estudos sobre o caso brasileiro que pudessem embasar a presente pesquisa.

O estudo de caso apresenta as premissas do trabalho das equipes multiprofissionais de saúde nesta organização e os dados sobre a dinâmica de trabalho das equipes, obtidos através da pesquisa de campo.

O trabalho das equipes multidisciplinares se desenvolve num ambiente complexo envolvendo diferentes atores com uma variabilidade de situações, cujo aspecto fundamental é a prestação de um serviço de saúde o qual, segundo Wisner (1987), por ser um trabalho que envolve seres humanos, já é uma fonte de complexidade, gerando diferentes constrangimentos aos trabalhadores. Segundo o autor, existem várias situações, em trabalhos considerados complexos, em que a atividade do trabalhador é múltipla, sendo preciso realizar numerosas tarefas, que são muitas vezes, de natureza diferente e que entram em concorrência umas com as outras do ponto de vista temporal. Devido a estes fatores, o trabalhador passaria a organizar seu tempo e a ordenar suas diversas tarefas de forma variável e segundo fatos novos que surgem com frequência.

A coleta de dados iniciou com entrevistas realizadas junto aos responsáveis pelo Sub-Distrito de Saúde e pela Unidade Básica, para identificação das características operacionais e levantamento de informações sobre o processo operacional do programa PSF, bem como de suas inter-relações com outras ações na área da saúde. Foram entrevistados: a coordenadora de saúde do Sub-Distrito, à qual pertencia a Unidade pesquisada; a gerente da Unidade Básica de Saúde que

coordenava os trabalhos da Unidade e os representantes das diversas categorias profissionais, como médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e ACS's. Os representantes das diversas categorias foram convidados a participar voluntariamente das entrevistas e das observações, onde foi possível extrair aspectos que não são passíveis de observação simplesmente.

Utilizou-se o método de análise ergonômica do trabalho, para o entendimento dos objetivos e metas da organização e da dinâmica de funcionamento das equipes. A análise ergonômica do trabalho apresenta-se como uma ferramenta de pesquisa eficiente, pois consegue abordar as diferentes dimensões de um trabalho complexo como é o trabalho em serviços de saúde.

Wisner (1987, p. 123) afirma que “[...] é indispensável possuir bons instrumentos de análise e de descrição das atividades complexas, não somente para propor ações ergonômicas, mas também para ver a evolução da situação dos trabalhadores, devido à racionalização ou pseudo-racionalização que se desenvolve nessas atividades” (WISNER, 1987, p. 123). Segundo o autor, a descrição de atividades complexas exige uma metodologia que possa fazer aproximações entre os comportamentos observados e as condições e exigências do trabalho, permitindo a elaboração de recomendações ergonômicas. O autor salienta que a análise ergonômica das atividades como as desenvolvidas em hospitais permitem “[...] descobrir conseqüências variadas sobre o trabalho: relação pacientes/pessoal de enfermagem; concepção dos locais e do material de trabalho administrativo; organização do serviço em sua relação com o hospital” (WISNER, 1987, p. 126).

Guérin *et al.* (2001) salientam que quando ocorre a observação de mais de um profissional ou de um grupo, há uma modificação no modo de descrição, na natureza dos observáveis e na riqueza das informações. Segundo os autores, nesta situação pode-se escolher entre dois modos de observação: 1- “manter o foco num operador, privilegiando suas ações e tomadas de informação em interação com seus colegas” e 2- “focalizar a observação na estruturação do grupo (evoluções no andamento e na distribuição das tarefas executadas, ocupação do espaço, etc.)” (GUÉRIN *et al.*, 2001, p. 155). Nesta pesquisa escolheu-se o primeiro modo de observação, ou seja, para manter o foco em um profissional e em suas ações, observando a interação com os outros profissionais na busca por informações, compartilhamento de objetivos e ações coletivas, entre outros. Dessa forma, os

registros de observações consideram a dimensão coletiva das atividades.

Focou-se a análise no trabalho de uma das categorias profissionais que compunha a equipe PSF, os ACS's, que representam a linha de frente na prestação do serviço junto à população.

Baseando-se no método de análise ergonômica do trabalho proposto por Guérin *et al.* (2001) foram seguidas as etapas da pesquisa conforme apresentado a seguir:

- 1) Conhecimento do ambiente organizacional, técnico-econômico e social: sobre aspectos populacionais e epidemiológicos da área atendida pela Unidade estudada para entender como estes aspectos afetavam o desenvolvimento do trabalho dos profissionais. Além destes dados, foram analisados aspectos sobre a composição dos profissionais que atuam na Unidade;
- 2) Análise da situação de trabalho: levantamento das tarefas prescritas pela organização (incluindo metas e objetivos) para as equipes e para os diferentes profissionais. Esta análise permitiu uma avaliação da relação entre a tarefa prescrita e a atividade realizada pelos profissionais, caracterizando-se a situação real de trabalho e as inadequações das tarefas.
- 3) Observações abertas do funcionamento da Unidade que orientaram a escolha das situações em que seriam feitas as observações sistemáticas: focalizou-se a análise em aspectos específicos da organização do trabalho e dos processos de produção. Esta observação possibilitou uma visão global das atividades e do funcionamento da Unidade, para entender como é planejado o trabalho diário, como são atendidos os objetivos e metas, quais são as dificuldades e fatores que interferem e geram constrangimentos ao trabalho dos profissionais, entre outros;
- 4) Verbalizações: as verbalizações foram coletadas durante entrevistas dentro da Unidade de Saúde e também no decorrer dos períodos de observações sistemáticas das atividades. Nos primeiros contatos com os trabalhadores, durante as observações abertas do trabalho, buscou-se compreender as principais características das atividades, as dificuldades operacionais e os constrangimentos oriundos da realização do trabalho. Estes contatos permitiram elaborar as hipóteses de pesquisa e definir as atividades para a realização das observações sistemáticas. Durante as observações sistemáticas ocorreram verbalizações simultâneas à realização da atividade, bem como verbalizações

consecutivas, ao término das observações. Estas verbalizações permitiram esclarecer aspectos do trabalho, porém buscou-se interferir e interromper o desenvolvimento das atividades, da menor forma possível;

- 5) Observações sistemáticas da atividade de trabalho: as observações sistemáticas foram feitas pelo pesquisador no local e no momento em que as atividades eram executadas, explorando a situação de trabalho (relacionamentos entre os membros das equipes, comunicação e trocas de informações entre os profissionais, organização e coordenação das atividades, espaços de autonomia para decisões, variações na carga de trabalho nos diferentes períodos/dias, regulação das ações e motivos de interrupções nas atividades). Além destas, foram exploradas as principais dificuldades operacionais na realização do trabalho e os riscos à saúde dos trabalhadores. As observações foram realizadas em diferentes períodos, para considerar as diversas situações e as variações na produção e na demanda, bem como na passagem do trabalho durante a mudança de turno, em que foram observados aspectos ligados à comunicação entre profissionais, à cooperação, à confiança e outros. Algumas observações foram realizadas nas 2^{as}. e 6^{as}. feiras, pois os profissionais mencionaram que nestes dias ocorre um aumento no volume de trabalho, com maior número de urgências, de demanda espontânea e as reuniões onde são coordenados os trabalhos do restante da semana. Outras observações foram realizadas nos demais dias, considerados de atendimento normal. Para delimitar e aprofundar a pesquisa, foram selecionadas as atividades de acolhimento de usuários, reunião de equipe e visita domiciliar, que apresentariam evidências para as hipóteses e objetivos propostos nesta pesquisa. É importante lembrar que a pesquisa não visava estabelecer comparações entre o trabalho das três equipes distintas;
- 6) Restituição dos resultados da análise: foram apresentados os resultados da AET aos trabalhadores, apontando-se as dificuldades operacionais e os constrangimentos do trabalho. Os profissionais discutiram as dificuldades e relataram as estratégias desenvolvidas na execução do trabalho e os problemas enfrentados, segundo seus pontos de vista.

Através desta pesquisa, buscou-se investigar e compreender como se estrutura o trabalho destas equipes multiprofissionais visando contribuir, dessa forma, com as abordagens sobre o trabalho coletivo.

4 ESTUDO DE CASO

4.1 Informações sobre a Organização estudada

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde, que funcionava segundo o modelo PSF. A entrada de usuários para atendimento no SUS é feita a partir da Unidade.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999-E).

Dentre os principais fundamentos da Atenção Básica, destacam-se:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos;
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas e demanda espontânea²; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

O Ministério da Saúde procura elevar a resolubilidade da Atenção Básica (postos de saúde, centros de saúde, Unidades de Saúde da Família, etc.) e fortalecer o seu papel como porta de entrada do SUS, bem como ampliar o acesso aos serviços dos outros níveis, como de atenção ambulatorial especializada e de alta complexidade (hospitais e clínicas especializadas) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007-A).

Em nível acima da Atenção Básica está a Média Complexidade, que tem o objetivo

² A demanda espontânea é a presença do usuário na Unidade sem atendimento previamente agendado.

de atender os principais agravos de saúde da população, com procedimentos e atendimento especializados, que incluem serviços de consultas hospitalares e ambulatoriais, exames e alguns procedimentos cirúrgicos.

Em outro nível está a Alta Complexidade, com procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo. São exemplos de procedimentos de alta complexidade, a traumatotortopedia, a cardiologia, a terapia renal substitutiva e a oncologia.

Em 2005, o PSF abrangia aproximadamente 85% (4.986) dos municípios brasileiros, mas cobrindo apenas 44,4% (78,6 milhões de pessoas) da população e o total de Equipes de Saúde da Família implantadas era de 24.600, segundo o Ministério da Saúde (2007-A).

4.2 Unidade estudada

São apresentadas aqui, algumas características da Unidade escolhida para o desenvolvimento da pesquisa. Conforme colocado anteriormente, esta pesquisa teve origem no Projeto PROESF, firmado entre o Ministério da Saúde e o Consórcio da Faculdade de Medicina da USP, com a participação do Departamento de Produção da Escola Politécnica. Foram adotados alguns critérios na escolha da Unidade a ser pesquisada.

4.2.1 Critérios na escolha da Unidade

Escolheu-se uma Unidade que fosse representativa dos municípios com mais de 100 mil habitantes. Esses municípios estão concentrados em áreas metropolitanas do Estado de São Paulo e abrigam grandes desigualdades sociais, com precarização das condições de vida e saúde da população (VIANA *et al.*, 2007). Escolheu-se apenas uma Unidade, pois o objetivo era aprofundar o estudo anterior, focalizando as observações e entrevistas, para discutir o trabalho coletivo das equipes.

A Unidade selecionada deveria funcionar segundo os conceitos do modelo PSF. O tempo de implantação e funcionamento da Unidade também foi considerado e

deveria ser superior a 1 ano, ou seja, uma Unidade que estivesse funcionando normalmente ou em plena capacidade e não em fase de implantação do Programa.

Além disso, a Unidade deveria possuir equipes completas, ou seja, cada equipe deveria ser composta pelos profissionais previstos pelo Programa.

A Unidade selecionada estava situada na Grande São Paulo e funcionava segundo os conceitos do modelo PSF.

4.3 Dados da Unidade estudada

A Unidade estudada começou seu atendimento ao público em 1973, porém atendendo segundo o modelo tradicional, ou seja, com as seguintes especialidades: ginecologia/obstetrícia, clínica médica, pediatria e saúde bucal. Realizava ainda procedimentos básicos de enfermagem, vacinação da população e distribuição de medicamentos.

A implantação do Programa Saúde da Família na Unidade ocorreu em 2001. Embora a Unidade tenha uma parte da sua atuação voltada para a assistência, o enfoque preconizado passou a ser a prevenção e a promoção da saúde. A Unidade passou a integrar o primeiro nível das ações e serviços do sistema local de assistência, estando vinculada à rede de serviços de referência para apoio diagnóstico e de assistência de maior complexidade.

Verificou-se, na época em que esta pesquisa foi realizada, que a implantação e a manutenção do Programa Saúde da Família foram feitas através de parcerias dos órgãos municipais com entidades da sociedade civil, como organizações assistenciais religiosas, instituições de ensino na área da saúde, organizações não governamentais e outras. Estas parcerias eram realizadas com o intuito de agilizar o gerenciamento de recursos humanos e a implantação das equipes PSF, no processo de seleção, contratação e capacitação dos profissionais e também como garantia de continuidade e melhoria do Programa. As parceiras faziam gestão conjunta com as diretorias dos Distritos de Saúde e aplicavam recursos transferidos pela Secretaria Municipal da Saúde exclusivamente para as ações mencionadas, formalizadas através de Convênio. As parceiras deveriam prestar contas dos recursos à Secretaria Municipal da Saúde e gerenciar toda a documentação de ordem

financeira, fiscal, contábil, recursos humanos e administrativos, apresentando à Secretaria sempre que solicitado.

A Unidade estudada mantinha uma parceria com a Universidade Federal de São Paulo, que fazia a gestão de recursos humanos de 35 profissionais da Unidade, os quais mantinham vínculo com esta instituição. A seguir são apresentadas algumas características da Unidade estudada, na Tabela 1.

Tabela 1 - Características da Unidade.

CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE
Nº de profissionais: 55 (20 com vínculo da Prefeitura, 35 com vínculo da entidade parceira).
Nº de equipes PSF: 03 (cada equipe é composta por: 1 Médico, 1 Enfermeiro, 2 Auxiliares de Enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde), num total de 30 profissionais que atuam no PSF.
Nº de profissionais de outras categorias: 03 Dentistas, 04 Aux. de Consultório Odontológico, 03 Agentes de Apoio, 01 Assistente Social, 07 Assistentes de Gestão de Políticas Públicas, 04 Auxiliares de Enfermagem, 01 Fonoaudióloga e 01 Nutricionista.
Nº de usuários cadastrados: 13.800 pessoas (cobertura de 76% da população da área de abrangência da Unidade - em nov/2006).
Nº de usuários atendidos por equipe: aproximadamente 4.600 pessoas.
Nº de coletas para exames: 80 (por dia).
Nº de famílias acompanhadas por ACS: 260 (por mês).
Nº de consultas por médico: 20 (por dia).
Nº de medições de pressão arterial por enfermeiro: 30 a 50 pacientes (por semana).

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

A unidade atende o público de segunda a sexta-feira, das 07h00 às 20h00, sendo que duas equipes atuam no horário das 08h00 às 17h00 e a outra equipe das 11h00 às 20h00.

Tabela 2 - Horário de trabalho dos profissionais da Unidade.

HORÁRIO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE			
Equipe	Horários	Semana *	Intervalo
Um	08h00 às 17h00	2ª a 6ª feira	1 hora (almoço)
Dois	08h00 às 17h00	2ª a 6ª feira	1 hora (almoço)
Três	11h00 às 20h00	2ª a 6ª feira	1 hora (almoço)

* Eventualmente, em função de campanhas específicas realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, a unidade pode abrir nos finais de semana.

Fonte: Coordenação da Unidade

4.4 Informações sobre os profissionais da Unidade estudada

A população estudada das três equipes multiprofissionais compõe-se de 30 profissionais, sendo 23 do sexo feminino e 7 do sexo masculino, conforme Tabela 3. Estes profissionais foram contratados segundo o regime CLT de trabalho.

Tabela 3 - Características dos profissionais das equipes (sexo)

CARACTERÍSTICAS DE SEXO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES	
Sexo feminino	23
Sexo masculino	07

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

Os 30 profissionais estão distribuídos segundo quatro funções distintas, sendo que os agentes comunitários de saúde são em maior número, conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais por função (nº de profissionais)

DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR FUNÇÃO	
Agente comunitário de saúde	18
Enfermeiro	03
Auxiliar de enfermagem	06
Médico	03

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

Através da Tabela 5, referente à escolaridade, pode-se perceber que 16 desses profissionais possuem o ensino médio completo, que corresponde a 53,3% do total.

Tabela 5 - Escolaridade dos profissionais das equipes.

ESCOLARIDADE DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES		
ensino fundamental incompleto	02	6,67 %
ensino fundamental completo	04	13,34 %
ensino médio incompleto	01	3,33 %
ensino médio completo	16	53,33 %
ensino superior completo	07	23,33 %
Total	30	100 %

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

A idade do grupo está entre 18 e 65 anos, conforme Figura 4. Destaca-se que grande parte da população estudada encontra-se nas faixas acima de 30 anos,

sendo que apenas 6 profissionais estão abaixo desta, ou seja, apenas 16% da população estudada são de jovens.

Figura 4 Idade dos profissionais das equipes

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

O tempo de experiência dos profissionais na unidade varia de 3 a 5 anos, sendo que 63,3 % possuem mais de 5 anos de experiência, conforme Figura 5.

Figura 5 Tempo de experiência dos profissionais

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

A seguir são detalhadas as informações sobre cada categoria profissional.

4.4.1 Informações sobre a categoria de Agentes Comunitários de Saúde

Entre o grupo de 18 ACS's há 02 do sexo masculino e 16 do sexo feminino, que representam 88,8% do grupo, conforme Tabela 6.

Tabela 6 - Características dos ACS's (sexo)

CARACTERÍSTICAS DE SEXO DOS ACS's	
Sexo feminino	16
Sexo masculino	02

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

Através da Tabela 7, referente à escolaridade dos ACS's, pode-se perceber que 11 desses profissionais possuem o ensino médio completo, que corresponde a 61,11%.

Tabela 7 - Escolaridade dos ACS's

ESCOLARIDADE DOS ACS's		
Ensino fundamental incompleto	02	11,10 %
Ensino fundamental completo	03	16,70 %
Ensino médio incompleto	01	5,55 %
Ensino médio completo	11	61,10 %
Ensino superior completo	01	5,55 %
Total	18	100 %

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

4.4.2 Informações sobre a categoria de Auxiliares de Enfermagem

Entre o grupo de 06 Auxiliares de Enfermagem há 04 do sexo feminino e 02 do sexo masculino, conforme Tabela 8.

Tabela 8 - Características dos Auxiliares de Enfermagem (sexo)

CARACTERÍSTICAS DE SEXO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM	
Sexo feminino	04
Sexo masculino	02

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

Através da Tabela 9, referente à escolaridade dos Auxiliares de Enfermagem, pode-

se perceber que 05 desses profissionais possuem o ensino médio completo, que corresponde a 83 % do total.

Tabela 9 - Escolaridade dos Auxiliares de Enfermagem.

ESCOLARIDADE DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM		
Ensino fundamental completo	01	17 %
Ensino médio completo	05	83 %
Total	06	100 %

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

4.4.3 Informações sobre a categoria de Enfermeiros

Entre o grupo de 03 Enfermeiros há 02 do sexo feminino e 01 do sexo masculino, conforme Tabela 10.

Tabela 10 - Características dos Enfermeiros (sexo)

CARACTERÍSTICAS DE SEXO DOS ENFERMEIROS	
Sexo feminino	02
Sexo masculino	01

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

Através da Tabela 11, referente à escolaridade dos Enfermeiros, pode-se perceber que os 03 profissionais possuem ensino superior completo.

Tabela 11 - Escolaridade dos Enfermeiros.

Ensino superior completo	03
Total	03

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

4.4.4 Informações sobre a categoria de Médicos

Entre o grupo de 03 Médicos há 01 do sexo feminino e 02 do sexo masculino, conforme Tabela 12.

Tabela 12 - Características dos Médicos (sexo)

CARACTERÍSTICAS DE SEXO DOS MÉDICOS	
Sexo feminino	01
Sexo masculino	02

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

Através da Tabela 13, referente à escolaridade dos Médicos, pode-se perceber que todos profissionais possuem ensino superior completo.

Tabela 13 - Escolaridade dos Médicos.

Ensino superior completo	03
Total	03

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

São apresentadas a seguir, de forma resumida, as tarefas prescritas para a equipe.

4.5 Tarefas prescritas para a Equipe

Há tarefas que são prescritas para a equipe e que envolvem o trabalho integrado de todos os profissionais.

