IRAMAIA PIRES DE OLIVEIRA LUNA

**Trabalho em grupo em organizações de serviços de saúde:
estudo de caso em equipes da Estratégia Saúde da Família**

São Paulo
2013

IRAMAIA PIRES DE OLIVEIRA LUNA

**Trabalho em grupo em organizações de serviços de saúde:
estudo de caso em equipes da Estratégia Saúde da Família**

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

São Paulo
2013

IRAMAIA PIRES DE OLIVEIRA LUNA

**Trabalho em grupo em organizações de serviços de saúde:
estudo de caso em equipes da Estratégia Saúde da Família**

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

Área de Concentração: Engenharia de
Produção

Orientadora: Prof^a. Livre-Docente Márcia
Terra da Silva

São Paulo
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Luna, Iramaia Pires de Oliveira

**Trabalho em grupo em organizações de serviços de saúde:
Estudo de caso em equipes da estratégia saúde da família /
I.P.O. Luna. -- São Paulo, 2013.**

146 p.

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

**1.Trabalho em grupo 2.Administração de serviços de saúde
3.Serviço público 4.Estudo de caso I.Universidade de São Paulo.
Escola Politécnica. Departamento de Engenharia de Produção
II.t.**

Ao meu marido Marcelo e aos
meus filhos, Mateus e Luísa.

AGRADECIMENTOS

À professora Márcia, pela forma como me recebeu desde o início desta jornada, pelo seu conhecimento, sua orientação e pela confiança que depositou em mim.

Aos professores do Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da USP, que contribuíram para a construção do meu conhecimento.

Aos funcionários do Departamento, pelo apoio que tornou a caminhada mais fácil em diversas situações.

Aos profissionais das Equipes Saúde da Família e às gestoras das Unidades Básicas de Saúde participantes desta pesquisa pela oportunidade que me deram de conhecer o trabalho realizado por eles.

Aos meus pais, Flávio e Júlia, pelo amor, apoio e incentivo. Por tudo que sempre fizeram por mim.

Aos meus irmãos, Flávia, Joyce e Alexandre, aos meus cunhados e sobrinhos, pela torcida, pela confiança e pelas orações.

Ao meu sogro e minha sogra, Antonio e Arlete, pela confiança, incentivo e apoio.

Ao meu marido, Marcelo, e aos meus filhos, Mateus e Luísa, pelo amor, carinho, apoio incondicional e pelas lições diárias de vida.

Agradeço a DEUS por iluminar meu caminho.

E aprendi que se depende sempre, de
tanta, muita, diferente gente.
Toda pessoa sempre é as marcas das lições
diárias de outras tantas pessoas.

Gonzaguinha

RESUMO

Em certas atividades de serviços, a intangibilidade do que está sendo produzido, as especificidades de cada cliente-usuário e sua possível participação na concepção ou na produção da solução, são algumas das características que aumentam a complexidade e a variabilidade dos processos produtivos. A intangibilidade refere-se à condição imaterial daquilo que se produz, fazendo emergir a necessidade de que a solução seja idealizada pelos envolvidos em seu desenvolvimento, tornando mais complexos os processos de especificação do serviço, de planejamento do trabalho, de mensuração de desempenho e de avaliação da qualidade. Em serviços realizados por equipes multiprofissionais, o desafio de fazer convergir as diferentes visões sobre o que deve ser produzido torna-se ainda maior, uma vez que as percepções dos seus integrantes são condicionadas aos respectivos campos de conhecimento e experiências. Quando a cooperação do usuário é necessária para o desenvolvimento do serviço, torna-se fundamental oferecer a ele condições que facilitem sua atuação, e a responsabilidade por inserir o usuário no processo produtivo recai sobre os profissionais que o atendem, implicando em uma carga adicional de trabalho e maior dependência da relação de serviço. Por meio de estudo de casos múltiplos realizado com seis equipes multiprofissionais dos serviços de saúde pública da Estratégia Saúde da Família (ESF), esta pesquisa teve como objetivo identificar as condições organizacionais que podem favorecer o trabalho em grupo frente aos desafios decorrentes da intangibilidade do objeto de trabalho e da participação do usuário no processo produtivo. Nesse contexto, observamos que os profissionais das equipes ESF apresentam dificuldades em identificar os limites de responsabilidade e de atuação sobre os problemas, dificuldades para coordenar o trabalho, dificuldades relativas à inadequação de recursos e de processos de apoio necessários à adequada participação do usuário, além de desgastes emocionais. Os resultados apontam que o trabalho das equipes é favorecido pela frequente e contínua interação entre os envolvidos, pela disseminação do conceito de serviço, pela definição de papéis dos profissionais e dos usuários na relação de serviço, pelo estabelecimento de vínculo com os usuários e pela estabilidade dos profissionais nas equipes.