As tarefas de planejamento do trabalho e avaliação das ações são feitas por toda equipe e ocorrem durante as reuniões mensais, semanais e diárias. As reuniões mensais são coordenadas pelo gerente da Unidade com a participação das equipes, onde são tratadas questões de funcionamento da Unidade e planejadas as ações de médio prazo. As reuniões semanais são realizadas separadamente por cada equipe em dias diferenciados, para planejamento do trabalho da semana, considerando as demandas das famílias e os recursos disponíveis na Unidade e na estrutura de serviços. Nas reuniões diárias, cada equipe discute individualmente as questões mais urgentes e as que surgem no decorrer do trabalho.

Além da tarefa de planejamento, cada equipe realiza o mapeamento de sua área de atuação que compõe o mapeamento da área da Unidade, identificando pessoas, famílias e grupos expostos a riscos bem como as necessidades de saúde dos grupos prioritários e da população local, com atualização contínua dos dados que nortearão o planejamento e programação local das ações. Estes dados são transcritos nas fichas e relatórios de acompanhamento das famílias, para

posteriormente serem digitados no banco de dados do Sistema de Informação e nas planilhas desenvolvidas internamente.

Outra atribuição da equipe é prestar atenção integral à população atendida nas respectivas micro-áreas, que envolvem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e outras ações de acordo com as prioridades locais, com separação das tarefas segundo a formação técnica profissional de cada categoria.

Além destas atribuições, o Ministério da Saúde preconiza que a equipe identifique parceiros na comunidade para realizar ações inter-setoriais.

A atualização da base de dados do SIAB e a participação em cursos da área da saúde (planejamento familiar, nutrição, aleitamento materno, prevenção de DST, etc.) também são atribuições das equipes PSF.

A Figura 6 mostra a inter-relação das várias tarefas previstas para os profissionais da equipe.

Como a análise do funcionamento das equipes foi feita tomando como referência o trabalho dos ACS's, com o intuito de delimitar a pesquisa, julgou-se necessário relacionar as tarefas prescritas pela Organização para estes profissionais.

Figura 6 Inter-relação das tarefas previstas para os profissionais

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da pesquisa de campo

4.6 Tarefas prescritas para os Agentes Comunitários de Saúde

Uma das atribuições do ACS é o desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população atendida pela Unidade, visando um acompanhamento eficaz dos usuários e suas famílias.

As tarefas do ACS estão divididas entre tarefas internas e tarefas externas à unidade. O Ministério da Saúde prevê que o ACS deve dedicar 12 horas semanais (30% do tempo de trabalho) para o trabalho interno e 28 horas semanais (70% do tempo de trabalho) para o trabalho externo.

Os tempos das tarefas do ACS estão relacionados na Tabela 14.

Tabela 14 - Tempos das tarefas do ACS.

TAREFAS DO ACS	TEMPOS
- Reunião diária/semanal da equipe	05 horas por semana
- Atividades administrativas	05 horas por semana
- Visita domiciliar	26 horas - com 52 a 78 visitas por semana
- Educação continuada interna ou externa	redistribui os tempos da agenda para contemplar esta tarefa quando programado
- Grupo educativo	02 horas - com 01 atividade por semana
- Atividades na comunidade	02 horas - conforme planejamento da equipe

Fonte: Ministério da Saúde (2006-B) e Prefeitura do Município de São Paulo (2005).

O ACS atua principalmente junto às famílias em sua respectiva micro-área, mantendo contato permanente para prestar assistência básica, promover a saúde e prevenir doenças, através de ações educativas junto à comunidade. A visita domiciliar é a principal tarefa do ACS e é a partir dela que surgem as demandas dos usuários.

O Ministério da Saúde preconiza que o ACS preste assistência a 200 famílias no máximo, realizando 1 visita mensal em cada residência, iniciando com os grupos prioritários (gestantes, bebês, idosos, acamados, hipertensos e outros).

No trabalho externo, o ACS realiza tarefas de cadastramento e atualização de dados de usuários; atualização do mapeamento da micro-área; coleta e registro de dados (de saúde e de situações de risco das famílias); vigilância sanitária e epidemiológica; orientação de usuários quanto à saúde, às condições de higiene e limpeza, entre outras. Nas atividades externas, o ACS utiliza alguns meios para o trabalho disponibilizados pela Organização como formulários, prancheta, mochila, capa de chuva e protetor solar.

O trabalho interno abrange as reuniões de equipe para o planejamento das ações, a participação nos grupos educativos, a participação em cursos internos e o trabalho

administrativo, que envolve o preenchimento de documentos, o registro de dados coletados e ações realizadas junto aos usuários atendidos em formulários específicos e no banco de dados do sistema disponível na Unidade.

Dentro da unidade o ACS realiza, uma vez por semana, a tarefa de acolhimento dos usuários agendados para atendimento e daqueles que constituem a demanda espontânea.

O Documento Norteador do Programa descreve as tarefas dos demais profissionais da Equipe, que se encontram no Anexo 1.

4.7 Sistemas de informações da Unidade

A Unidade utiliza, como instrumento principal de registro e controle de dados, o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, algumas planilhas eletrônicas e relatórios desenvolvidos internamente e o próprio prontuário das famílias.

O SIAB é um sistema oficial que serve como instrumento gerencial, onde são registrados dados e informações de saúde e da realidade socioeconômica da população atendida pelo PSF, Este Sistema possibilita o monitoramento da produção e seus relatórios orientam o planejamento da Unidade, para que as equipes façam acompanhamento das ações (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2005). Os profissionais das equipes coletam os dados na Unidade e nos domicílios das famílias, com o qual monitoram, avaliam e planejam as ações em saúde. No encerramento de cada mês, os gerentes das Unidades encaminham os dados atualizados às Coordenadorias das regiões, que os disponibilizam para as Instituições Parceiras e para a Prefeitura e esta encaminha ao SUS.

No SIAB são registrados dados de cadastro das famílias atendidas, como a quantidade de usuários classificados por faixa etária, escolaridade e gênero; condições de saúde, de moradia, de saneamento e condições ambientais das áreas das residências, que devem ser atualizados periodicamente para registrar as alterações, como mudança de endereço ou do número de membros da família, etc. O Sistema gera relatórios que consolidam os dados sobre as famílias e sobre a produção das equipes, como por exemplo, quantidade de consultas ou visitas

realizadas no mês, que norteiam as ações e o estabelecimento de prioridades em saúde.

O registro dos dados e informações é feito inicialmente nas fichas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e depois os profissionais digitam estes dados no SIAB disponibilizado na Unidade.

Uma das fichas é utilizada para o cadastro da família (**Ficha A**) e é preenchida pelo ACS durante as primeiras visitas domiciliares. Esta ficha é atualizada mensalmente, para registrar alterações no cadastro da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999-E).

A **Ficha A** traz dados de identificação dos membros de uma família (nome, data de nascimento, idade, sexo, alfabetização, ocupação, doença ou condição referida), informações sobre a situação da moradia e saneamento (tipo de material da casa, número de cômodos, existência de energia elétrica, tipo de abastecimento e forma de tratamento de água a ser consumida, sistema de esgoto e destino do lixo) e outras informações (participação em grupos comunitários, meios de transporte utilizados, meios de comunicação utilizados, existência de plano de saúde particular ou empresarial e instituição que procura em caso de doença). A partir da **Ficha A** são gerados o Consolidado Anual das Famílias Cadastradas por Área (**Ficha A2**) e o Consolidado Anual das Famílias Cadastradas por Segmento Territorial (**Ficha A3**).

São geradas outras fichas classificadas como do **grupo B**, caso haja usuários com doenças ou condições referidas pelas famílias, dos grupos prioritários estabelecidos pelo Ministério da Saúde (gestação - GES, hipertensão - HA, tuberculose - TB, hanseníase - HAN, diabetes - DIA, deficiência, malária, chagas, epilepsia, alcoolismo ou outras). As fichas do **grupo B** (B-GES, B-HA, B-DIA, B-TB e B-HAN) e a ficha para acompanhamento de crianças (**Ficha C**) são utilizadas para acompanhamento domiciliar e monitoramento destes grupos. Os agentes preenchem também a ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações (**Ficha D**). Cada profissional da equipe preenche uma ficha **D** diariamente e entrega ao final do mês para a consolidação dos dados gerais da Unidade. Alguns campos desta ficha são específicos para o preenchimento por profissionais de determinadas categorias. O consolidado da produção é gerado através do Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação (**PMA 2**) e Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação (**PMA 4**). Estes relatórios apresentam dados sobre tipos de atendimentos e encaminhamentos realizados pelos profissionais, além de informações sobre a

população referentes às doenças encontradas, hospitalizações, nascimentos, óbitos e outras.

Através dos dados coletados, os profissionais da Unidade conhecem o perfil da população atendida nas micro-áreas e orientam as ações para cada grupo. Há micro-áreas com prevalência de gestantes, recém-nascidos e crianças, outras com grande número de hipertensos e diabéticos e outras com grande número de pessoas idosas.

No Anexo 2 são apresentados alguns documentos oficiais utilizados pelos profissionais para registro de dados das famílias e de produção referentes ao Programa PSF.

Além do Sistema oficial, alguns profissionais da Unidade desenvolveram planilhas e relatórios que servem de suporte ao trabalho dos mesmos, pela facilidade e rapidez em se alterar a sua formatação para gerar novos indicadores, algo que o sistema oficial não proporciona.

Os prontuários também registram dados das famílias, proporcionando informações atualizadas quase que em tempo real. É um instrumento muito utilizado pela equipe e eficaz no fornecimento de informação individualizada das respectivas famílias atendidas.

Após relacionar as tarefas e os sistemas de informações utilizados pelos profissionais, são apresentadas algumas atividades, com o objetivo de compreender o trabalho da equipe.

4.8 O funcionamento da Unidade

No início do dia, os profissionais verificam a programação de trabalho através das agendas das equipes e das ações pré-definidas pela Unidade para dias específicos, como por exemplo, realização de grupos e atendimento de gestantes.

O trabalho de atendimento inicia no acolhimento e os ACS's escalados para o plantão são os responsáveis por recepcionar os usuários, verificar suas demandas e encaminhá-los para as salas dos profissionais.

Todos os profissionais das equipes realizam ações de promoção da saúde,

prevenção de doenças e também de assistência aos usuários na Unidade, com uma atribuição de tarefas por categoria profissional, embora ocorra um compartilhamento de tarefas em certos momentos para o bom funcionamento da Unidade. Os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros, por exemplo, são responsáveis pela organização das salas de consultas e das salas de procedimentos de enfermagem e no início da jornada fazem a higienização e esterilização de equipamentos, a verificação e reposição de insumos nas salas e controlam os estoques para solicitar novos materiais.

O trabalho dos profissionais ocorre, em grande parte do tempo, de forma integrada e em vários momentos, os mesmos realizam contatos entre si para esclarecer dúvidas, obter informações e orientações sobre procedimentos de trabalho. Porém, algumas atribuições são específicas de cada categoria profissional, como a realização de consultas pelos médicos e enfermagem ou a realização de procedimentos de enfermagem pelos auxiliares.

Os médicos e enfermeiros ocupam grande parte da jornada, com as consultas de usuários agendados e da demanda espontânea, embora atendam também alguns procedimentos nos consultórios.

Alguns usuários atendidos em consultas são encaminhados para procedimentos junto aos auxiliares de enfermagem, como medição de pressão arterial, administração de medicação, inalação, curativos, vacinação, orientação nos grupos ou coleta de materiais para exame. A vacinação e a coleta de materiais para exames são realizadas diariamente, sendo que alguns ACS's participam da atividade de coleta, preenchendo guias de exames e organizando os usuários. Esta atividade normalmente ocorre no período da manhã, com restrição de tempo, pois há um horário definido para o laboratório retirar os materiais. Os ACS's também participam da organização dos grupos que ocorrem em dias específicos.

Além das atividades apresentadas, as equipes realizam as reuniões diárias, que são encontros rápidos de alguns profissionais para solucionar situações de emergência ou atender solicitações de usuários e também a reunião semanal da equipe. A reunião semanal de uma das equipes ocorre às 2^{as}. feiras, geralmente no início do período da tarde e a reunião das outras ocorre às 6^{as}. feiras. Na reunião semanal, os profissionais realizam o planejamento do trabalho e traçam estratégias de ação, considerando as demandas da população, a disponibilidade de recursos humanos e

materiais na Unidade e na estrutura de serviços. Os profissionais analisam os casos urgentes, trazidos pelos ACS's das visitas domiciliares e definem o encaminhamento a ser dado, que pode ser encaixe para consulta ou exame na Unidade ou nas especialidades, procedimento de enfermagem, visita domiciliar, participação em grupos, orientações com profissionais ou outras.

Os profissionais realizam diariamente o registro de dados de produção e de saúde dos usuários, nas fichas, relatórios e banco de dados anteriormente apresentados. Estes registros geram os consolidados mensais que orientam o planejamento das ações na Unidade e na Secretaria Municipal de Saúde.

4.8.1 O papel do ACS na equipe

O ACS exerce um papel importante para o funcionamento da equipe, pois a partir de sua atuação junto à população na micro-área são identificadas as demandas dos usuários. As demandas orientam o planejamento do trabalho das equipes e estas buscam convergir os recursos humanos e materiais disponíveis, com as necessidades da população e com os objetivos da organização.

As informações sobre os usuários e sobre as condições de moradia das famílias trazidas regularmente pelo ACS, possibilitam o acompanhamento do histórico de saúde de cada usuário pelos profissionais, adotando novas estratégias de atuação quando necessário.

O ACS desenvolve ações para integrar a equipe de saúde com a população atendida pela Unidade e faz a conexão dos usuários com a estrutura de serviços de saúde. O conhecimento que possui sobre o funcionamento da Unidade e sobre os serviços oferecidos na rede de saúde contribui na orientação e encaminhamento dos usuários, para agilizar os atendimentos e assegurar a qualidade dos serviços no PSF.

O ACS trabalha de forma integrada com a equipe e necessita da cooperação de todos para realizar seu trabalho. Ele precisa observar as regras de funcionamento da rede de saúde e atualizar constantemente um volume grande de informações, das quais depende para realizar suas atividades e para enfrentar a variabilidade de

situações que encontra junto à população da micro-área. O contato e a comunicação com todos os profissionais da equipe no dia-a-dia ajudam no esclarecimento de dúvidas, na busca de informações e de soluções para as demandas levantadas junto à população e dessa forma, consegue conquistar o respeito da população com o seu trabalho.

Percebe-se o esforço do ACS ao realizar diversas atividades necessárias para a prestação do serviço à população que extrapolam as tarefas definidas pela Organização, pois a preocupação desse profissional é a de atender integralmente e com eficiência as necessidades dos usuários. Em várias situações cria-se uma interdependência entre o ACS e os demais profissionais da equipe, que leva à mobilização coletiva e à cooperação para que o trabalho se realize, mesmo enfrentando a restrição de recursos e de meios disponíveis nesta Organização. Isto é muito visível nas atividades internas da Unidade, no apoio e suporte prestados pelo ACS aos profissionais de sua equipe.

4.8.2 Um dia de trabalho do ACS

Para iniciar a jornada de trabalho, o ACS consulta as solicitações das famílias em sua agenda pessoal, recebe os recados deixados pelos usuários que passaram pelo acolhimento e a relação de usuários que faltaram nos agendamentos, verifica as solicitações ou orientações dos profissionais da equipe, as entregas que fará (guias, exames, agendamentos, renovações de receitas, etc.), dentre outras. Com base em sua agenda, o ACS faz o planejamento das visitas que fará no dia, verificando entregas de documentos ou de materiais, contatos urgentes com usuários e a seqüência de visitas mensais às famílias. Sua agenda pessoal é uma forma de registro da produção e se constitui num histórico dos atendimentos já realizados às famílias. Estes históricos orientam seu trabalho e as suas decisões.

O ACS contata os profissionais da equipe, principalmente no início e no fim de sua jornada, para dar encaminhamento às demandas, solicitar agendamentos ou visitas, esclarecer dúvidas, obter orientações e atualizar a equipe sobre as alterações nas condições de saúde de alguns usuários visitados no dia anterior. O ACS permanece na Unidade até por volta das 9h00, para realizar os contatos; estabelecer o roteiro

de visitas domiciliares e o percurso que fará na micro-área; organizar sua mochila com os materiais, formulários, documentos e equipamentos de trabalho (capa de chuva, garrafa com água, etc.); antes de sair para realizar as visitas.

O trabalho externo do ACS ocupa a maior parte de sua jornada de trabalho e normalmente é iniciado após as 9h00 devido à disponibilidade e conveniência das famílias em atendê-lo. O ACS faz as visitas considerando a seqüência estabelecida em seu roteiro ou de acordo com as entregas de sua micro-área, considerando ainda distâncias a percorrer ou o tipo de relevo, que na área desta Unidade é muito irregular, com ladeiras, escadas e muitas vielas, que dificultam o trabalho externo.

O tempo das visitas é muito variável e faz com o ACS ajuste seu roteiro e regule sua atividade, podendo incluir ou adiar algumas visitas às famílias. Ao realizar as visitas, o ACS recolhe informações sobre as condições de saúde dos usuários atendidos e de suas famílias, bem como as solicitações dos mesmos. Faz diferentes orientações sobre prevenção de doenças e cuidados à saúde, presta esclarecimentos sobre procedimentos da Unidade ou das especialidades, preenche avisos e remarca agendamentos, faz a verificação do motivo de faltas dos usuários nas consultas ou exames, relembra datas e horários agendados para os usuários, entre outras. O número de visitas realizadas na micro-área varia bastante, embora haja uma recomendação da Organização para que sejam realizadas 10 visitas por dia. O ACS acaba realizando um número maior de visitas devido às famílias que solicitam sua presença durante o percurso ou aos vários contatos necessários para encontrar um usuário ou atender uma solicitação. Em dias chuvosos, o trabalho externo tem que ser interrompido ou não é realizado, como consequência o número de visitas fica abaixo do previsto e o ACS compensa estas visitas em outros dias.

Quando o ACS encerra suas visitas, retorna à Unidade com as solicitações das famílias visitadas, contata o ACS que está de plantão no acolhimento para receber novos recados, organiza sua agenda para o dia seguinte e tenta contatar os profissionais para dar prosseguimento às solicitações levantadas por ele na micro-área. Caso os profissionais não estejam disponíveis no final da jornada, o ACS faz os contatos no dia seguinte e alguns casos são deixados para a discussão em equipe na reunião semanal. Quando é possível, o ACS contata os profissionais para relatar algum caso que julga importante ou de urgência e discute com os mesmos as soluções.

Uma vez por semana, o ACS faz plantão no acolhimento durante um período de quatro horas, orientando os usuários que procuram a Unidade para as consultas, exames, procedimentos de enfermagem, orientações nos grupos e também os usuários que surgem na demanda espontânea, encaminhando-os para as salas de atendimento. O ACS também apóia o trabalho interno da enfermagem, ajudando na organização e preparação para a coleta de materiais para exames, no preenchimento de documentos e relatórios de produção ou na organização e preparação dos grupos educativos, que inclui a mobilização da população pertencente a estes grupos e outros. O ACS realiza algumas tarefas administrativas, como o registro de exames enviados ao laboratório ou o registro de dados de produção nos relatórios e fichas oficiais.

A partir dessa discussão sucinta do dia de trabalho, foram escolhidas três situações de trabalho para descrever as atividades da equipe. Foram escolhidas: a visita domiciliar, o acolhimento e a reunião de equipe.

4.8.2.1 A visita domiciliar

Embora todos os profissionais da equipe realizem visitas de acordo com suas atribuições, a visita domiciliar é uma das principais atribuições do ACS e representa a maior parte do tempo do seu trabalho no PSF.

Os ACS's visitam mensalmente todas as famílias de suas respectivas micro-áreas e os demais profissionais da equipe fazem as visitas periódicas aos acamados, aos usuários dos grupos prioritários que têm dificuldades para se locomover até a Unidade (pessoas no pós-operatório, recém-nascidos, gestantes de alto risco e outros), às pessoas expostas a riscos de contaminação por doenças e aos usuários que os ACS's solicitam acompanhamento. Cada família recebe pelo menos uma visita mensal do ACS, podendo haver mais de uma visita dependendo dos imprevistos. A equipe acompanha o histórico de saúde dos usuários através dos relatos dos ACS's e dos atendimentos realizados na Unidade.

A visita domiciliar do ACS pode ser dividida em três fases, denominadas aqui como: preparação, visita domiciliar e retorno à Unidade. A seguir são detalhadas as três fases.

Na fase de preparação, o ACS faz um planejamento do trabalho que realizará na micro-área. Este planejamento é feito na Unidade, onde contata diretamente os profissionais da equipe e outros funcionários para verificar as urgências de entrega de guias, avisos de consultas, medicamentos e outros. A equipe pode modificar o planejamento das visitas, ao alertar o ACS sobre casos mais urgentes, como por exemplo, o conhecimento de uma nova gestante na área da equipe que tem prioridade no atendimento. Já o ACS relembra os demais profissionais da equipe sobre pendências em relação às famílias e a equipe busca soluções naquele instante ou em outros momentos conforme a solicitação, sendo que algumas pendências referem-se às especialidades e entram em fila de espera para atendimento.

O ACS prepara sua mochila com o material que utilizará no trabalho externo (formulários, guias, avisos, kits para exames, medicamentos, agenda pessoal) e com os equipamentos de trabalho (capa de chuva, protetor solar, garrafa com água). Enquanto está na Unidade, o ACS analisa o percurso que fará e estabelece o roteiro a ser seguido. O ACS tem liberdade para estabelecer seu próprio critério na elaboração do roteiro, desde que consiga visitar todas as famílias no mês e respeite os grupos prioritários definidos pelo Programa, como por exemplo, os recém-nascidos que segundo o “Programa Nascer Bem” devem ser visitados logo após o nascimento.

Na definição do roteiro, os ACS’s podem considerar as distâncias a percorrer ou o tipo de relevo, iniciando as visitas por áreas de maior desgaste físico ou fazê-las seqüencialmente tendo sua própria residência como um marco inicial. Algumas famílias residem em lugares de difícil acesso como favelas, cortiços ou áreas de tráfico de entorpecentes e criminalidade. Para realizar o trabalho junto a estas famílias, os profissionais evitam exposição ao perigo e ao risco contra suas próprias vidas. Quando há visitas domiciliares programadas para os demais profissionais da equipe, o ACS acompanha o profissional pela micro-área e também na visita, para informar-se sobre o caso e o atendimento realizado, dando continuidade na prestação do serviço e também como forma de proteger o profissional na área externa. Os ACS’s caminham em torno de 4 a 6 Km por dia nos percursos das micro-áreas e na área da Unidade, para realizarem as visitas domiciliares e os diversos contatos com as famílias.

Na segunda fase, aqui denominada visita domiciliar, o ACS contata a família na residência, onde realiza várias ações que visam a promoção da saúde e a prevenção de doenças. O ACS atende muitas solicitações durante as visitas, mas outras demandas dependem de uma solução conjunta dos profissionais da equipe.

Durante as visitas, os profissionais também observam e investigam outros aspectos da vida social que podem alterar a condição de saúde das pessoas, como situação de emprego / desemprego, violência doméstica / criminalidade, bem como sobre mobilidade e crescimento populacional, que podem alterar o serviço prestado pela Unidade.

O tempo de visita dos profissionais pode variar, sendo que o ACS calcula em torno de 15 minutos para cada visita, mas quando há acamados ou idosos na família a visita pode durar até uma hora. Algumas visitas domiciliares requerem uma consulta para avaliação do médico ou do enfermeiro e também o trabalho dos auxiliares de enfermagem para a realização de procedimentos. As saídas dos profissionais seguem uma programação levando em conta a urgência dos casos e também o limite de recursos humanos e materiais, de forma que os atendimentos na Unidade não fiquem descobertos e para que consigam atender as solicitações.

Quando o ACS visita sozinho um acamado, ele avalia se a visita do médico ou da enfermagem é necessária e comunica um destes profissionais ao retornar à Unidade, dependendo da gravidade do caso, para que o mesmo realize a visita no dia seguinte. Quando o médico ou um profissional da enfermagem sai para um atendimento de urgência, a equipe se mobiliza para cobrir a saída do profissional da Unidade, procurando dar continuidade aos atendimentos já agendados.

Nas visitas, os profissionais fazem algumas ações educativas sobre métodos de planejamento familiar, cuidados básicos com o recém-nascido e com a mãe no puerpério, prevenção de DST e outras doenças, ensinando alguns cuidados básicos de higiene e saúde, como por exemplo, a preparação de soro caseiro ou o tratamento de resíduos sólidos. Os profissionais orientam e explicam várias vezes os procedimentos. Durante as orientações, fazem uma abordagem em que adotam uma linguagem com termos mais acessíveis à população atendida, formada em grande parte por pessoas com baixo nível de escolaridade. Os profissionais muitas vezes tomam a iniciativa de mostrar de forma prática como realizar uma ação de prevenção, por exemplo, demonstrando à mãe de um recém-nascido como elaborar

o soro caseiro.

Para estas orientações, os ACS's e Auxiliares de Enfermagem tiveram cursos de curta duração desenvolvidos internamente pelos médicos e enfermeiros da Unidade ou por parceiros (laboratórios, instituições de ensino superior e profissionais da área da saúde). Os cursos abordavam temas como nutrição, aleitamento materno, planejamento familiar, prevenção de DST, métodos contraceptivos e outros.

Na última fase, aqui denominada como retorno à Unidade, o ACS encerra as visitas e retorna à Unidade para transmitir à equipe, as solicitações coletadas junto às famílias. O ACS organiza as solicitações separando as que podem ser atendidas de imediato por ele ou outro profissional da Unidade, daquelas que dependem da análise da equipe e que são discutidas na reunião semanal. Dependendo da solicitação, o ACS tenta contatar ainda no mesmo dia, o médico, a enfermagem ou os funcionários administrativos para que os mesmos atendam o que está sendo solicitado. Se a jornada de trabalho está no final, o ACS faz os contatos no dia seguinte.

Foi feita observação sistemática das visitas domiciliares de dois ACS's e os dados levantados durante o período de observação são apresentados nas tabelas 15 e 16.

Tabela 15 - Observação das visitas domiciliares dos ACS's.

	ACS 1 (Qtde / descrição)	ACS 2 (Qtde / descrição)
Dia das visitas	17/junho	27/junho
Duração	13h00 às 15h47	08h15 às 12h00
Nº contatos c/ usuários	19	27
Nº famílias visitadas	13	22
Nº contatos no percurso	02	02
Nº famílias ausentes	04	03

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da pesquisa de campo

A observação sistemática das visitas domiciliares do ACS 1 foi realizada numa tarde de inverno e sob chuva. Naquele dia, o ACS1 pretendia fechar o relatório mensal de visitas às famílias de sua micro-área. Neste mesmo dia, o ACS 1 visitou usuários hipertensos residentes na área que seria percorrida.

A fase de preparação da atividade teve início na própria Unidade, onde o ACS1 montou seu plano de trabalho.

Para o planejamento das visitas, o ACS 1 verificou junto aos profissionais da equipe e da Unidade se havia entregas para as famílias e certificou-se de que não deixaria pendências lembrando os membros da equipe sobre algumas solicitações não atendidas, como uma renovação de receita de medicamento para uma família.

Após contatar os profissionais na Unidade, o ACS 1 organizou o material que levaria na mochila. Preencheu avisos que seriam entregues nas residências dos usuários, organizou guias de exames e avisos de consultas e preencheu sua agenda pessoal com os dados dos usuários para colher as assinaturas de recebimentos. Ao terminar, ele analisou o percurso para estabelecer seu roteiro de visitas, considerando o relevo que teria que percorrer na micro-área, as diversas entregas e as visitas programadas para aquele dia.

O ACS 1 explicou que iniciava as visitas no mês, atendendo gestantes e recém-nascidos e nos dias subsequentes atendia os demais grupos até que todas as famílias tivessem sido visitadas. Segundo este agente, a visita a um recém-nascido logo após o seu nascimento pode ser essencial para o esclarecimento de dúvidas da mãe e pode evitar pequenas complicações de saúde do bebê, o que não aconteceria se o bebê fosse visitado após um mês de seu nascimento. Apesar de ser um pressuposto do “Programa Nascer Bem”, evidencia-se que este é o próprio sentido do trabalho do ACS, de prestar uma atenção contínua às famílias em todas as fases do ciclo da vida, através de ações simples que podem prevenir a incidência de doenças e gerar melhor qualidade de vida à população.

O ACS 1 permaneceu na Unidade por uma hora para realizar estas ações pré-visitas domiciliares. Explicou que não fazia visita domiciliar logo no início da manhã, pois algumas pessoas trabalhavam no turno da noite ou possuíam bebês e não queriam ser incomodadas. Com a experiência desenvolvida no dia-a-dia de trabalho, o ACS 1 percebeu que o melhor período para a realização das visitas era o da tarde, quando as famílias já estavam livres dos afazeres domésticos e o recebiam com mais tranquilidade. No início da noite ou no final de semana, o ACS 1 visitava as famílias que trabalham em período integral, pois eram os únicos momentos viáveis para realizar os contatos.

O ACS 1 iniciou a fase de visita domiciliar e durante o percurso em sua micro-área foi abordado na rua por usuários que solicitavam informações, agendamentos de consultas ou exames e esclarecimentos diversos. O ACS 1 atendeu os usuários e anotou as solicitações dos mesmos em uma agenda pessoal. A agenda é um meio informal de registro de informações coletadas na micro-área, que depois são passadas para as fichas de controle oficiais, para os protocolos de agendamentos e outros documentos. A adoção desse meio informal é uma estratégia desenvolvida pelo ACS 1 para não carregar muitos documentos durante o percurso pela micro-área e para não rasurar os formulários, pois as condições de trabalho nas ruas não favorecem as tarefas de anotação e preenchimento de dados da população. Esse meio de registro informal permite a recuperação de informações sobre as famílias e atendimentos já realizados, para que o ACS 1 possa evitar erros, organizar seu trabalho e tomar decisões. O ACS 1 mencionou que levava a agenda para a sua residência ou para a Unidade e após analisar os dados coletados, fazia o preenchimento cuidadoso das fichas mencionadas anteriormente. Além de evitar rasuras nos documentos, o ACS 1 garante que os dados estarão legíveis para os demais profissionais. O ACS 1 mencionou que o preenchimento das fichas não é simples e exige um grau de atenção com os códigos e orientações de preenchimento do Ministério da Saúde. Além disso, as inúmeras informações de saúde coletadas junto aos usuários precisam ser interpretadas para o correto preenchimento dos dados, bem como checadas, muitas vezes, junto aos demais familiares de idosos, crianças ou pessoas com deficiências cognitivas.

Outra estratégia desenvolvida pelo ACS 1 foi a criação de um caderno específico para controle de visitas e atendimentos de usuários hipertensos, devido ao grande número destes usuários em sua micro-área e no restante da Unidade. Os dados desse caderno também eram utilizados para elaboração do planejamento e para as estatísticas de produção.

Na Figura 7 são apresentadas as visitas domiciliares e os deslocamentos realizados pelo ACS 1.

Figura 7 Visitas realizadas pelo ACS 1

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

De acordo com os dados, o ACS 1 fez 17 contatos em residências e 2 contatos durante o percurso, conseguindo realizar 13 visitas domiciliares, destas 05 aos usuários hipertensos. As famílias estavam ausentes em 04 residências contatadas, o ACS 1 não pôde registrar estas visitas em seu relatório e deveria fazer novos contatos em outro dia e horário.

Nos domicílios o ACS 1 identificou-se, avisou que estava passando em visita naquele dia e perguntou pelas pessoas pertencentes às famílias. Para atualizar as informações sobre as condições de saúde das pessoas, fazia uma série de perguntas específicas quando encontrava usuários pertencentes aos grupos prioritários e verificava novas solicitações. Em alguns casos solicitou o cartão do usuário e de agendamento para confirmar datas e horários, anotando o número do prontuário na ficha de controle.

O ACS 1 verificou os pedidos das famílias referentes a consultas, exames, medicamentos e outros. Algumas solicitações foram atendidas de imediato por ele, por exemplo, ao dar instruções sobre os preparos necessários para uma coleta de material para exames, repetindo as instruções até certificar-se de que os usuários entenderam. Outras solicitações foram registradas em sua agenda para serem atendidas posteriormente por ele ou pela equipe na reunião semanal.

Ao término de cada visita, o ACS 1 pedia para cada usuário assinar a folha de controle de visitas, a qual foi criada pelas equipes com o intuito de manter registro sobre os atendimentos efetivamente realizados pelos ACS's, de preencher os relatórios de estatísticas de produção da Unidade e de se prevenir contra as reclamações de que algumas famílias não estariam recebendo visita domiciliar.

Durante o percurso, o ACS 1 também fez as entregas que havia separado na Unidade para outras famílias. Ao fazer as entregas, a família aproveitava o encontro rápido com o ACS para obter informações ou para fazer novas solicitações. Os dados coletados durante o período de observação, referentes aos tipos de solicitações, aparecem na tabela 16.

Tabela 16 - Tipos de solicitações das famílias visitadas pelo ACS 1.

Visitas	Agendamento de Consultas	Exame	Especialidade	Medicamento	Outros
Sai da Unidade					
1ª. Visita	1				
2ª. Visita	1				entrega receita
3ª. Visita Ausente	1				
4ª. Visita Ausente	2				faltou na coleta instruções sobre vacina
5ª. Visita					faltou na consulta
6ª. Visita Usuário na rua	1		1		recado p/ outro ACS
7ª. Visita					faltou em exame
8ª. Visita		1			controle TB
1º. Hipertenso	1				2 HA, um acamado e falta em consulta
2º. Hipertenso	1			1	controle HÁ
3º Usuário na rua			3		controle HÁ
Ausente					controle HÁ
Ausente					controle HÁ
4º. Hipertenso	1				controle HÁ
5º. Hipertenso	1				controle HÁ
Chegada na Unidade					

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

A maioria das solicitações era para agendamento de consultas, num total de 10 pedidos de consulta na Unidade e 04 pedidos de consulta com especialidade. A figura 8 apresenta o total de solicitações e entregas feitas pelo ACS 1 em sua micro-área.

Figura 8 Solicitações das famílias visitadas pelo ACS 1

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

As visitas aos usuários hipertensos diferem um pouco da visita domiciliar normal, pois o ACS faz perguntas específicas do acompanhamento da hipertensão (frequência da medição da pressão arterial, resultados das medições, dietas realizadas, uso da medicação, etc.), anotando as informações em um caderno, criado para controle dos atendimentos e visitas realizadas. Alguns usuários perguntavam se o valor medido estava normal e o ACS 1 respondia que a avaliação só poderia ser feita pelo médico ou pela enfermeira da equipe, explicando que se os profissionais avaliassem que a medição não estava normal, viria convocá-los para irem à Unidade, a fim de serem acompanhados pela equipe e de receberem orientações sobre dieta alimentar e cuidados necessários.

Percebe-se que a separação das atribuições dos profissionais é feita, de certa forma, pela formação de cada categoria e o trabalho final é o conjunto das ações

realizadas por cada profissional, embora não haja a separação do “objeto” do trabalho, ou seja, a saúde do usuário.

Devido ao frio e à chegada de uma chuva forte, o ACS 1 finalizou as visitas daquele dia e iniciou a fase de retorno à Unidade, onde aproveitaria o final da jornada de trabalho para fechar o relatório mensal de visitas, analisar as solicitações levantadas junto às famílias e, se possível, encaminhá-las aos profissionais da equipe ou da Unidade. No retorno à Unidade, o ACS recebeu recados, contatou outros ACS's e os demais profissionais da equipe para tirar dúvidas e apresentar algumas solicitações. A execução destas atividades no retorno à Unidade leva em torno de duas horas.

A observação sistemática das visitas domiciliares do ACS 2 foi realizada no final do mês de junho, durante o período da manhã. A saída da Unidade ocorreu às 8h40 porque o ACS pretendia iniciar as visitas após as 9h00, quando as famílias já estariam dispostas a recebê-lo.

A fase de preparação da atividade ocorreu na Unidade com a organização da pasta pelo ACS 2 e com o planejamento de suas visitas. A diferença entre o ACS1 e o ACS2 é que este não faz um planejamento fechado de suas visitas e não segue uma seqüência pré-definida. O ACS 2 fez seu roteiro de visitas e estabeleceu seu deslocamento a partir da folha de tarefas que é uma programação da entrega de documentos e outros materiais para algumas famílias. Ao fazer as entregas, o ACS 2 aproveitaria para visitar estas famílias e outras que estivessem no percurso.

O ACS 2 também realizou contatos com os profissionais da equipe e da Unidade no início da jornada, verificou as pendências e entregas, recebeu recados e trocou informações sobre procedimentos de trabalho com outros ACS's. O ACS 2 permaneceu na Unidade por 25 minutos na fase de preparação da atividade e às 8h40 saiu para realizar as visitas.

O ACS 2 iniciou a fase de visita domiciliar às 8h50, quando atendeu o chamado de uma moradora solicitando a renovação de uma receita de medicamentos. O ACS 2 explicou que precisaria passar em consulta para renovar e que depois traria o aviso de agendamento em sua residência.

Ao entregar os avisos, o ACS 2 colhia informações sobre o estado de saúde da família; anotava rapidamente os dados em uma agenda pessoal para transcrevê-los nas fichas e relatórios oficiais, no retorno à Unidade. O ACS 2 anotava as

solicitações dos usuários, que posteriormente seriam analisadas e atendidas pela equipe.

Na Figura 9 são apresentadas as visitas domiciliares e os deslocamentos realizados pelo ACS 2.

Figura 9 Visitas realizadas pelo ACS 2

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

De acordo com os dados, o ACS 2 fez 27 contatos, em residências e durante o percurso, conseguindo realizar 22 visitas domiciliares e 02 contatos no percurso, sendo que em dois endereços contatou mais de uma família. As famílias estavam ausentes em 03 residências contatadas.

Ao fazer as entregas, o ACS 2 esclarecia dúvidas, explicava os preparos para exames e a documentação necessária. Em algumas residências fez a verificação de usuários que faltaram nos agendamentos, esclarecendo os motivos e re-agendando estas pessoas para novas datas. O ACS 2 lembrava usuários sobre datas e horários agendados, pois algumas pessoas esquecem ou confundem as informações dos agendamentos.

Os dados coletados durante o período de observação, referentes aos tipos de solicitações, aparecem na tabela 17.

Tabela 17 - Tipos de solicitações das famílias visitadas pelo ACS 2.

Visitas	Agendamento de Consultas	Exame	Visita domiciliar	Avisos	Especialidade	Medicamento	Outros
Sai da Unidade							
1ª. Visita	1						renovação de receita
2ª. Visita	1	1					
3ª. Visita							confirmação de consulta
4ª. Visita				1			
5ª. Visita	1	1		1			
6ª. Visita	1						
7ª. Visita					1		
8ª. Visita				2	1		
9ª. Visita			1				
10ª. Visita				1			falta em exame
11ª. Visita	1			1			consulta com nutricionista
12ª. Visita				1			
13ª. Visita	1						
14ª. Visita				1			
15ª. Visita				1			
16ª. Visita	2				1		
17ª. Visita						1	troca receita/prótese
18ª. Visita				2			
19ª. Visita	1						
20ª. Visita				1			falta na especialidade
Chegada na Unidade							

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

A maioria das solicitações era para agendamento de consultas, num total de 09 pedidos de consulta na Unidade e 03 pedidos de consulta com especialidade. A figura 10 apresenta o total de solicitações e entregas feitas pelo ACS 2 em sua micro-área.

Figura 10 Solicitações das famílias visitadas pelo ACS 2

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

O ACS 2 registrou 01 solicitação de visita domiciliar do médico, 02 solicitações de agendamento de exames; entregou medicamentos e 12 avisos de agendamento. O ACS 2 atendeu outras solicitações das famílias referentes a 01 agendamento de consulta com nutricionista, 02 renovações de receita de medicamentos, 01 solicitação de prótese e fez a verificação de 02 faltas em consultas agendadas.

A micro-área do ACS 2 apresentava relevos irregulares, com muitas ladeiras e em algumas residências tinha dificuldade para contatar e conversar com as famílias devido ao barulho do trânsito local. O ACS 2 raramente entrava nas residências e preferia conversar com as pessoas no portão, pois a maioria das casas apresentava longas escadas e obrigaria os moradores a descer e subir duas vezes, sendo que muitos deles são pessoas idosas e com dificuldade de locomoção.