Palavras-Chave: Trabalho em grupo. Administração de serviços. Serviços de saúde.

ABSTRACT

In certain service activities, the intangibility of what is being produced, the particularities of each client/user and their possible contribution to the creation or production of a solution are some of the characteristics that increase the complexity and variability of productive processes. Intangibility refers to the immaterial condition of that which is produced, bringing about the need for a solution to be designed by those involved with its development, and increasing the complexity of service specification processes, work planning, performance measurement and quality assessment. In multi-professional or multi-disciplinary teams, the challenge of enabling different views to converge towards what must be produced becomes increasingly greater, as participants' perceptions are conditioned to their respective fields of knowledge and to the different professional experiences. When the cooperation of users is required to develop the service, it is essential that they are provided conditions that allow them to perform. Moreover, the responsibility for the inclusion of users in the productive process lies with professionals who serve such users, implying an additional work load and greater dependence on the service relationship. A multiple case study was performed with six multi-professional teams from the public health services of the *Estratégia Saúde da Família* (ESF – Family Health Strategy), aiming to identify the organizational conditions that can promote group work, when facing the challenges resulting from the intangibility of the object of work and from the participation of users in the productive process. In this context, ESF team professionals were found to have difficulties in identifying the limits of their responsibility for and action with regard to problems, difficulties in coordinating the work, difficulties concerning the inadequacy of resources and support processes required for adequate user participation, in addition to emotional strains. The results of this study indicate that team work can be promoted by the frequent and constant interaction among participants, dissemination of the service concept, definition of roles of professionals and users in the service relationship, establishment of a connection with users, and stability of professionals in the teams.

Key words: Team work. Service management. Health services.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FFM	Fundação Faculdade de Medicina
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
QUALIS	Qualidade Integral em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMS-SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Sa
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	APRESENTAÇÃO.....	12
1.2	CONTEXTO DE PESQUISA.....	18
1.3	OBJETO DE PESQUISA	19
1.3.1	Estratégia Saúde da Família.....	19
1.3.2	Considerações sobre o objeto de pesquisa.....	21
1.4	OBJETIVO DE PESQUISA.....	23
2	REVISÃO CONCEITUAL.....	25
2.1	SERVIÇOS E ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇOS.....	25
2.1.1	Desafios relacionados à produção de serviços.....	25
2.1.1.1	<i>Intangibilidade.....</i>	<i>26</i>
2.1.1.2	<i>Participação do usuário no processo produtivo.....</i>	<i>27</i>
2.1.1.3	<i>O trabalho em um contexto de trajetórias possíveis.....</i>	<i>29</i>
2.1.2	Definição e conceito de serviço.....	31
2.1.3	Organizações de serviço público.....	32
2.2	ORGANIZAÇÃO QUALIFICANTE, PRINCÍPIOS SOCIOTÉCNICOS E MODELO ORGANIZACIONAL.....	34
2.2.1	Evento, competência e autonomia.....	34
2.2.2	Motivação e mobilização de competências.....	35
2.2.3	Organização qualificante.....	36
2.2.4	Escola sociotécnica e grupos semiautônomos.....	37
2.3	GRUPO, TRABALHO EM GRUPO E TRABALHO EM EQUIPE.....	41
2.3.1	Definição de grupo, equipe e trabalho em equipe.....	41
2.3.2	Trabalho em equipe para a saúde.....	44
2.3.3	Coordenação do trabalho.....	45
2.4	CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS PARA O TRABALHO EM GRUPO COM AUTONOMIA	49
2.5	QUESTÕES DE PESQUISA	51
2.5.1	A intangibilidade do objeto de trabalho e o contexto de trajetórias possíveis.....	52
2.5.2	A participação do usuário na produção de um serviço intangível.....	54