Nas residências de usuários pertencentes aos grupos prioritários, como hipertensos ou diabéticos, o ACS 2 fazia várias perguntas sobre as condições de saúde, uso de medicação, exames realizados e verificava as datas de agendamento de retorno. Ao visitar a residência de uma usuária acamada, verificou que a mesma necessitava da visita do médico e já deixou avisado que ele passaria no dia seguinte. O ACS 2

explicou que devido ao estado de saúde desta usuária, portadora de esclerose múltipla, o médico e uma auxiliar de enfermagem passavam semanalmente para visitá-la juntamente com o ACS 2, num trabalho conjunto destes profissionais.

Ao avistar moradores no percurso, o ACS 2 decidiu abordá-los, mesmo sem estar planejado, pois segundo o profissional “se planejar não dá certo, porque tem que entregar muita coisa, então estrutura a visita pelo que tem para entregar”. Quando está próximo da data de fechamento dos relatórios de produção do mês, o ACS 2 verifica as famílias que ainda não visitou e faz a programação para concluir 100% das visitas.

Foi possível perceber as dificuldades enfrentadas por este ACS para a realização das visitas, sendo que em algumas residências as famílias estavam ausentes e o profissional fez novas tentativas já no percurso para retornar à Unidade, conseguindo contato em uma delas, onde precisava entregar dois avisos de consultas agendadas para o morador e para sua esposa, porém quando o morador verificou que no horário agendado estaria trabalhando e não poderia faltar no emprego, solicitou novo agendamento para um horário em que teria disponibilidade. O ACS 2 iria agendar um novo horário e retornaria novamente nesta residência para entregar o aviso, ou seja, numa só residência faria três contatos ou mais, estas particularidades da atividade acabavam gerando mais trabalho e aumentando o percurso do ACS em sua micro-área.

Por estar próximo do horário de almoço, o ACS 2 decidiu encerrar as visitas. Durante o percurso para retornar à Unidade, o ACS 2 foi abordado por mais dois usuários, que perguntaram sobre agendamento de exames na Unidade e nas especialidades. Sem precisar consultar a agenda, o ACS 2 lembrou-se dos agendamentos e informou que depois iria levar o aviso nas residências destas pessoas, mas que um exame de tomografia solicitado ainda estava em fila de espera na especialidade.

4.8.2.2 O acolhimento de usuários

O Acolhimento é definido pela Organização, como um mecanismo que visa interferir nos diferentes momentos do processo saúde-doença, orientando a demanda e organizando o serviço para possibilitar o acesso e o atendimento adequado à

população (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2005).

A atividade acolhimento consiste no trabalho de recepção e atendimento de usuários que procuram a Unidade, seja através de agendamento prévio ou de forma espontânea.

Esta atividade é realizada diariamente na Unidade das 7h00 às 17h00 e inicia com a recepção dos usuários pelo ACS. Na recepção do acolhimento ficam três ACS's, sendo um de cada equipe e após as 17h00, este trabalho é feito pelos ACS's da equipe da tarde. Cada ACS realiza o plantão no acolhimento uma vez por semana e por um período de quatro horas.

As equipes já têm um planejamento prévio do acolhimento de acordo com os atendimentos de grupos estabelecidos para cada dia da semana, que é revisto de acordo com os casos que surgem e de acordo com a agenda de cada equipe.

No fim da jornada de trabalho do dia anterior e no início da jornada do dia seguinte, os profissionais da enfermagem com o apoio de alguns ACS's organizam os materiais que usaram nos atendimentos e as salas de consulta dos médicos e enfermeiros, repondo estoques, higienizando equipamentos, separando kits para exames e preenchendo guias ou outros documentos. Os agentes administrativos são encarregados de separar os prontuários dos usuários agendados e distribuí-los nas salas de atendimento dos profissionais. Com as salas organizadas, os profissionais podem iniciar os atendimentos de usuários que procuram a Unidade.

A atividade acolhimento propriamente dita pode ser dividida em três fases, denominadas aqui como: recepção do usuário, atendimento e saída do usuário. A seguir são detalhadas cada uma das três fases.

Na fase de recepção do usuário, o ACS recebe e atende usuários da área de abrangência da Unidade, que vêm para consultas ou fazer exames agendados, participar de grupos e outras atividades. Atendem também usuários da demanda espontânea, que podem ser urgências para consultas, exames, medição de pressão arterial ou glicemia, atendimento de enfermagem, odontológico, etc. Na demanda espontânea aparecem ainda solicitações simples para encaixe ou agendamento de consulta, retirada de medicamentos, administração de medicação, agendamento de exames e outras. O ACS encaminha os usuários para os procedimentos necessários junto aos profissionais de acordo com estas demandas.

Os usuários têm o ACS do acolhimento como uma referência para o esclarecimento de diversas dúvidas e para obter diferentes informações relacionadas aos serviços prestados pela Unidade e pela rede de serviços.

Diariamente são previstas 20 consultas com o médico de cada equipe, sendo 15 agendadas e 05 para a demanda espontânea (usuários não agendados) e 08 consultas de enfermagem para cada equipe. Duas equipes atendem no horário das 08h00 às 17h00 e uma equipe atende das 11h00 às 20h00. Os enfermeiros têm um limite para resolução dos casos e quando surgem alguns que fogem da área de competência dos mesmos, encaminham os usuários para serem atendidos pelo médico da equipe. Podem ocorrer de 5 a 8 faltas de usuários nas consultas diárias e o ACS é responsável por investigar o motivo destas faltas e por fazer um novo agendamento.

As consultas são agendadas na semana, buscando concentrar em dias específicos os usuários pertencentes aos grupos de gestantes, puericultura, pacientes psiquiátricos e outros definidos pelo programa. Os casos de maior urgência, que surgem na demanda espontânea, são encaixados durante o período de atendimento dos profissionais e os casos menos urgentes são atendidos através de encaixe ou re-alocados para outros dias e horários, segundo a agenda de cada equipe. A duração da consulta varia dependendo do grupo, gestantes e crianças, por exemplo, requerem maior atenção.

Uma das equipes adotou a estratégia de organizar as consultas quinzenais de gestantes intercalando-as entre o médico e a enfermeira até o 6º mês de gestação e a partir deste período elas passam a ser examinadas apenas pelo médico e sem agendamento prévio de consulta. Em outra equipe, a enfermeira e o médico revezam entre si, as consultas mensais de pediatria. Há também um procedimento de pré-consulta para o grupo de gestantes, em que os auxiliares de enfermagem conferem e anotam o peso e a pressão arterial. Estas estratégias possibilitam aos profissionais o atendimento da demanda e o gerenciamento da restrição de recursos como equipamentos e pessoal.

Durante o acolhimento, um ACS de cada equipe permanece no plantão aguardando a chegada dos usuários na recepção da Unidade, tendo em mãos a agenda de consultas de sua equipe.

Quando um usuário chega para atendimento na Unidade, o ACS identifica a área de sua residência e o encaminha para o ACS da equipe que atende a respectiva área. Na ausência do mesmo, o usuário será atendido por outro ACS do plantão, que fará seu encaminhamento se o caso for urgente, do contrário, solicitará que o mesmo aguarde o retorno do outro ACS. Esta medida visa o acompanhamento mais próximo dos casos dos usuários pelas respectivas equipes.

O ACS da micro-área à qual pertence a residência do usuário solicita a carteirinha e o cartão do SUS, para confirmar os dados pessoais, a data da consulta ou exame agendado e outras informações.

A fase denominada aqui como atendimento é a fase em que o ACS encaminha o usuário para o balcão de prontuários ou para as salas dos demais profissionais da equipe e da Unidade.

O usuário com consulta agendada é encaminhado ao balcão de prontuários para retirar o número com o qual será chamado pelo profissional da equipe. No balcão de prontuários, o usuário pode solicitar a emissão do cartão SUS, caso ainda não o tenha. Os usuários que vêm para coleta de materiais para exames, atendimento ambulatorial, odontológico, grupos educativos ou outros, são orientados a se dirigem às salas e contatarem o profissional responsável.

As solicitações dos usuários da demanda espontânea são transmitidas pelo ACS aos profissionais da equipe ou demais funcionários da Unidade (gerente, nutricionista, fonoaudióloga, assistente social, dentista ou assistentes administrativos) para conhecimento e atendimento. O ACS faz uma análise da solicitação do usuário ou da complexidade do caso e encaminha para o profissional que o ACS julga ter a atribuição ou a competência para realizar o atendimento.

As situações de encaixe urgente para consultas, exames ou procedimentos de ambulatório são avaliadas pelos médicos e enfermagem junto ao ACS e após esta avaliação os mesmos definem se o encaixe do usuário deve ser imediato ou se o mesmo pode aguardar o horário destinado para a demanda espontânea. Ao ser encaixado para atendimento, o usuário da demanda espontânea é orientado para ir até o balcão, retirar seu número e aguardar na recepção. O ACS se dirige ao balcão e solicita o prontuário do usuário ao funcionário administrativo, entregando-o na sala do profissional que fará o atendimento. Os casos de extrema urgência são

imediatamente encaminhados para atendimento pelos médicos ou enfermeiros e havendo necessidade de remoção para um pronto-socorro, a equipe aciona o serviço de resgate.

Durante as quatro horas de plantão no acolhimento, o ACS contata os diferentes profissionais da equipe e também da Unidade, para troca de informações sobre casos de usuários presentes na Unidade, tarefas a serem executadas naquele dia ou no seguinte, mudanças nos procedimentos de trabalho da equipe ou da Unidade e dificuldades que surgem no dia-a-dia.

As solicitações para agendamentos futuros de consultas, exames, visitas domiciliares e outras são registradas pelo ACS em sua agenda durante o acolhimento para serem transmitidas e analisadas pela equipe posteriormente. No acolhimento, o ACS esclarece dúvidas e dá orientações sobre preparo para exames, documentação, medicação, agendamentos nas especialidades, etc. Outras solicitações são atendidas pelos demais profissionais da Unidade, como por exemplo, procedimentos administrativos ou das demais especialidades anteriormente mencionadas.

O ACS lida com uma variabilidade de solicitações no acolhimento e também nos atendimentos telefônicos, que resultam em anotações de recados para outros agentes e demais profissionais ou orientações sobre situações de urgência (hipertensos, diabéticos, gestantes, sintomas de AVC, entre outros).

No acolhimento, o ACS utiliza a estratégia de aproveitar os intervalos de atendimento para tarefas administrativas, organizando e preenchendo documentos.

A fase denominada aqui como saída do usuário é a fase em que o ACS finaliza o atendimento dos usuários que saem das salas dos demais profissionais da Unidade.

O ACS verifica o tipo de atendimento que o usuário recebeu e o encaminhamento que será feito. Nesta fase, o ACS agenda exames ou retornos de consultas e encaminha o usuário para a retirada de medicamentos na farmácia, para procedimentos junto aos auxiliares de enfermagem e para orientações junto aos demais profissionais da Unidade. O ACS também orienta sobre preparos necessários para exames, documentação exigida nos atendimentos, uso correto de medicação e outras; aproveita o contato com o usuário, para atualizar informações sobre o estado de saúde do mesmo e de seus familiares, lembrando o histórico de

saúde de cada um, fazendo perguntas específicas de cada caso e registrando as informações em sua agenda pessoal ou memorizando-as para posteriormente atualizar documentos, cadastros ou informar os demais profissionais.

Há situações particulares do acolhimento, quando ocorre o atendimento de grupos definidos como prioritários pelo Programa em dias específicos, que requerem ações distintas de um dia normal de acolhimento.

Às quintas-feiras, por exemplo, ocorre a coleta de materiais para exames de papanicolau. Neste dia, os ACS ajudam os auxiliares de enfermagem com o preenchimento das fichas do exame, uma vez que eles atendem aproximadamente 40 pessoas e têm um horário específico para enviar as amostras ao laboratório.

Os imprevistos que surgem na Unidade também modificam a rotina de trabalho no acolhimento, como por exemplo, as ausências de profissionais. No caso de ausências por férias, licença médica ou demissão, ocorre uma cooperação entre os profissionais da equipe e mesmo entre os demais profissionais da Unidade para cobrir estas ausências, pois as consultas e atendimentos nem sempre podem ser adiados ou mesmo interrompidos, como por exemplo, a vacinação diária. As ausências planejadas permitem que os profissionais se programem antecipadamente para gerenciar as perturbações futuras no funcionamento da Unidade, embora não tenham profissionais disponíveis para cobrir estas ausências ou para substituição imediata no caso de demissão.

A observação sistemática da atividade ocorreu num dia considerado como acolhimento normal. A observação foi feita no período da tarde, quando ocorria a troca do plantão no acolhimento e estavam presentes três ACS's de equipes diferentes. A observação concentrou-se em um ACS, dado o volume de usuários e de informações que surgiram no período.

Na fase denominada aqui como recepção do usuário, o ACS iniciou a recepção de usuários que chegavam à Unidade, para a realização de consultas ou exames agendados, participação em grupos ou outras atividades.

O ACS cumprimentava o usuário e verificava o tipo de atendimento necessário; nos casos já agendados, solicitava a carteirinha para confirmar a data e o horário de atendimento. Após verificação dos dados, o ACS encaminhava estes usuários ao balcão de prontuários para retirarem os números do atendimento. Nos demais tipos

de atendimentos agendados, os usuários eram encaminhados para aguardarem em frente às salas dos profissionais.

O ACS atendeu usuários da demanda espontânea, que procuravam a Unidade para encaixe em consultas e para procedimentos de enfermagem. Nestes casos, o ACS verificava a solicitação do usuário e a urgência do caso. Solicitava a carteirinha, analisava os espaços na agenda de atendimento e pedia para o usuário aguardar até que ele confirmasse com o profissional a possibilidade do encaixe.

Na fase denominada aqui como atendimento, o ACS fazia o encaminhamento dos usuários para atendimento junto aos profissionais nas diferentes salas da Unidade.

O ACS deslocava-se de sua mesa até a sala do profissional para comunicar o surgimento de um encaixe e juntos analisavam a urgência do atendimento. Os encaixes eram feitos entre as consultas já agendadas, de acordo com a complexidade do caso e com a disponibilidade do enfermeiro e do médico. Após contatar o profissional, o ACS dirigia-se até o balcão de prontuários, levantava o prontuário do usuário e o entregava na sala do profissional. O ACS encaminhava o usuário para aguardar na sala de espera, em frente à sala do profissional, até ser chamado para atendimento.

O ACS registrava os dados do usuário e do tipo de atendimento recebido na agenda da equipe, que depois seriam repassados para os relatórios de produção.

O ACS precisava controlar os atendimentos realizados pelos profissionais nas salas e o número de usuários em espera para que não houvesse formação de filas³ nos corredores. Os usuários, acostumados com o modelo de prestação de serviço anterior, acabavam chegando antes do horário agendado com medo de perder o atendimento ou de ter que aguardar por muito tempo.

Para complementar a descrição do trabalho no acolhimento são apresentados os parâmetros pertinentes à ação do ACS, na tabela 18.

³ É importante lembrar que segundo o modelo PSF, os atendimentos geralmente são previamente agendados.

Tabela 18 Observação da atividade acolhimento.

Parâmetros	Quantidades / Descrição
Período de observação	14h00 às 17h00
Nº telefonemas atendidos	02
Nº usuários atendidos	22
Nº contatos do ACS com áreas/profissionais	15
Nº usuários encaminhados para consulta	12

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

Naquele dia foi possível encaixar toda a demanda espontânea, pois este tipo de demanda não foi muito grande e houve 2 faltas em consultas agendadas.

O ACS atendeu também usuários que foram até a Unidade para outras solicitações (agendamento de consultas, exames, retorno) ou para obter informações.

Na tabela 19 são apresentados os diferentes atendimentos realizados no acolhimento durante o período de observação.

Tabela 19 Atendimentos realizados no acolhimento.

Tipo de Atendimento		Qtde
Encaminhamento para consulta	Normal	09
	Demanda espontânea	03
Agendamento de exame	Papanicolau	04
	Sangue	02
	Ultrassom	01
	Próstata	01
	Urina	01
	Colposcopia	01
	Outros	02
Agendamento consulta de especialidade		02
Agendamento de retorno de consulta		12
Informações / orientações	Preparos para exames	07
	Retirada e uso de medicação	03
	Procedimentos administrativos (prazos, agendamentos, doctos exigidos, etc.)	13
	Dados cadastrais	07
	Avisos aos profissionais	09
Outros	Inalação	01

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

Na fase denominada aqui como saída do usuário, o ACS contata cada usuário que sai das salas dos profissionais, para verificar o encaminhamento a ser dado e finalizar o atendimento dos mesmos.

O ACS verifica o atendimento recebido pelo usuário e se o profissional fez alguma solicitação de agendamento de exame, retorno em consulta, execução de procedimento de enfermagem ou outra. As solicitações de agendamento eram anotadas pelo ACS na agenda da equipe e depois registradas no cartão do usuário. O ACS informava a data e horário do agendamento, os documentos necessários e explicava os preparos solicitados nos exames. Ao terminar o atendimento do usuário, o ACS aproveitava para obter informações sobre os outros membros da família através de perguntas sobre o estado de saúde dos mesmos. Relembrava cada caso, verificava os atendimentos recebidos e as necessidades das famílias naquele momento. Anotava em sua agenda pessoal algumas informações coletadas ou memorizava-as, para depois utilizar no preenchimento de documentos, fichas da família ou transmiti-las aos demais profissionais. Caso não houvesse mais solicitações despedia-se da pessoa.

Nos intervalos de atendimento, o ACS aproveitava para organizar e preencher documentos de trabalho. O ACS preencheu avisos de agendamento de consultas, recados de usuários para os demais ACS's e naquele dia estava ajudando uma enfermeira no preenchimento de guias para a coleta de materiais para exames, devido a um problema de descarte de materiais enviados para análise no laboratório que presta serviços à Unidade. O descarte de materiais enviados ao laboratório estava gerando re-trabalho para os profissionais, que tinham que executar todos os procedimentos novamente (preencher novas guias, re-convocar os usuários, realizar novas coletas de amostras e controlar a cota mensal).

O ACS era uma referência para os usuários presentes na Unidade, que buscavam diferentes informações, como por exemplo, a mãe de um recém-nascido, que queria informações de como obter o passe especial de transporte em ônibus urbano. O ACS necessitava atualizar diferentes informações para poder atender os interessados e aproveitava os momentos de contato com os profissionais para esclarecer dúvidas ou obter informações sobre procedimentos de trabalho da equipe ou da Unidade, sobre casos de usuários presentes na Unidade, tarefas a serem executadas por ele e dificuldades encontradas no dia-a-dia.

A Tabela 20 traz as diferentes demandas atendidas pelo ACS no acolhimento e ressalta a quantidade de informações que o ACS deve possuir e compartilhar com os membros de sua equipe, atualizando-as com frequência devido às mudanças nos procedimentos e aos imprevistos que surgem.

Tabela 20 Atendimentos realizados pelo ACS no acolhimento.

Período	Usuário ou outro	Consulta	Demanda espontânea	Exame	Especialidade	Retorno	Orientação
14h00	Um			X			
14h20	Dois	X				X	
14h23	Três				X		X
14h28	Quatro	X					
14h30	Cinco					X	
14h36	Seis			X			X
14h44	Enfermeira			X			
14h45	Sete	X		X			X
14h55	Oito		X				
14h57	Nove			X		X	X
15h03	Dez	X		X		X	X
15h07	Onze (ACS*)	X					
15h14	ACS						X
15h16	Doze					X	
15h20	Treze			X	X	X	X
15h27	Quatorze		X				X
15h30	ACS			X			X
15h37	Quinze	X		X		X	X
15h40	Dezesseis			X		X	X
15h44	Dezessete	X				X	X
15h46	ACS						X
15h48	Dezoito		X				
15h52	Dezenove			X			
16h00	Vinte	X		X		X	
16h10	Vinte e um					X	
16h17	Vinte e dois	X				X	X
16h47	ACS's **						X

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da pesquisa de campo

* ACS afastada por licença médica passa em consulta com médico da equipe

** ACS's retornam das visitas e recebem os recados no acolhimento

De acordo com os dados coletados pode-se perceber o volume de orientações que o

ACS faz no acolhimento, o que representa 50% dos atendimentos prestados, conforme demonstrado na figura 11.

Figura 11 Atendimentos realizados no acolhimento

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

Por volta das 17h00, os ACS's retornaram das micro-áreas e contataram o ACS do acolhimento, que repassou recados, solicitações e informações sobre usuários que estiveram em atendimento na Unidade e sobre os que faltaram nas consultas, para que pudessem fazer o controle e remarcar os agendamentos. Através desse contato os ACS's fazem uma atualização sobre os atendimentos recebidos pelos usuários que estiveram presentes na Unidade e o estado de saúde dos mesmos. O ACS de plantão por sua vez recebe recados de alguns usuários de sua micro-área trazidos pelos demais ACS's e troca informações sobre procedimentos de trabalho, problemas encontrados e estratégias adotadas.

4.8.2.3 A reunião de equipe

A reunião é um espaço formal criado para que a equipe organize suas atividades segundo as diretrizes do programa, criando formas próprias de execução do trabalho.

Cada equipe se reúne uma vez por semana, para analisar e dar encaminhamento às solicitações dos usuários, que são trazidas pelos ACS's das micro-áreas. Na reunião são discutidos outros aspectos organizacionais, como revisão e adequação de procedimentos de trabalho, divisão de tarefas, planejamento e organização de palestras, oficinas, etc.

O médico, juntamente com a enfermagem, coordena os trabalhos na reunião, cuja duração pode ser de uma a duas horas, dependendo da forma como cada equipe se organiza.

A reunião pode ser dividida em três etapas, denominadas aqui como: análise da agenda, planejamento das ações e assuntos gerais. A seguir são detalhadas as três etapas.

Na etapa de análise da agenda, cada ACS apresenta as solicitações levantadas nas últimas visitas às famílias e dos acasos que surgem no dia-a-dia, selecionados por ele previamente, para serem analisados e solucionados conjuntamente pelos profissionais. Além das solicitações, o ACS também apresenta informações sobre o estado de saúde dos usuários e sobre as famílias, com o intuito de atualizar e relembrar os profissionais a respeito dos casos analisados na reunião.

As solicitações trazidas pelos ACS's da equipe incluem o agendamento de consultas na Unidade ou com as especialidades, o agendamento de exames, a renovação ou emissão de receita de medicamentos, a visita domiciliar do médico ou da enfermagem, a realização de procedimentos de enfermagem, entre outros. Os agentes também relatam as alterações ocorridas com a população atendida, tais como a mobilidade das famílias nas micro-áreas, nascimentos, falecimentos, etc.

Os casos são analisados de forma coletiva pela equipe. Os ACS's relatam cada caso para os demais profissionais, fornecendo informações sobre o estado de saúde dos usuários, sintomas e alterações que os mesmos apresentam, resultados de exames já realizados, medicamentos prescritos, cirurgias ou tratamentos realizados com especialidades e outras. Em casos mais complexos, o ACS separa os prontuários das famílias e entrega ao médico, que analisa as informações contidas no prontuário e faz algumas perguntas ao ACS sobre as solicitações do usuário, sintomas apresentados e sobre as condições da família que acompanha o usuário.

Após análise das solicitações, os profissionais iniciam a etapa de planejamento das

ações. Nesta etapa fazem uma triagem e avaliam as prioridades dos atendimentos.

Para encaixe destes casos na agenda de consultas, exames ou visitas domiciliares, os profissionais avaliam também, a restrição de recursos de pessoal e de equipamentos, que limitam a prestação do serviço. Desta forma, fazem uma rápida triagem encaixando os casos mais urgentes para o mesmo dia ou para o próximo.

Os médicos e enfermeiros separam e dividem entre si, os casos mais complexos e menos complexos e também alternam entre eles alguns atendimentos. Casos mais simples são atendidos pelos enfermeiros, diminuindo a procura por consultas com o médico da equipe. Estas estratégias permitem que a demanda seja atendida e que as condutas e procedimentos adotados pela enfermagem e pelos ACS's sejam analisados e discutidos com os médicos durante o dia. Os enfermeiros podem realizar consultas, prescrever ou transcrever medicamentos, solicitar alguns exames e também coordenam as atividades dos auxiliares de enfermagem e dos ACS's.

As equipes definem o número de consultas que cada ACS pode encaixar nas agendas. O preenchimento da agenda é feito, segundo alguns critérios estabelecidos pelos profissionais das equipes para organizar as ações, como por exemplo, a separação dos atendimentos em cada dia da semana, para os grupos prioritários do programa e outros. Os agentes também consideram os encaixes para consulta de usuários da demanda espontânea e de usuários dos diferentes grupos, como por exemplo, dos hipertensos que apresentam alteração na medição da pressão. Além destes, há os atendimentos rotineiros feitos pela enfermagem, como vacinação de idosos e crianças, coleta de materiais para exames e os casos sazonais ou imprevistos, como a demanda de uma delegacia pertencente à área da Unidade, para que os presos fossem examinados devido a um caso confirmado de tuberculose. Neste caso imprevisto, uma equipe refez a programação da agenda, para encaixar o atendimento dos detentos para consultas e coleta de materiais para exames, mobilizando alguns profissionais para irem até o local.

A organização da agenda parece ser uma atividade complexa pela quantidade de critérios a serem seguidos, mas torna-se factível com a experiência e o conhecimento adquiridos no dia-a-dia e com a cooperação entre os diferentes profissionais para regular as ações e rever procedimentos. Cada equipe adota estratégias próprias para organizar a agenda segundo as ações planejadas, conforme exemplo já mencionado, em que os profissionais de uma equipe

organizam as consultas quinzenais de gestantes intercalando entre o médico e a enfermeira até o 6º. mês de gestação. Em outra equipe, a enfermagem e o médico revezam as consultas mensais de pediatria. Encontramos ainda uma diferença quanto ao agendamento de visitas domiciliares entre as três equipes, sendo que duas das equipes fazem o agendamento de acordo com a demanda, definindo coletivamente qual o melhor dia para sua realização, a terceira equipe possui um dia específico para as visitas.

Após o planejamento das ações, os profissionais iniciam a etapa de assuntos gerais. Nesta etapa, os profissionais discutem procedimentos de trabalho, organização de ações para promoção da saúde como oficinas e mini-cursos, gestão de imprevistos (como falta de medicamentos ou ausências não programadas de profissionais da equipe) e revisão de ações já planejadas devido a imprevistos que surgem nas áreas das equipes (como a suspeita de focos de doenças infecto-contagiosas ou surtos de doenças de notificação compulsória).

Quanto aos procedimentos de trabalho, os profissionais discutem a viabilidade da reformulação dos mesmos, de forma que otimizem os recursos e atendam as demandas da população. Alguns procedimentos podem ser definidos e implantados pela equipe e outros dependem de normas e fatores externos, por exemplo, prazos de prestadores de serviços como laboratórios ou hospitais de referência.

Quanto à gestão de imprevistos, os profissionais discutem soluções conjuntamente, remanejando pessoal dentro da equipe ou na Unidade, por exemplo, alguns ACS's podem ser realocados para receber e distribuir à população, os medicamentos que se encontravam em falta no estoque da Unidade e depois retornar aos trabalhos na equipe. Ainda quanto aos imprevistos, alguns profissionais através da cooperação, cobrem as atividades daqueles que não podem comparecer ao trabalho, por motivos de saúde, para participar de cursos, etc.

No aumento sazonal da demanda, os profissionais se mobilizam para atendê-la, paralelamente às demais ações já programadas, otimizando os recursos de pessoal e equipamentos. Finalizada a etapa de discussão de assuntos gerais, com a divisão das tarefas entre os profissionais, a reunião é encerrada.

Durante observação sistemática das reuniões verificou-se que a reunião é um espaço em que há o encontro de todos os profissionais da equipe para organizar e

planejar ações, onde é possível evidenciar o trabalho coletivo.

A reunião inicia quando o médico e a enfermagem terminam alguns atendimentos de consulta, agendados para o horário que antecede a reunião. Os trabalhos na reunião são coordenados pelo médico ou pela enfermagem, embora esta atribuição seja do médico.

A observação sistemática de uma reunião de equipe, aqui denominada Equipe X, ocorreu no início do mês, numa 2ª. feira à tarde, que segundo os profissionais é o dia definido para a organização da agenda da semana. Segundo eles, as outras equipes da Unidade preferem realizar a reunião na 6ª. feira à tarde.

A coordenação dos trabalhos na reunião normalmente é uma atribuição do médico, porém, nesta equipe, percebeu-se que a enfermeira assumiu a coordenação, visto que possuía maior tempo de trabalho no PSF e na Unidade, bem como maior conhecimento do histórico de saúde da população atendida; o médico possuía pouco tempo de experiência no PSF.

Na etapa de análise da agenda, a enfermeira pediu que os agentes apresentassem as solicitações das últimas visitas e dos acasos surgidos nas micro-áreas. Cada ACS expunha os casos e um breve histórico das condições de saúde destes usuários, para relembrar o médico e a enfermagem. O ACS relatava os sintomas, os resultados de exames e atendimentos já recebidos na Unidade e nos hospitais de referência, bem como a medicação utilizada. O médico e a enfermagem ouviam os relatos e solicitavam mais informações sobre os usuários e sobre suas famílias, como o caso de uma senhora portadora de lúpus, que não estava passando bem. Um dos auxiliares de enfermagem, na tentativa de identificar a usuária, perguntou se era uma senhora que já havia feito duas cirurgias. O ACS respondeu afirmativamente e disse que uma das filhas desta senhora solicitou uma consulta urgente com o médico. O médico rapidamente avaliou a urgência do caso e solicitou o agendamento da consulta para o dia seguinte.

Os critérios para atendimento dos casos englobam primeiramente o grau de urgência, depois os grupos prioritários do Programa, tais como gestantes, bebês, crianças, idosos, portadores de doenças crônicas como hipertensão, diabetes.

Nesta equipe notou-se que havia uma grande preocupação com os usuários encaminhados para especialidades, pois ao término da discussão das urgências, o

médico solicitou aos ACS's que apresentassem os casos específicos de especialidades. Os ACS's apresentaram informações sobre o estado de saúde dos usuários, as fases dos tratamentos e acompanhamentos realizados pelos hospitais da rede. O médico solicitou o agendamento de visitas domiciliares para alguns destes usuários, pois a equipe tem uma preocupação em fazer um acompanhamento contínuo e paralelo com as especialidades.

A Equipe X analisou conjuntamente as solicitações e fez uma triagem das que poderiam ser atendidas pela enfermeira e dos casos mais complexos que somente o médico poderia solucionar. Esta é uma estratégia para dividir as tarefas, atender um número maior de solicitações e aproveitar melhor o tempo disponível do médico para o atendimento de casos mais complicados e que requerem um tempo maior de atenção, como por exemplo, o retorno de uma mãe à Unidade no pós-parto ou a visita domiciliar a um acamado que passou por procedimento cirúrgico.

Através da observação sistemática da reunião foi possível perceber a importância do conhecimento que os ACS's possuem sobre os usuários e familiares, conhecimento que facilita e agiliza os trabalhos, lembrando rapidamente o médico ou enfermeiro sobre cada caso analisado, dado o grande número de pessoas atendidas.

Nas informações trazidas pelo ACS há detalhes que podem esclarecer alguns comportamentos por parte dos usuários e orientar a equipe quanto à adoção ou revisão de procedimentos. A discussão coletiva que ocorre na reunião é fundamental para o esclarecimento de dúvidas e para os profissionais reavaliarem junto ao médico se as condutas já adotadas estão sendo eficazes ou não, revendo-as quando necessário, como pode ser observado através do diálogo 1.

Diálogo 1

Médico – Agente 3, por favor relate as solicitações de sua área.

Agente 3 – Tenho o caso de um morador, que disse que não está se sentindo bem com os medicamentos prescritos. Ele já fez exames de sangue e urina e está aguardando os resultados. Ele disse que a enfermeira explicou como usar os medicamentos, mas que não consegue usar corretamente.

Enfermeira - Este morador é usuário de drogas e de fato já expliquei como usar.

Médico – Ele não tem nenhum familiar que possa ajudá-lo?

Agente 3 – Sim, podemos falar com a irmã dele para ajudar.

Médico – Pode agendar uma consulta para ele.

A Equipe X consegue atender a maioria dos casos que surgem nas micro-áreas, porém para casos de alta complexidade, a equipe solicita a colaboração da gerente e de outros funcionários da Unidade. A gerente aciona a Coordenadoria para a resolução do problema, que pode envolver recusa para a realização de exames ou consultas por parte das especialidades de média e alta complexidades, queixas de atendimento precário e outras, como pode ser observado através do diálogo 2.

Diálogo 2

Médico – *Agente 5, quais são as solicitações de sua área?*

Agente 5 – *Tenho um exame de urgência que o São Camilo não realizou e devolveu sem especificar o motivo.*

Enfermeira – *Este é o caso daquela criança com suspeita de câncer.*

Médico – *Vamos passar este caso para a Gerente e para a Agente de Gestão resolverem junto à Coordenadoria e pode agendar uma consulta para a criança.*

Os profissionais explicaram que casos mais delicados, que necessitam de exames detalhados, têm um acompanhamento mais próximo da equipe e os usuários ou seus responsáveis são avisados diretamente pela enfermeira ou pelo médico.

Após análise das solicitações, iniciou-se a etapa de planejamento das ações. Nesta etapa, a equipe avaliou a urgência dos atendimentos e organizou os encaixes na agenda de consultas do médico e da enfermeira e na agenda de realização de exames. Em alguns casos, a equipe avaliava e decidia o encaminhamento para especialidade. O ACS deveria orientar o usuário para aguardar uma vaga de consulta fora da Unidade e solicitar o agendamento ao AGPP. Os ACS's circularam a agenda da equipe entre eles, para agendar as consultas do médico e da enfermeira.

Na reunião foram preenchidas algumas renovações de receitas pelo médico e a enfermeira preencheu as solicitações de exames, colheu a assinatura do médico em algumas guias e passou os documentos aos ACS's, para que eles entregassem aos usuários de suas respectivas micro-áreas.

Após a etapa de planejamento, iniciou-se a etapa de assuntos gerais.

Nesse dia ocorreu a discussão sobre a elaboração de uma oficina para o grupo de hipertensos. A enfermeira explicou que já possuíam material suficiente para realizar a oficina, com a coleta de material reciclado, garrafas Pet e latas de alumínio.

Verificou junto aos agentes como estava a mobilização dos usuários para participarem da oficina e discutiram o melhor dia e horário para a sua realização. Decidiram que a oficina deveria ocorrer no período da tarde, quando os usuários teriam mais disponibilidade de tempo, possibilitando maior adesão.

A reunião teve a duração de uma hora e foram analisadas 30 solicitações de usuários das micro-áreas da Equipe X. Os profissionais desta equipe informaram que não deixam acumular pedidos para o dia da reunião e que diariamente, o médico e a enfermeira analisam as solicitações trazidas pelos agentes, juntamente com a realização de outras atividades. Esta é uma estratégia que evita interrupção no ciclo de atendimento dos usuários. Os dados levantados durante o período de observação de duas reuniões aparecem nas tabelas 21 e 22.

Tabela 21 Observação das reuniões de equipe.

	Equipe X (Qtde / descrição)	Equipe Y (Qtde / descrição)
Dia da reunião	01/junho	16/agosto
Duração	15h:00 às 16h:00	14h:30 às 16h:00
Nº profissionais presentes	01 médico, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e 06 agentes	01 médico, 01 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 06 agentes
Nº solicitações analisadas	30	37
Outras questões	01 (revisão de procedimentos)	03 (revisão de procedimentos e problemas estruturais)

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da pesquisa de campo

De acordo com os dados coletados na reunião da Equipe X havia 05 casos de especialidades, sendo 02 para encaminhamento e 03 já acompanhados nos hospitais da rede. Havia 05 solicitações de agendamento de consulta com médico da equipe e 02 solicitações de visita domiciliar.

Como pode verificar-se no gráfico de solicitações analisadas pela Equipe X da figura 12, a frequência de solicitações é maior para os grupos prioritários representando 33% das solicitações analisadas, num total de 10 solicitações.

Solicitações analisadas na reunião da equipe X

Figura 12 Solicitações analisadas na reunião da equipe X

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

Houve um total de 08 solicitações para agendamento ou análise de exames.

A segunda reunião observada foi a da equipe, aqui denominada Equipe Y, onde foram analisadas 37 solicitações de usuários, com tempo de duração de uma hora e meia. Os dados coletados sobre os casos analisados na reunião da Equipe Y aparecem na tabela 22.

Tabela 22 - Solicitações analisadas nas reuniões de equipe.

	Equipe X (Qtde / descrição)	Equipe Y (Qtde / descrição)
Especialidades	05	08
Consultas na Unidade	05	04
Visita domiciliar	02	03
Gestantes	03	04
Bebês	02	03
Hipertensão	02	02
Diabetes	03	04
Tuberculose	-	01
Resultado de exame	05	06
Agendamento de exame	03	01
Óbito	-	01

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da pesquisa de campo

De acordo com os dados coletados havia 08 casos de especialidades, sendo 04 para encaminhamento e 04 já acompanhados nos hospitais da rede. Havia 04 solicitações de agendamento de consulta com médico da equipe e 03 solicitações de visita domiciliar.

Verifica-se no gráfico de solicitações analisadas pela Equipe Y da figura 13, que a frequência de solicitações é maior para os grupos prioritários, representando 38% das solicitações analisadas.

Solicitações analisadas na reunião da equipe Y

Figura 13 Solicitações analisadas na reunião da Equipe Y

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa de campo

Foram analisadas 14 solicitações de usuários pertencentes aos grupos prioritários e o restante das solicitações era para agendamento ou análise de exames, num total de 07. Foi informado ainda, o óbito de uma usuária idosa, para que o médico fizesse o registro no prontuário e na ficha de acompanhamento da família.

Na reunião da Equipe Y foi possível acompanhar uma discussão sobre a revisão de procedimentos e normas de trabalho estabelecidas.

Um ACS expôs a solicitação de alguns usuários, para que fosse revisto o procedimento de agendamento de retorno de usuários em consulta, após emissão dos resultados de exames. O tempo para emissão de resultados de exames pelo

laboratório era de dez dias e era menor do que o tempo de retorno em consulta com o médico, dessa forma, os usuários reclamaram da espera pela avaliação do médico, que poderia levar um mês ou mais. A equipe avaliou e discutiu qual deveria ser a melhor solução, como pode ser observado através do diálogo 3.

Diálogo 3

Agente 1 – Doutor, alguns usuários têm reclamado que deveriam retornar em consulta logo após a emissão dos resultados de exames e não após um mês.

Enfermeira – Se eu anotasse os resultados nos prontuários e o médico divulgasse para o usuário, será que melhoraria esse problema. Outra sugestão é marcar na guia do laboratório que o resultado deve sair em um mês.

Médico – Isso não dá porque os resultados muito alterados têm que ser solucionados rapidamente.

Enfermeira – Os agentes devem explicar para os usuários que aqueles que têm exames muito alterados são encaixados com urgência. Eu sempre separo os exames que apresentam resultado normal e que podem esperar pelo retorno.

A Equipe Y relatou que a demanda por consulta é muito alta, pois os usuários querem saber logo os resultados dos exames, mas que não dá para reduzir muito o tempo de espera para o retorno.

A estratégia definida pela Equipe Y, em reunião anterior, foi a de que a enfermeira faria uma triagem e análise dos resultados de exames, separando os resultados alterados e encaminhando imediatamente para que o médico desse prosseguimento. Os exames com resultados normais ficariam nos prontuários dos usuários e seriam analisados no retorno em consulta, com o médico ou com a enfermeira.

Após discussão conjunta dos profissionais sobre este procedimento, os mesmos decidiram manter a mesma estratégia e os ACS's deveriam explicar aos usuários, que aqueles que não fossem convocados para retorno imediato em consulta apresentavam resultados normais.

Os profissionais aproveitam o espaço da reunião para relembrar, corrigir e esclarecer dúvidas sobre procedimentos. Em um dado momento, o médico alertou

um ACS, que havia preenchido uma guia, para não usar o termo “urgente” nas solicitações a serem encaminhadas para especialidades, pois os mesmos ficariam “bravos”. Em outro momento, este médico chamou discretamente a atenção de um ACS, que preencheu um formulário incorretamente, para que tivesse mais cuidado e que já deveria conhecer o procedimento.

Esta discussão, sobre procedimentos de trabalho, revela a inter-relação dos profissionais e a importância da regulação das ações, na organização e execução do trabalho da equipe. A equipe cria uma sintonia e a ação é coletiva, embora existam alguns atritos e ainda uma visão de hierarquia por parte de alguns profissionais.

O trabalho coletivo permite que a equipe busque soluções para os imprevistos e enfrente conjuntamente os problemas, algumas vezes de forma solidária, como foi possível evidenciar durante uma discussão nesta reunião, sobre a perda do estoque de 300 vacinas devido à quebra da geladeira da Unidade. Este imprevisto gerou a mobilização dos profissionais, que conseguiram um lote de 120 vacinas com outra Unidade. O auxiliar de enfermagem da equipe voluntariamente buscou este lote de vacinas utilizando seu próprio veículo. Desta forma, a entrega na Unidade foi agilizada e os profissionais não correram o risco de ter que interromper a vacinação.

Foi possível perceber que cada equipe cria estratégias próprias para condução dos trabalhos na reunião semanal. Os agentes da Equipe Y relataram que antes da reunião, fazem uma pré-triagem das solicitações levantadas nas micro-áreas, juntamente com a enfermeira e que ela consegue atender algumas destas solicitações, como por exemplo, a emissão de um pedido de exame ou a renovação de uma receita de medicamento. Nesta equipe, a enfermeira também faz o preenchimento de guias, receitas e relatórios, que depois são passados ao médico na reunião para que o mesmo assine e carimbe. Esta estratégia permite reduzir o tempo de reunião com o médico, liberando-o para os atendimentos de consultas agendadas, bem como atender um número maior de solicitações.

Os agentes de uma terceira equipe, aqui denominada Equipe Z, relataram em entrevista que, previamente à reunião, é feita uma triagem das solicitações pelos auxiliares e pela enfermeira, com o intuito de definir qual profissional fará o atendimento, porém o preenchimento e assinatura de documentos são feitos apenas pela médica. No caso das visitas domiciliares, os profissionais separam as visitas realizadas pela enfermeira e/ou auxiliares de enfermagem e as visitas realizadas

pela médica, sendo que esta equipe possui em torno de 60 acamados.

Na reunião da Equipe Z é utilizado um mini-relatório preparado pelos ACS's. O relato das informações sobre alterações no estado de saúde dos usuários visitados pelo ACS é feita através deste mini-relatório, que é assinado pelos usuários e entregue na reunião semanal. Na reunião a médica analisa estes relatórios, discute cada caso com a equipe e orienta os profissionais sobre os procedimentos a serem adotados, ela possui muito tempo de trabalho e de experiência no PSF, com um conhecimento sobre as famílias atendidas, o que segundo os profissionais, facilita os trabalhos da equipe e agiliza os atendimentos.

Esta estratégia de criar um mini-relatório foi adotada apenas por esta equipe, que preferiu criar um formulário para registro das informações de saúde coletadas pelo ACS, com o objetivo de manter este relatório no prontuário da família para que qualquer profissional possa consultá-lo quando for necessário e, também, com o objetivo de controlar os atendimentos, uma vez que perceberam que poderia haver, nos agendamentos de atendimentos na Unidade, o favorecimento de alguns usuários e famílias conhecidos do ACS.

A reunião tornou-se um espaço de fundamental importância para o trabalho das equipes, pois é o único momento em que todos os profissionais de cada equipe se encontram, para discutir conjuntamente suas estratégias, suas dificuldades, rever procedimentos de trabalho e regular suas ações.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme descrito no capítulo 1, este estudo tem como objetivo discutir o trabalho em grupo considerando o contexto de serviços de saúde e investigar como os trabalhadores pertencentes às equipes de composição multiprofissional, se mobilizam para a realização do trabalho.

Os aspectos do trabalho em grupo em serviços de saúde foram investigados através de um estudo de caso numa Unidade Pública de Serviços de Saúde que adotou a forma de trabalho de equipes multiprofissionais.

Os dados coletados em campo e apresentados no capítulo 4 possibilitaram o aprofundamento da discussão sobre o funcionamento da Unidade e sobre o trabalho coletivo das equipes, bem como o levantamento de evidências para as hipóteses propostas no capítulo 1. Foi possível perceber a importância da autonomia e da cooperação entre os profissionais para que o trabalho coletivo se efetive, dentro de um contexto de grande variabilidade e imprevisibilidade, como o de serviços de saúde.

Assim, este capítulo traz uma discussão das hipóteses de pesquisa e sobre os aspectos anteriormente apresentados, partindo-se da pesquisa de campo e do referencial teórico.

5.1 A dinâmica do trabalho das equipes

A essência do trabalho no PSF é a prestação da assistência integral às famílias, que traz uma mudança relevante para a forma tradicional de prestação de serviços em saúde. O serviço é levado até a residência da família e o trabalho no PSF gera relações com o usuário em termos técnicos (o saber operacional), social (na relação com usuários e familiares) e até emocional (no envolvimento com usuários em situações de risco), segundo Silva *et al.* (2007).

O envolvimento com a vida e o meio social dos usuários rompe com os limites do trabalho dos profissionais, tornando o atendimento um processo cíclico e que não se encerra. Segundo Lancman *et al.* (2007), esse relacionamento das equipes, que se

alonga no tempo e no espaço, representa um desafio que não se verifica nas clássicas abordagens da saúde.

Esta característica da prestação do serviço no PSF é fundamental para entender a dinâmica de trabalho das equipes. Por outro lado, a forma de trabalho adotada através das equipes multiprofissionais foi essencial, para que a Organização alcançasse resultados positivos com a proposta do Programa Saúde da Família. A composição multidisciplinar das equipes favorece a prestação do serviço, pois permite lidar com a grande variabilidade de situações encontradas, que é uma das principais características de serviços conforme apontado por Silvestro *et al.* (1992). É importante acrescentar ainda que, no caso de serviços de saúde, há uma complexidade maior pelo fato de haver um contato grande com o cliente ou usuário do serviço, sendo que este passa por alterações em sua saúde física, que podem se estender por um tempo, dependendo da condição de saúde da pessoa.

Para organizar o trabalho, as equipes partem dos objetivos e metas especificados pela Organização e discutidos com o gerente da Unidade, na reunião mensal de planejamento. Esses objetivos e metas são analisados pelas equipes nas reuniões semanais, para que os profissionais possam planejar as ações a serem realizadas nas respectivas micro-áreas. As equipes têm um grau de liberdade para adequar os objetivos estabelecidos pela Organização, de modo que as demandas, identificadas continuamente no contato com a população local, sejam atendidas. Essa liberdade para a equipe organizar e dividir o trabalho é um dos pressupostos do trabalho em grupo (CHERNS, 1976;1987).

As equipes também têm liberdade para fazer a gestão dos recursos disponíveis na Unidade (organizar o trabalho, distribuir as tarefas, controlar a produção, alocar o pessoal nas áreas e controlar as saídas por faltas, férias, etc.). Este é outro pressuposto do trabalho em grupo da teoria sociotécnica (CHERNS, 1976; 1987).

Os profissionais precisam alterar o planejamento com certa frequência, devido ao surgimento de fatos novos no dia-a-dia, como por exemplo, na situação em que os ACS's procuram a Unidade, no início ou no final da jornada de trabalho. Através do contato com o ACS que está em plantão no acolhimento, surgem novas solicitações e novas informações sobre o estado de saúde e atendimentos recebidos pelos usuários que estiveram presentes na Unidade. Outra situação que interfere no

planejamento do trabalho diário é o atendimento da demanda espontânea⁴, que muitas vezes têm que ser encaixada de imediato na agenda, alterando todo o planejamento. O grau de autonomia dos profissionais para a realização do trabalho permite a reformulação das regras do processo de ações e decisões e dessa forma, elas se tornam variáveis e intrínsecas à ação em curso (MAGGI, 2005).

No trabalho coletivo, os espaços de discussão são fundamentais. A reunião semanal de equipe é um espaço formal de discussão. Nessas reuniões, os profissionais discutem as estratégias adotadas, refletem sobre as dificuldades do trabalho e nesse espaço ocorre também a coordenação das ações, para que haja sintonia entre o trabalho dos diferentes profissionais. Apesar dos profissionais terem atribuições distintas, de acordo com a formação técnica, os processos decisórios se desenrolam no âmbito da equipe, de forma conjunta e também ocorre um compartilhamento de tarefas, para que o atendimento se efetive. Ocorrem outros encontros rápidos entre os profissionais, de maneira mais informal, nos espaços da Unidade, tais como salas de atendimento, áreas de circulação, refeitório, etc. Nesses encontros, os profissionais analisam algumas demandas dos usuários que procuram a Unidade no dia-a-dia e decidem o encaminhamento a ser dado. As solicitações que desencadeiam os encontros, geralmente têm que ser resolvidas de imediato pela equipe e não podem ser adiadas para a reunião semanal.

Há uma interação constante entre os profissionais das equipes, que proporciona atualização e troca intensa de informações diversas, tais como serviços disponíveis na rede de saúde, procedimentos dentro e fora da Unidade, etc. Essa troca de informações, proporcionada pelo trabalho em equipe, é essencial pois agiliza o processo decisório num ambiente instável como o de serviços de saúde. Santana (1993), já havia apontado anteriormente que a melhoria da prestação do serviço público de saúde deveria partir da busca de novos paradigmas, adotando-se novos conceitos e novas práticas de gestão, com destaque para novas formas de organização do trabalho, pois segundo o autor, “[...] os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes” (SANTANA, 1993, p. 390).

⁴ A demanda espontânea é a presença do usuário na Unidade sem atendimento previamente agendado.

A forma de organizar o trabalho difere um pouco entre as três equipes, que possuem margens variáveis para a ação. Entre os profissionais há diferentes estilos de trabalho, inclusive com relação à coordenação das ações sendo que alguns coordenadores são mais centralizadores e outros não. Estas diferenças refletem na forma como o trabalho está organizado, mas não modificam a prestação do serviço.

A partir da observação das atividades das equipes pôde-se perceber que os objetivos de uma organização podem ser renegociados para atender melhor as expectativas ou interesses de seus clientes internos ou externos e dessa forma, há uma concordância com o que foi proposto por Maggi (2005).

5.2 A cooperação entre os profissionais

Os profissionais das equipes PSF trabalham para obter resultados comuns, que em parte são preconizados pela Organização, mas que também são negociados e adaptados às demandas da população. Em alguns momentos, as ações são individuais e em outros são coletivas, porém todos trabalham em busca de um resultado comum.

Ao buscarem resultados comuns, os profissionais estabelecem relações recíprocas de cooperação e realizam trocas mútuas, pois a cooperação é “[...] ação dirigida ao mesmo objetivo” (MAGGI, 2005), compartilhando meios ou não, agindo em momentos ou lugares diferentes e mesmo sem que haja comunicação direta.

Os profissionais das equipes trabalham de forma integrada, embora algumas tarefas sejam específicas de cada categoria. A prestação do serviço, no geral, ocorre de forma coletiva e é a cooperação que permite a realização do trabalho. Durante a realização do trabalho ocorrem interações entre os profissionais, por meio de comunicação direta, revelando um compartilhamento de competências e de experiências, que lhes permitem enfrentar as dificuldades do trabalho. Ao surgir, por exemplo, um caso não rotineiro para consulta com um enfermeiro, este profissional solicita a análise e avaliação do médico ou suas orientações de como proceder para que o atendimento se efetive. Este compartilhamento de experiências e de recursos intelectuais é apontado por Barthe e Quéinnec (1999) como característico de uma atividade coletiva.

Segundo Dequaire e Theureau (2000), no trabalho coletivo, a cooperação pode ocorrer entre os trabalhadores em duas situações: quando o trabalhador coopera com as atividades realizadas por uma equipe e quando este trabalhador realiza as suas atividades e recebe a cooperação da equipe. O trabalho nas micro-áreas requer uma cooperação constante entre os profissionais para a realização das ações, pois o desempenho de um profissional ou categoria afeta o desempenho do outro e, por conseguinte, o próprio desempenho da equipe. A cooperação também ocorre de maneira mais natural e até solidária, quando as equipes se deparam com problemas estruturais, como a falta ou perda de materiais e com as situações de emergência na micro-área. Nestas situações, os profissionais se mobilizam para contornar os problemas, buscando soluções junto às outras Unidades, como o empréstimo de materiais ou, na medida do possível, reprogramando as ações junto aos usuários.

A situação de trabalho coletivo, encontrada na Unidade estudada, tem algumas características que se aproximam de uma das classes de trabalho coletivo definidas por Barthe (2003): em que há interdependência das ações, com trabalhadores realizando ações interdependentes, mas não necessariamente no mesmo local de trabalho. A coordenação das ações é estabelecida através de diferentes formas de comunicação. As ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e os atendimentos são ações que levam à interdependência dos profissionais, necessária para que a prestação do serviço se efetive, embora os profissionais trabalhem individualmente em certos momentos. As ações cooperativas individuais ou coletivas necessitam de uma ordenação para que os objetivos sejam alcançados, pois segundo Maggi (2005), as ações cooperativas não-ordenadas correm o risco de se tornarem ineficazes. A regulação das ações dos diferentes “atores” é fundamental no trabalho cooperativo, pois as regras produzidas ordenam as ações e garantem um resultado comum.

5.3 A Regulação das ações

A integração dos profissionais nas equipes possibilita a regulação das ações quando há aumento da demanda ou quando surgem limites na estrutura de serviços. As

regulações permitem enfrentar os imprevistos que surgem, modificando a rotina de trabalho e os procedimentos estabelecidos. Como algumas ações já estão planejadas, os profissionais procuram garantir a melhor prestação de serviço, reduzindo as perturbações. A regulação coletiva permite que sejam feitos ajustes de procedimentos. Quando ocorre, por exemplo, a falta de medicamentos para um determinado grupo como o de diabetes, estes usuários são remanejados na agenda de atendimentos, aumentando a demanda em outro dia da semana. Como o número de profissionais não se altera, as equipes criam estratégias para atender essa variação da demanda. Uma estratégia utilizada pelos profissionais é o remanejamento de pessoal entre as equipes ou no restante da Unidade, de suas atividades habituais para as atividades mais urgentes naquele momento. Outra estratégia desenvolvida pelos profissionais refere-se à cobertura de faltas ou afastamentos de profissionais de uma determinada categoria, cada profissional dessa categoria faz uma regulação individual para cobrir, de maneira satisfatória, as tarefas do profissional ausente. Este aspecto é crítico, pois a Unidade possui um número limitado e insuficiente de profissionais por categoria. Na equipe ocorre uma regulação coletiva das ações planejadas para aquele dia, de forma que a equipe também assuma parte das tarefas daquele profissional.

Nas equipes, a coordenação formal das ações é uma atribuição dos médicos, mas verificou-se que a enfermagem também assume parte desta atribuição. Esta estratégia de dividir a coordenação permite que o médico obtenha mais tempo para as consultas e outros atendimentos. No âmbito da Unidade, a coordenação das equipes é realizada pelo gerente, que discute com os profissionais durante as reuniões mensais, os objetivos e metas da Organização bem como as mudanças que ocorrem na estrutura de serviços.

Entre as equipes notam-se diferenças na forma de coordenar as ações, devido aos diferentes estilos de trabalho dos coordenadores, mas no trabalho em equipe há um espaço para que as regras sejam negociadas e adaptadas às situações, ou seja, são regras pré-ordenadas que passam por ajustes. Segundo Maggi (2005), em situações mais simples, um profissional pode coordenar sua ação em relação à ação do outro por meio da observação direta. Quando essa observação não é possível, a coordenação anteriormente definida torna-se necessária.

O processo de regulação das ações ocorre em várias situações, como por exemplo,

nas reuniões de equipe, no acolhimento, na visita domiciliar e nos procedimentos. Na situação de acolhimento, os profissionais precisam sincronizar o tempo das ações realizadas individualmente. A partir da recepção do usuário pelo ACS, em que este sincroniza o tempo de seu trabalho com os tempos de trabalho dos demais profissionais, pois quando termina o atendimento de um usuário em consulta, o próximo usuário já deverá estar aguardando para ser chamado. O ACS tenta controlar o número de usuários em espera, de forma que não forme fila no interior da Unidade, para não perturbar o trabalho das equipes⁵. Os médicos e a enfermagem, por sua vez, sincronizam o tempo de atendimento de alguns usuários encaminhados para procedimentos junto aos auxiliares de enfermagem e que depois devem retornar às salas de consultas para serem liberados. Por fim, o ACS do acolhimento aguarda a liberação do usuário pelo profissional, para verificar o encaminhamento seguinte e atender o que foi solicitado (prestar orientações, esclarecer dúvidas, agendar retorno ou encaminhar o usuário para outro profissional da Unidade).

A regulação também ocorre durante a reunião semanal de equipe, quando é organizada a agenda. Os profissionais definem os casos prioritários e organizam os agendamentos, respeitando ainda os critérios estabelecidos para organizar as ações (atendimentos dos grupos prioritários em dias específicos, encaixes da demanda espontânea ou atividades programadas).

5.4 A importância da comunicação para o trabalho das equipes

Berger *et al.* (1993) salienta que a comunicação verbal é muito importante para o trabalho coletivo, pois permite a circulação de informações essenciais entre os diferentes trabalhadores.

A transmissão de informações na Unidade estudada ocorre de maneira formal, através das reuniões semanais de equipe e mensais da Unidade ou de maneira informal, nos encontros que ocorrem entre os diferentes profissionais ou com os próprios usuários nos espaços da Unidade, tais como salas dos profissionais,

⁵ Faz-se oportuno lembrar que segundo o modelo PSF, os atendimentos geralmente são previamente agendados.

refeitório, corredores, etc. e também na área de abrangência da Unidade. Para o trabalho das equipes, a comunicação verbal mostrou-se de fundamental importância, pois permite a divulgação e circulação rápida de informações sobre o trabalho, sobre as condições de saúde dos usuários e casos atendidos, podendo evitar falhas de procedimentos, para os atendimentos nas micro-áreas, para atualizar dados das famílias e para garantir a qualidade do atendimento. Além disso, a comunicação verbal permite que as situações de imprevistos sejam tratadas de forma rápida, pela troca de informações sobre a tarefa que não foram previstas formalmente.

O grande número de informações trocadas entre os profissionais, gerou a necessidade de criar formas de registro dessas informações. Alguns profissionais adotaram uma agenda pessoal, como recurso para registro de informações e para não confiar apenas na memorização. Nesta agenda, os mesmos fazem anotações sobre o histórico dos atendimentos realizados e sobre as condições de saúde dos usuários atendidos nas residências e na Unidade. Este histórico pode ser usado tanto por ele, quanto pelos demais profissionais, na elaboração dos relatórios de produção e no planejamento das ações das equipes.

Outro recurso muito utilizado pelos profissionais, para registrar informações sobre o trabalho realizado, é o próprio prontuário das famílias. Nos prontuários são registrados os atendimentos recebidos pelos usuários e a situação de saúde dos mesmos, sendo que qualquer profissional da equipe pode consultar estes prontuários para obter alguma informação.

Estes recursos, adotados pelos profissionais, são formas de ajuste dos mesmos às limitações dos meios para o trabalho. Verificou-se, por exemplo, que embora exista o Sistema SIAB na Unidade, para lançamento dos dados de produção e das famílias atendidas, este não atendia integralmente as necessidades dos profissionais e os mesmos desenvolveram planilhas para suporte e acompanhamento do trabalho.

5.5 Estratégias desenvolvidas pelas equipes para o trabalho

Quando a organização estudada implantou o trabalho em equipe visava, entre outras coisas, obter maior descentralização dos serviços e da própria gestão, agilizar a prestação do serviço, aumentar o grau de autonomia dos profissionais na

realização do trabalho e dessa forma, aumentar o grau de resolução dos problemas de saúde locais e a qualidade dos serviços prestados.

Com a experiência adquirida no PSF, os profissionais perceberam que alguns fatores interferiam na prestação do serviço e no trabalho das equipes.

Entre os principais fatores listados pelos profissionais estão: a situação sócio-econômica da população atendida e o limite da estrutura de serviços quanto aos recursos de equipamentos e pessoal. Devido à situação sócio-econômica da população atendida, os profissionais perceberam que alguns problemas eram recorrentes, gerando mais atendimentos, devido à cultura da população em procurar a Unidade somente para a cura e não para a prevenção. A partir daí, desenvolveram diversas ações conjuntas para reeducar a população e tentar reduzir estas demandas.

O trabalho das equipes no PSF proporcionou a aproximação e a criação de um vínculo entre os profissionais e as famílias atendidas, que melhorou a prestação do serviço. Por outro lado, os profissionais passaram a realizar um esforço na tentativa de atenderem as solicitações da população, o que acabou gerando um aumento na quantidade de ações a serem realizadas e de trabalho, que já representava uma sobrecarga para os profissionais devido à falta de uma quarta equipe, prevista na implantação do Programa na Unidade.

As metas e objetivos prescritos pela Organização, nem sempre são claros para os profissionais e às vezes, são incompatíveis e até conflitantes com os interesses dos usuários. Por exemplo, uma das diretrizes do Programa menciona “realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006-B). Os profissionais têm dificuldades para entender e colocar em prática estas ações, devido à falta de definição clara de seus papéis. Desta forma, foi possível perceber que os profissionais desenvolvem uma série de ações não previstas oficialmente pelo Programa, essenciais para a eficiência da prestação do serviço, ultrapassando o que é considerado como limite de atuação.

Ledoux *et al.* (2000) apontam a importância do desenvolvimento de estratégias, para enfrentar situações críticas em serviços de saúde. Segundo os autores, os profissionais com maior experiência no trabalho podem inclusive, desenvolver

estratégias preventivas para enfrentar algumas situações cotidianas.

A experiência adquirida no PSF possibilitou aos profissionais, o desenvolvimento de estratégias para a realização do trabalho das equipes. Essas estratégias permitem lidar com situações imprevistas, solucionar os problemas que surgem e enfrentar as limitações da estrutura de serviços que afetam o desempenho das equipes. O revezamento no uso de equipamentos é uma forma encontrada pelos profissionais, para lidarem com o limite de meios para o trabalho. Os profissionais também revezavam as saídas da Unidade para realização das visitas domiciliares, de forma que a equipe não ficasse incompleta e que não faltassem equipamentos.

O trabalho em grupo requer a qualificação das pessoas para o enfrentamento dos imprevistos (CHERNS, 1976;1987). Na Organização são oferecidos alguns cursos específicos da área da saúde, visando aumentar o conhecimento sobre o trabalho no PSF e sobre os processos, dentro da formação de cada categoria. Como a quantidade de cursos é insuficiente e não atende a todos os profissionais das equipes, os médicos e enfermeiros da Unidade ministram cursos internos para os auxiliares de enfermagem e ACS's.

O trabalho coletivo requer um uso mais intenso de tecnologia da informação e da comunicação (por escrito, verbal, telefone ou computador), segundo Gheorghiu e Moatty (2003). Os profissionais da Unidade buscavam formas de lidar com o limite de recursos de tecnologia da informação, desenvolvendo planilhas para registrar os dados de produção, que norteiam as ações das equipes. As planilhas eram necessárias, pois havia divergências entre os dados cadastrados por eles no SIAB e o consolidado mensal da Unidade. Qualquer alteração no sistema de suporte do serviço público ainda é um processo muito lento, por exemplo, a Unidade recebeu computadores novos para serem instalados nas salas de atendimento, que poderiam evitar re-trabalhos e agilizar os procedimentos. No entanto, os profissionais continuavam utilizando as planilhas desenvolvidas internamente, pois a instalação elétrica não comportava os novos equipamentos e teria que ser reformada.

A disponibilidade de sistemas informatizados para as equipes pode facilitar o trabalho de registro e controle de informações de saúde da população, que até o momento desta pesquisa era feito através das fichas de acompanhamento das famílias, apresentadas anteriormente.

No fundo, o que se verifica a partir deste estudo é que os pressupostos para implantação e funcionamento da forma de trabalho em grupo, enfatizam os aspectos de prescrição mínima de tarefas, mas não consideram as questões relativas aos meios e condições para que o trabalho se efetive. Estes recursos muitas vezes são limitados, gerando dificuldades e constrangimentos aos trabalhadores, podendo afetar a saúde dos mesmos e os próprios objetivos de uma organização.

5.6 Discussão das hipóteses de pesquisa

No capítulo 1 foi formulada a primeira hipótese - *“O serviço prestado depende da mobilização coletiva dos profissionais. A partir desta mobilização, as equipes regulam as suas ações, para atingir satisfatoriamente os objetivos e metas da organização”*, que norteou este trabalho.

Os resultados apresentados nas seções anteriores a este capítulo remetem à mobilização coletiva dos profissionais. Estes mobilizam e compartilham as diferentes competências para prestarem ações conjuntas na realização do trabalho. A mobilização coletiva dos diferentes profissionais ocorre com frequência, por exemplo, quando é necessário rever a agenda de atendimentos ou modificar o plano de ações já elaborado e ainda, nos momentos em que o grupo necessita discutir questões relativas ao trabalho ou aos procedimentos. Esta mobilização envolve trocas de informações entre os profissionais, ampliando o conhecimento sobre a situação de trabalho, favorecendo a busca de soluções para situações difíceis, para lidar com a variabilidade de situações encontradas em serviços de saúde e para rever as ações planejadas.

A mobilização de diferentes competências também permite que os profissionais identifiquem e elaborem as demandas dos usuários, que nem sempre são muito claras e mudam ao longo do tempo, dependendo do estado de saúde do usuário, que varia constantemente durante o ciclo da própria vida.

Os profissionais possuem atribuições distintas de acordo com a formação de cada categoria e, por conta das características do serviço prestado, agem hora de forma individual, hora de forma coletiva, em momentos ou mesmo em espaços de trabalho distintos. As suas ações são porém, interdependentes e se complementam, pois eles compartilham um só objetivo, o de realizar os cuidados aos usuários atendidos pela

Unidade de Saúde. Esta é a base da cooperação que ocorre durante as atividades das equipes, tal como define Maggi (2005). Os profissionais têm que realizar então, uma articulação temporal e regular as suas ações, como forma de assegurar o funcionamento ou um certo “equilíbrio” de um sistema complexo como o de serviços de saúde, em que as variabilidades das circunstâncias são constantes, tanto em termos de situações encontradas, quanto em relação aos meios e condições disponíveis para o trabalho.

A segunda hipótese formulada no capítulo 1 – *“A mobilização coletiva dos profissionais se traduz na re-elaboração das demandas dos usuários atendidos, compatibilizando os objetivos estabelecidos pela organização com a situação real de trabalho”*, está ligada ao aspecto da interação dos profissionais com os usuários, para re-construção de suas demandas.

Foi possível observar que em diversas situações de interação entre os profissionais e os usuários, ocorre uma co-construção das demandas destes usuários, reforçando o que já foi apontado por Cerf *et al.* (2007) sobre as atividades de serviço, “[...] a construção da demanda ou a identificação das necessidades requer a construção de um referencial comum”, pois embora a demanda muitas vezes, já esteja pré-construída na estrutura de serviços da organização, alguns objetivos e interesses de prestadores e usuários podem ser divergentes.

Embora os profissionais tenham liberdade para adaptar os serviços oferecidos às reais necessidades da população, surgem contradições, entre respeitar os procedimentos pré-estabelecidos e atender de forma integral um usuário. Isto faz com que cada profissional tome iniciativas para atender, de forma satisfatória, tanto a organização quanto os usuários. Esta capacidade de equilibrar os efeitos úteis esperados por cada um dos interessados, que pode ser em termos econômicos ou subjetivos, é uma característica da relação de serviço, já apontada no modelo de Hubault e Bourgeois (2001), que se verifica na prestação do serviço pelos profissionais pesquisados.

Verificou-se que ocorre uma articulação de conhecimentos técnicos por parte dos profissionais, com as necessidades dos usuários, até chegarem a um consenso e a um objetivo comum, conforme evidenciado por Cerf *et al.* (2007). Os profissionais re-elaboram as ações com frequência e este é o meio encontrado por eles, para consolidar o trabalho das equipes e atender as demandas da população, que

diferem do que é ofertado pela estrutura de serviços, considerando ainda os pressupostos do modelo, para a assistência integral à saúde das pessoas.

Desta forma, percebe-se a importância em se considerar as regras do processo de ações e de decisões como variáveis, formais e informais, prévias e intrínsecas à ação que ocorre, ou seja, considerar a organização enquanto processo, para ambientes dinâmicos, como o de serviços de saúde.

6 CONCLUSÕES

6.1 Conclusões

Considerar a organização enquanto processo, em que as ações e decisões passam por uma regulação e os objetivos são renegociáveis, revela-se uma premissa fundamental para o trabalho em grupo, principalmente em ambientes de grande variabilidade como o de serviços. No decorrer deste estudo, foi possível evidenciar como o trabalho coletivo permite lidar com situações de imprevisibilidade e variabilidade em ambientes dinâmicos, como o de prestação de serviços. Pôde-se perceber que os espaços de autonomia criados pelos grupos são fundamentais para o planejamento de ações, para o processo decisório e para a revisão dos objetivos de uma organização, que muitas vezes podem ser incompatíveis e até conflitantes com os interesses de seus usuários ou clientes.

O ambiente dinâmico em que as organizações estão hoje inseridas, com freqüentes mudanças e demandas flutuantes, requer flexibilidade na estrutura produtiva. A organização do trabalho em grupo permite agilizar o processo de decisão, reorganizar o sistema produtivo e adaptar-se às novas situações.

A implantação do trabalho em grupo deve ocorrer através de um processo participativo de mudança, envolvendo todos os trabalhadores e não apenas os gestores ou líderes da organização. Desta forma, o projeto poderá reduzir as discrepâncias existentes, entre o que é prescrito por uma organização e a situação real de trabalho, incorporando ainda a questão do bem-estar, da segurança e da saúde dos trabalhadores desde sua concepção, conforme os padrões internacionais de concepção do trabalho (MAGGI, 2005).

A organização deve criar mecanismos de avaliação e medição do trabalho e desenvolver sistemas de avaliação e remuneração compatíveis com o trabalho em grupo, revendo os sistemas tradicionais de avaliação individual dos trabalhadores. Além disso, a organização necessita desenvolver uma forma de medir a atividade em si e não apenas o que é prescrito como tarefa, pois esta pode conter diversas “atividades invisíveis”, que nem sempre são mensuradas.

6.2 Limitações e perspectivas para trabalhos futuros

A partir da pesquisa de campo, desenvolvida para embasar a discussão sobre trabalho coletivo e sobre as hipóteses levantadas nesta dissertação, foi possível identificar temas que possibilitam um aprofundamento maior, mas que não foram abordados aqui por questão de delimitação do estudo.

Nesta dissertação, devido à questão de recorte e delimitação, não foram aprofundadas algumas questões relativas ao trabalho coletivo nesta organização, por exemplo, processo de implantação da forma de trabalho em grupo, mudança de cultura organizacional, formas de comunicação nas equipes, relações de poder entre os profissionais e outras, que são passíveis de investigação.

Nesta pesquisa não foi aprofundada a questão do efeito dos constrangimentos do trabalho na saúde dos profissionais, embora tenha sido mencionado em vários momentos pelos profissionais entrevistados e durante as observações. A sobrecarga de trabalho e a restrição de recursos limitam as ações destes profissionais, gerando desgaste físico e mental, que podem ocasionar danos à saúde dos mesmos. Embora haja relatos sobre afastamentos por questões de saúde e situações em que se percebe o desgaste de forma visível, este tema não foi incorporado à discussão e não se teve acesso aos dados oficiais de saúde dos trabalhadores.

Na fase final da pesquisa identificaram-se algumas questões relevantes que deveriam ser exploradas, mas que os dados disponíveis não possibilitaram o aprofundamento. A primeira questão refere-se ao desdobramento da regulação que ocorre entre os profissionais e outra questão, ligada à primeira, refere-se ao processo de negociação e de trocas entre os profissionais para que a regulação ocorra.

As peculiaridades do estudo realizado em uma organização pública de serviços de saúde geram dificuldades para replicá-lo para outras organizações. O estudo de caso considera eventos específicos da situação estudada, no exato momento em que eles acontecem e consideram-se as características do ambiente pesquisado. Estes eventos únicos e não replicáveis em outros ambientes, não permitem a generalização dos resultados da pesquisa.

Quanto às perspectivas para futuros trabalhos a partir desta dissertação, pode-se destacar a questão da interface do trabalho das equipes com outros níveis da rede de assistência e as implicações para o trabalho coletivo, que é um tema passível de ser explorado pela Ergonomia.

Outro tema que pode ser explorado é o papel da subjetividade em situações onde ocorre uma relação de serviço e o trabalho coletivo, dada a necessidade de respostas rápidas frente a imprevistos nestes ambientes.

A partir do estudo do trabalho das equipes PSF, percebe-se que podem ser gerados estudos ergonômicos voltados para o trabalho das diferentes categorias profissionais que atuam no Programa, pois ainda há poucos nesta área. Por fim, pode-se explorar a questão do trabalho em grupo, identificando modificações em seu formato para outras Unidades PSF, através de múltiplos casos ou de um *survey* entre os profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, J. I.; PINHO, D. L. M. As transformações do trabalho e desafios teórico-metodológicos da ergonomia. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 7, n. especial, p. 45-52, 2002.

BATTEVI, N.; MENONI, O.; RICCI, M.G.; CAIROLI, S. MAPO index for risk assessment of patient manual handling in hospital wards: a validation study. **Ergonomics**, v. 49, n. 7, p. 671-687, 2006.

BARTHE, B. **Elaboration, mise en oeuvre et apport classificatoire d'un cadre d'analyse des aspects collectifs du travail**. In: XXXVIIIème Congrès de la SELF. Paris, p. 181-188, 2003.

BARTHE, B.; QUÉINNEC, Y. Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. **L'année Psychologique**, n. 4, p. 663-686, 1999.

BERGER, M.; BOIVIN, L.; DAGON, A.; DESSAIGNE, M. **Communication, collaboration et coordination sur les postes de travail de groupe pour la supervision des télécommunications et des équipements de tunnels**. In: XXVIIe Congrès de la SELF. Toulouse, p. 73-79, 1993.

BERRY, L. L. **Descobrendo a essência do serviço – nove geradores de sucesso sustentável nos negócios**. Rio de Janeiro: QualityMark, 2001.

BERTO, R. M. V. S.; NAKANO, D. N. A Produção Científica nos Anais do Encontro Nacional de Engenharia de Produção: Um Levantamento de Métodos e Tipos de Pesquisa. **Revista Produção**, v. 9, n. 2, 2000.

BOWEN, D. E.; LAWLER III, E. E. The Empowerment of Service Workers: What, Why, How, and When. **Sloan Management Review**, v. 33, n. 3, p. 31-39, Spring 1992.

_____. Organising for service: empowerment or production line? In: GLYM, W.J.; BARNES, J.G., **Integrating Marketing, Organisational Behaviour, Operations and Human Resource Management**. Dublin: Oak Tree Press, p. 269-294, 1995.

BOWEN, D. E.; YOUNGDAHL, W. E. Lean service: in defense of a production-line approach. **International Journal of Service Industry Management**, v. 9, n. 3, p. 207-225, 1998.

BRANCO, A. M. A doutrina e o conceito dos serviços públicos. **Revista Regulação em Pauta**, n. 2, p. 1-3, Nov. 2006.

CAMPOS, A. M. M.; COSTA, I. S. A. Modernismo, pós-modernismo e política pública: uma leitura sobre a normalização dos recursos humanos no SUS. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 3, p. 539-550, 2003.

CAMPOS, M. C. S. S.; REDIGOLO, M. A. A reforma administrativa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e a implantação do Sistema Unificado. **Revista de Administração de Empresas**, v. 32, n. 1, p. 16-30, jan/mar 1992.

CARAYON, P.; SMITH, M. J. Work organization and ergonomics. **Applied Ergonomics**, v. 31, p. 649-662, 2000.

CARAYON, P. Human factors of complex sociotechnical systems. **Applied Ergonomics**, v. 37, p. 525-535, 2006.

CERF, M.; VALLÉRY, G.; BOUCHEIX, J. M. As atividades de serviço: desafios e desenvolvimentos. In: FALZON, P. (ed.), **Ergonomia**. Coord. trad. L. I. Sznelwar. São Paulo: Blucher, cap. 34, p. 485-499, 2007.

CHERNS, A. Principles of Socio-technical Design Revisted. **Human Relations**. v. 40, n. 3, p.153-162, 1987.

_____.Principles of Socio-Technical Design. **Human Relations**, v. 29, p.783-792, 1976.

CLOUTIER, E.; DAVID H.; TEIGER, C. **The motivations and difficulties of the case manager's work: observations from an exploratory study of a home care department**. In: XII Congress of the International Ergonomics Association. San Diego, USA, p. 271-274, 2000.

CLOUTIER, E.; DAVID H.; PRÉVOST, J.; TEIGER, C. Importance of Experience for Older Home Care Workers in Facing up to the Constraints of Work. **Experimental Aging Research**, v. 25, n. 4, p. 405-410, 1999.

CLOUTIER, E.; DAVID H.; PRÉVOST, J.; TEIGER, C. Santé, sécurité et organization du travail dans les emplois de soins a domicile. **Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail du Québec - IRSST**. R-202, p. 1-41, Montréal, oct.1998.

CORRÊA, H. L.; CAON, M. **Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes**. São Paulo: Atlas, 2002.

DANIELLOU, F. Introdução. Questões epistemológicas acerca da ergonomia. In: DANIELLOU, F. (coord.), **A Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. Coord. de trad. M. I. S. Betiol. São Paulo: Edgard Blücher, p. 1-18, 2004.

DE TERSSAC, G.; MAGGI, B. O trabalho e a abordagem ergonômica. In: DANIELLOU, F. (coord.), **A Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. Coord. de trad. M. I. S. Betiol. São Paulo: Edgard Blücher, p. 79-104, 2004.

DE TERSSAC, G. **Autonomie dans le travail**. Paris: Presses Universitaires de France, 1992.

DEJOURS, C. **O fator humano**. Trad. M. I. S. Betiol, M. J. Tonelli. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getulio Vargas, 1997.

_____. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr/jun, 1986.

DEQUAIRE, E.; THEUREAU, J. **Activités collectives de conduite de rotatives et prévention des risques dès La conception**. In: XXXV Congrès de la SELF. Paris, p. 439-448, 2000.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun., 1992.

ESCOLA POLITÉCNICA DA USP. São Paulo. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses**. 3ª. Edição. 2006. Disponível em <http://www.poli.usp.br/Bibliotecas/PublicacoesOnLine/diretrizes3.pdf>. Acesso em: 15/02/07.

EISENHARDT, K. M. Building Theories from Case Study Research. **The Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, oct 1989.

ESTRYN-BEHAR, M. *et al.* **Analysing work at different times of the day and for different ranks is necessary for concertation on work space. The case of the new hospital in the XVth arrondissement.** (Actes du colloque international "L'ergonomie à l'hôpital"). Octares: 1991.

FALZON, P. Natureza, objetivos e conhecimentos da ergonomia. In: FALZON, P. (ed.), **Ergonomia**. Coord. trad. L. I. Sznclwar. São Paulo: Blucher, cap. 1, p. 3-19, 2007.

FALZON, P.; LAPEYRIÈRE, S. L'usager et l'opérateur: ergonomie et relations de service. **Le Travail Humain**, Paris, v. 61, n. 1, p.69-90, 1998.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FISCHER, F. M. *et al.* **Aging at work: survey among health care shiftworkers of São Paulo, Brazil.** In: XII Congress of the International Ergonomics Association. San Diego, USA, p. 39-41, 2000.

FLEURY, A. C. C.; VARGAS, N. (Orgs.). **Organização do trabalho: uma abordagem interdisciplinar. Sete casos brasileiros para estudo.** São Paulo: Atlas, 1983.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 547-554, jul-ago 2005.

FURNISS D.; BLANDFORD A. Understanding EMD in terms of distributed cognition: a case study. **Ergonomics**, v. 49, n. 12-13, p. 1174-1203, 2006.

GHEORGHIU, M. D.; MOATTY, F. **Le travail collectif chez les salariés de l'industrie. Groupes sociaux et enjeux de la coopération au travail.** Document de travail – Centre D'Etudes de L'Emploi, n. 29, p. 1-32, septembre 2003.

GUÉRIN, F.; LAVILLE A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG J.; KERQUELEN A. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia.** São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

HESKETT, J. L.; SASSER, W. E.; HART, C. W. L. **Serviços Revolucionários:**

mudando as regras do jogo competitivo na prestação de serviços. Trad. C. D. Straube e I.G. Giancesi. São Paulo: Pioneira, 1994.

HIGNETT, S.; CRUMPTON, E. Competency-based training for patient handling. **Applied Ergonomics**, v. 38, n. 1, p. 7-17, 2007.

HUBAULT, F.; BOURGEOIS, F. La relation de service: une convocation nouvelle pour l'ergonomie? In: F. Hubault (coord.), **La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie**. Actes du colloque international Paris I, p. 5-31. Octares Editions, 2001.

JACKSON, J. M. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. **Revista Produção**, v. 14, n.3, p. 58-66, SET/DEZ 2004.

JARDANOVSKI, E.; GUIMARÃES, P. C. V. O desafio da eqüidade no setor saúde. **Revista de Administração de Empresas**, v. 33, n. 3, p. 38-51, 1993.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S.; SZNELWAR, L. I.; JARDIM, T. A.; GASPARO, S. O trabalhar no Programa Saúde da Família: um estudo em psicodinâmica do trabalho. In: **Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF- São Paulo**. - (Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; 3). São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea - Consórcio Medicina USP, p. 207-228, 2007.

LANE, R.; STANTON, N. A.; HARRISON, D. Applying hierarchical task analysis to medication administration errors. **Applied Ergonomics**, v. 37, n. 5, p. 669-679, 2006.

LAVENDER, S. A.; CONRAD, K. M.; REICHELT, P.A.; GACKI-SMITH, J.; KOHOK, A. K. Designing ergonomic interventions for EMS workers, Part I: Transporting patients down the stairs. **Applied Ergonomics**, v. 38, n. 1, p. 71-81, 2007.

LEDOUX, E.; BIGAOUETTE, M.; TAILLEFER, D. **Prevention of aggressive and disruptive behaviour in residential and extended care centers**. In: XII Congress of the International Ergonomics Association. San Diego, USA, 2000.

LEEDY, P. D. **Practical research: planning and design**. Colab. de T. J. Newby e P.

A. Ertmer. 6.ed.. New Jersey: Prentice Hall, 1997.

LEPLAT, J. About implementation of safety rules. **Safety Science**, v. 29, p. 189-204, 1998.

MAGGI, B. **Do agir organizacional - um ponto de vista sobre o trabalho, o bem-estar, a aprendizagem**. Trad. G. M. J. Ingratta e M. Maffei. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

MALVEZZI, S. **Psicologia Organizacional. Da administração Científica à Globalização: Uma História de Desafios**. (Actas do Congresso Internacional "Interfaces da Psicologia"). Évora: Depto de Pedagogia e Educação da Universidade de Évora, 1999.

MARTINS, G. A. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 2a. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MARX, R. **Trabalho em grupos e autonomia como instrumentos de competição**. São Paulo: Atlas, 165 p., 1998.

_____. **Análise dos projetos de implantação de trabalho em grupo na indústria: a questão da autonomia no chão de fábrica**. São Paulo. 1996. 244 p. Tese (Doutorado) apresentada à Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

MASCIA, F. L.; VEZZÁ, F. M. G.; WATANABE, M.; DESTEFANO, R. L.; MESQUITA, R. A. S.; ZUCCOLOTTO, S. O trabalho no Programa Saúde da Família sob a ótica da ergonomia. In: **Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF - São Paulo**. - (Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; 3). São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea -Consórcio Medicina USP, p. 173-205, 2007.

MASCIA, F. L.; MARX, R.; ARBIX, G. **Old Paradigms for new jobs in call centers**. In: XII Congress of the International Ergonomics Association. San Diego, USA, p. 543-546, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Do sanitarismo à municipalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007-A. Disponível em <http://www.saude.gov.br/portal/saude>. Acesso em: 22/02/07.

_____. **Revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006-B. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>. Acesso em: 15/08/07.

_____. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004-C. Disponível em <http://www.saude.gov.br/dab/atencao basica.php>. Acesso em: 22/02/07.

_____. MACHADO, M. (coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000-D.

_____. **Manual para a Organização da Atenção Básica / Secretaria de Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 40 p., 1999-E. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/manual_organizacao_ab.pdf. Acesso em: 01/03/07.

_____. **Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997-F. Disponível em http://www.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf. Acesso em: 26/10/06.

MINTZBERG, H. Toward Healthier Hospitals. **Health Care Management Review**, v. 22, n. 4, p. 9-18, 1997.

_____. An emerging strategy of “direct” research. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, p. 582-589, dec-1979.

MOLINIER, P. Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo. Um itinerário interdisciplinar: 1988-2002. **Revista Produção**, v. 14, n.3, p. 14-26, 2004.

MUELLER, F.; PROCTER, S.; BUCHANAN, D. Teamworking in its context(s): antecedents, nature and dimensions. **Human Relations**, v. 53, n. 11, p. 1387-1424, 2000.

NUTT, P. C. Comparing Public and Private Sector Decision-Making Practices. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 16, p. 289-318, 2005.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

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

PEREIRA, L. C. B. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 120, n. 1, p. 1-28, 1996.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Documento Norteador – Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a População**. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo / Secretaria Municipal de Saúde, 38p., 2005. Disponível em <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/pdf-geral/DocumentoNorteador-Abril2005.php>. Acesso em: 22/02/07.

PROTEAU, R. **Ergonomics in Home Care**. In: XII Congress of the International Ergonomics Association. San Diego, USA, p. 274-276, 2000.

RAGAZZINI, I. *et al.* **Study of factors related to tolerance or intolerance to night work among a group of paramedical personnel**. (Actes du colloque international "L'ergonomie à l'hôpital"). Octares: 1991.

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

SALERNO, M. S. **Projeto de Organizações Integradas e Flexíveis: processos, grupos e gestão democrática via espaços de comunicação-negociação**. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

_____. **Projeto organizacional de produção integrada, flexível e de gestão democrática: processos, grupos e espaços de comunicação-negociação**. São Paulo. 1998. 259 p. Tese (Livre Docência) apresentada à Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

SANTANA, J. P. **A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta**. Documento apresentado no Painel Gestão de Recursos Humanos. (II Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde). Brasília, p. 387-400, setembro 1993.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família

no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 523-535, 2002.

SILVA, M. T.; SILVEIRA, C.; QUAGGIO, F. M.; COLAMEO, G. Análise da organização do trabalho no Programa Saúde da Família. In: **Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF - São Paulo**. - (Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; 3). São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea - Consórcio Medicina USP, p. 129-171, 2007.

SILVA, M. T. **Organização do trabalho em serviços: a questão da autonomia em postos de atendimento**. São Paulo. 1995. 100 p. Tese (Doutorado) apresentada à Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

SILVESTRO, R.; FITZGERALD, L.; JOHNSTON, R.; VOSS, C. Towards a classification of service processes. **International Journal of Service Industry Management**, v. 3, n. 3, p. 62-75, 1992.

SITTER, L.U.; HERTOOG, J. F. D.; DANKBAAR, B. From complex organizations with simple jobs to simple organizations with complex jobs. **Human Relations**, v. 50, n. 5, p.497-534, 1997.

SLUITER, J. K. High-demand jobs: age-related diversity in work ability? **Applied Ergonomics**, v. 37, n. 5, p. 429-440, 2006.

SZNELWAR, L. I.; LANCMAN, S.; WU, M. J.; ALVARINHO, E.; SANTOS, M. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. **Revista Produção**, v. 14, n.3, p. 45-5, SET/DEZ 2004-A.

SZNELWAR, L. I.; UCHIDA, S. Ser Auxiliar de Enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista Produção**, v.14, n. 3, p.87-98, SET/DEZ 2004-B.

VALLÉRY, G. Relations de service et approche ergonomique : saisir le caractère dynamique et situé de l'activité au travers de l'analyse des interactions « agent-client ». **@ctivités**, v. 1, n. 2, p. 121-146, 2004. Disponível em: <http://www.activites.org/v1n2/vallery.pdf>.

VIANA, A. L. D.; ROCHA, J. S. Y.; ELIAS, P. E.; IBANEZ, N.; NOVAES, H. M. D. Modelos de atenção básica à saúde nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. In: **Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF - São**

Paulo. - (Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; 3). São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea -Consórcio Medicina USP, p. 13-53, 2007.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p. 493-507, 2002.

VIDAL, M. C.; DRUCKER, L.; SILVA, P. S. S.; NOVO, J. M. F. **The patient as an organizational agent in a hospital.** In: XII Congress of the International Ergonomics Association. San Diego, USA, 2000.

VOSS, C.; TSIKRIKTSIS, N.; FROHLICH, M. Case Research: case research in operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n.2, 2002.

YIN, R. K. The case study crisis: some answers. **Administrative Science Quarterly**, v. 26, p. 58-65, mar-1981.

WILD, R. **Concepts for Operations Management.** Wiley Interscience, U.K. 1977.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia.** Trad. L. L. Ferreira. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994.

_____. **Por dentro do trabalho. Ergonomia: método & técnica.** Trad. F. M. G. Vezzà. São Paulo: FTD: Oboré, 1987.

ZILBOVICIUS, M. **Modelos para a produção, produção de modelos; gênese, lógica e difusão do modelo japonês de organização da produção.** São Paulo - FAPESP: Annablume, 1999.

ANEXO 1 – TAREFAS PRESCRITAS PELA ORGANIZAÇÃO

A seguir são apresentadas as tarefas dos demais profissionais da equipe PSF.

Na Figura 14 estão as atribuições e tempos das tarefas do Auxiliar de Enfermagem.

ATRIBUIÇÕES DO AUX. DE ENFERMAGEM	TEMPOS DAS TAREFAS
<ul style="list-style-type: none"> - Participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados na sua profissão dentro da Unidade e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.); - Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião diária/semanal da equipe (05 horas por semana); - Procedimentos de enfermagem e ações de vigilância à saúde (21 horas por semana); - Visita domiciliar (12 horas, com 18 a 24 visitas por semana); - Educação continuada interna ou externa (redistribuindo a agenda quando programado); - Grupo educativo (02 horas, com 01 atividade por semana).

Figura 14 Atribuições e tempos das tarefas do Auxiliar de Enfermagem.

Fonte: Ministério da Saúde (2006-B) e Prefeitura do Município de São Paulo (2005).

Na Figura 15 estão as atribuições e tempos das tarefas do Enfermeiro.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO	TEMPOS DAS TAREFAS
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar assistência integral (promoção, proteção e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação) aos indivíduos e famílias na Unidade e, quando necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; - Conforme normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações; - Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; - Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; - Contribuir na Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem; - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião diária/semanal da equipe (05 horas por semana); - Consulta e demanda eventual (16 horas por semana - 32 consultas programadas e 16 eventual); - Visita domiciliar (08 horas, com 08 a 16 visitas por semana); - Educação continuada interna ou externa (redistribuindo a agenda quando programado); - Grupo educativo (04 horas, com 02 grupos por semana); - Supervisão de Enfermagem/procedimentos (05 horas); - Atividade Administrativa (02 horas, conforme planejado na equipe).

Figura 15 Atribuições e tempos das tarefas do Enfermeiro.

Fonte: Ministério da Saúde (2006-B) e Prefeitura do Município de São Paulo (2005).

As atribuições e tempos das tarefas do Médico estão relacionados na Figura 16.

ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO	TEMPOS DAS TAREFAS
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; - Realizar consultas clínicas e procedimentos na Unidade e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.); - Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; - Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência; - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS e Auxiliares de Enfermagem; - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião diária/semanal da equipe (05 horas por semana); - Consulta médica e demanda espontânea (25 horas por semana, com atendimento de 03 consultas agendadas e 01 demanda espontânea por hora, num total de 100 consultas/semana); - Visita domiciliar (10 horas, com 10 a 20 visitas por semana); - Educação continuada interna ou externa (redistribuindo a agenda quando programado); - Grupo educativo (programado quinzenalmente utilizando 02 horas da visita domiciliar).

Figura 16 Atribuições e tempos das tarefas do Médico.

Fonte: Ministério da Saúde (2006-B) e Prefeitura do Município de São Paulo (2005).

ANEXO 2 – DOCUMENTOS DE TRABALHO NO PSF

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE				UF <input type="text"/>	
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA							
ENDEREÇO			NÚMERO <input type="text"/>	BAIRRO		CEP <input type="text"/>	
MUNICÍPIO <input type="text"/>			SEGMENTO <input type="text"/>	ÁREA <input type="text"/>	MICROÁREA <input type="text"/>	FAMÍLIA <input type="text"/>	DATA <input type="text"/>

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

<p><i>Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas</i></p> <p> ALC - Alcoolismo CHA - Chagas DEF - Deficiência DIA - Diabetes </p>			<p> EPI - Epilepsia GES - Gestação HA - Hipertensão Arterial TB - Tuberculose </p>	<p> HAN - Hanseníase MAL - Malária </p>
---	--	--	---	--

OUTRAS INFORMAÇÕES			
Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	

MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	

MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

OBSERVAÇÕES

Relatório A2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA			UF <input type="text"/>
MUNICÍPIO (nome)		MUNICÍPIO (código) <input type="text"/>	SEGMENTO <input type="text"/>	ÁREA <input type="text"/>
				ANO <input type="text"/>

CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR ÁREA

S	FAIXA ETÁRIA	MICROÁREA										TOTAL
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
M	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 e mais											
	SUB-TOTAL											
F	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 e mais											
	SUB-TOTAL											
TOTAL												

	Nº	%
Famílias cadastradas		
Pessoas cadastradas		
Pessoas com cobertura Plano de Saúde		

	Nº	%
Crianças de 7 - 14 anos		
Crianças de 7 a 14 anos na escola		
Pessoas de 15 anos e mais		
Pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas		

TIPO DE CASA	Nº	%
Tijolo/Adobe		
Taipa revestida		
Taipa não revestida		
Madeira		
Material aproveitado		
Outros		
ENERGIA ELÉTRICA		
DESTINO DO LIXO	Nº	%
Coletado		
Queimado/Enterrado		
Céu aberto		

TRATAMENTO DA ÁGUA	Nº	%
Filtração		
Fervura		
Cloração		
Sem tratamento		
ÁGUA UTILIZADA	Nº	%
Rede pública		
Poço ou nascente		
Outros		
DESTINO DE FEZES/URINA	Nº	%
Sistema de esgoto		
Fossa		
Céu aberto		

Relatório A3	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA		UF <input type="text"/>
MUNICÍPIO (nome)		MUNICÍPIO (código) <input type="text"/>	SEGMENTO <input type="text"/>
		ANO <input type="text"/>	

CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR SEGMENTO TERRITORIAL

SEXO	FAIXA ETÁRIA	ÁREA										TOTAL
M A S C U L I N O	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 e mais											
	SUB-TOTAL											
F E M I N I N O	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 e mais											
	SUB-TOTAL											
TOTAL												

	N°	%
Famílias cadastradas		
Pessoas cadastradas		
Pessoas com cobertura de Plano de Saúde		

	N°	%
Crianças de 7 - 14 anos		
Crianças de 7 a 14 anos na escola		
Pessoas de 15 anos e mais		
Pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas		

TIPO DE CASA	N°	%
Tijolo/Adobe		
Taipa revestida		
Taipa não revestida		
Madeira		
Material aproveitado		
Outros		
ENERGIA ELÉTRICA		
DESTINO DO LIXO	N°	%
Coletado		
Queimado/Enterrado		
Céu aberto		

TRATAMENTO DA ÁGUA	N°	%
Filtração		
Fervura		
Cloração		
Sem tratamento		
ÁGUA UTILIZADA	N°	%
Rede pública		
Poço ou nascente		
Outros		
DESTINO DE FEZES/URINA	N°	%
Sistema de esgoto		
Fossa		
Céu aberto		

[illegible]

Relatório PMA2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO [][][][][][][][]		SEGMENTO [][]	UNIDADE [][][][][][][]	ÁREA [][][]	MÊS [][]	ANO [][][][]
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO						
ATIVIDADES/ PRODUÇÃO						
CONSULTAS	residentes fora da área de abrangência					
	residentes na área de abrangência da equipe	< 1				
		1 - 4				
		5 - 9				
		10 - 14				
		15 - 19				
		20 - 39				
		40 - 49				
		50 - 59				
	60 e mais					
	Total					
	Total geral de consultas					
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura					
	Pré-Natal					
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino					
	DST/AIDS					
	Diabetes					
	Hipertensão Arterial					
	Hanseníase					
	Tuberculose					
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica					
	Radiodiagnóstico					
	Citopatológico cérvico-vaginal					
	Ultrassonografia obstétrica					
	Outros					
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado					
	Internação Hospitalar					
	Urgência/Emergência					
Internação Domiciliar						
PRODUTOS	Atendimento específico para AT					
	Visita de Inspeção Sanitária					
	Atend. individual Enfermeiro					
	Atend. individual outros prof. nível superior					
	Curativos					
	Inalações					
	Injeções					
	Retirada de pontos					
	Terapia da Reidratação Oral					
	Sutura					
	Atend. Grupo - Educação em Saúde					
	Procedimentos Coletivos I (PC I)					
Reuniões						
MARCADORES						
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos						
Acidente Vascular Cerebral						
Infarto Agudo do Miocárdio						
DHEG (forma grave)						
Doença Hemolítica Perinatal						
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos						
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos						
Hanseníase com grau de incapacidade II e III						
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)						
RN com peso < 2500g						
Gravidez em < 20 anos						
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia						
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação						
Hospitalizações por abuso de álcool						
Hospitalizações por complicações do Diabetes						
Hospitalizações por qualquer causa						
Internações em Hospital Psiquiátrico						
Óbitos em < 1 ano por todas as causas						
Óbitos em < 1 ano por diarreia						
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória						
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos						
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência						
VISITAS DOMICILIARES						
Médico						
Enfermeiro						
Outros profissionais de nível superior						
Profissionais de nível médio						
ACS						
Total						

Relatório PMA4	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						UF <input type="text"/>	
MUNICÍPIO (nome):			MUNICÍPIO (código): <input type="text"/>			MÊS <input type="text"/>	ANO <input type="text"/>	
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO								
MODELO DE ATENÇÃO ⇄	PACS			PSF			OUTROS	GERAL
ZONA ⇄	URBAN	RURAL	TOTAL	URBAN	RURAL	TOTAL		
MARCADORES								
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos								
Acidente Vascular Cerebral								
Infarto Agudo do Miocárdio								
DHEG (forma grave)								
Doença Hemolítica Perinatal								
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos								
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos								
Hanseníase com grau de incapacidade II e III								
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)								
RN com peso < 2500g								
Gravidez em < 20 anos								
Pneumonia em < 5 anos								
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia								
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação								
Hospitalizações por abuso de álcool								
Hospitalizações por complicações do Diabetes								
Hospitalizações por qualquer causa								
Internações em Hospital Psiquiátrico								
Óbitos em < 1 ano por todas as causas								
Óbitos em < 1 ano por diarreia								
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória								
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos								
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência								

MODELO DE ATENÇÃO ⇄	PACS			PSF			OUTROS	GERAL
ZONA ⇄	URBANA	RURAL	TOTAL	URBAN	RURAL	TOTAL		
VISITAS DOMICILIARES								
Médico								
Enfermeiro								
Outros profissionais de nível superior								
Profissional de nível médio								
ACS								
Total								