3	CONTEXTO E OBJETO DE PESQUISA.....	56
3.1	SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO.....	56
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO BÁSICA.....	58
3.3	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	60
3.3.1	Equipes da Estratégia Saúde da Família.....	60
3.3.2	A ESF no município de São Paulo.....	61
4	METODOLOGIA DE PESQUISA.....	64
4.1	SELEÇÃO E JUSTIFICATIVA DO MÉTODO DE PESQUISA.....	64
4.2	SELEÇÃO DOS CASOS.....	65
4.3	DEFINIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	65
4.4	ROTEIRO DE PESQUISA.....	67
5	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS CASOS.....	72
5.1	CARACTERÍSTICAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	72
5.1.1	Modelo operacional.....	73
5.1.2	Recursos humanos.....	75
5.1.3	Estrutura física.....	76
5.1.4	Rotina de funcionamento para a ESF.....	77
5.1.5	Processo de comunicação da gestão com as equipes.....	78
5.2	PERFIL DAS EQUIPES ESF ESTUDADAS.....	79
5.2.1	Composição das equipes.....	79
5.2.2	Perfil dos profissionais entrevistados.....	80
5.2.3	Principais atividades das equipes.....	83
5.3	O CONCEITO DE SERVIÇO.....	87
5.4	O TRABALHO EM EQUIPE.....	89
5.4.1	A ampliação do objeto de trabalho.....	90
5.4.2	Papéis e responsabilidades.....	91
5.4.3	Principais atividades coletivas.....	94
5.4.3.1	<i>Reuniões de equipe.....</i>	<i>94</i>
5.4.3.2	<i>Grupo de usuários.....</i>	<i>96</i>
5.4.3.3	<i>Processo de atendimento geral aos usuários.....</i>	<i>97</i>
5.4.4	Coordenação do trabalho.....	98
5.4.4.1	<i>Articulação do trabalho na rede de assistência.....</i>	<i>104</i>
5.4.5	A estabilidade das equipes.....	107

5.5	PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO.....	109
5.5.1	Perfil dos usuários atendidos.....	109
5.5.2	O papel do profissional e o do usuário na relação de serviço.....	111
5.5.3	Inserção do usuário no processo de cuidado à saúde.....	113
6	DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	118
6.1.	DESAFIOS DECORRENTES DA INTANGIBILIDADE DO OBJETO DE TRABALHO.....	118
6.1.1.	Imprecisão das fronteiras da responsabilidade das equipes e dos profissionais.....	118
6.1.2.	Dificuldade para a coordenação do trabalho.....	123
6.2.	DESAFIOS DECORRENTES DA PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NO PROCESSO PRODUTIVO.....	127
6.2.1.	Inadequação dos processos operacionais às necessidades dos usuários.....	129
6.2.2.	Desgaste emocional.....	129
6.3.	QUESTÕES DE PESQUISA.....	131
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
	REFERÊNCIAS.....	136
	ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	142
	ANEXO 2 - Roteiro de entrevista com médico e enfermeiros.....	144

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO

O tema desta dissertação foi se delineando em torno da convergência de dois fenômenos importantes que se destacam no contexto de trabalho da atualidade. O primeiro deles diz respeito à constatação da crescente utilização do trabalho em grupo como forma de organização do trabalho pelas organizações que buscam responder com mais rapidez e flexibilidade às demandas da atualidade (HACKMAN, 2012; MARX, 2010; WAGEMAN et al., 2012). O segundo deles se traduz na ocorrência de um significativo deslocamento do trabalho das atividades industriais para atividades de serviços nas últimas décadas, e no reconhecimento de que a gestão da produção de serviços enfrenta desafios diferentes daqueles relacionados à gestão da produção de bens tangíveis (BOWEN e FORD, 2002; FITZSIMONS e FITZSIMONS, 2005; TEBOUL, 2006).

Durante o século XX, o "modelo clássico" ou "modelo taylorista" de organização do trabalho foi o modelo de referência para praticamente todas as organizações (VELTZ e ZARIFIAN, 1993). Esse modelo respondia bem às demandas específicas de um contexto em que dominavam a manufatura e a produção de produtos tangíveis e no qual existia uma previsibilidade relativa ao comportamento do mercado e às variações da economia. Decomposição do trabalho em tarefas previamente descritas e desempenhadas de acordo com uma programação estável, individualização do trabalho com alto grau de prescrição e centralização de decisões e controles de acordo com níveis hierárquicos de comando, são as principais características desse modelo que busca, prioritariamente, a padronização, a produção em massa e a economia de escala (MARX, 2010; OKHUYSEN e BECHKY, 2009; VELTZ e ZARIFIAN, 1993). Essas características ainda podem ser observadas como orientadoras das decisões em muitas organizações atuais.

Entretanto, na medida em que nos aproximamos do século XXI, significativas transformações tecnológicas, econômicas e sociais alteraram fortemente este contexto de estabilidade e previsibilidade. Diversos estudos mostram que as organizações estão alterando suas estruturas e mecanismos de gestão para adequarem-se às características do mundo pós-moderno.

A evolução tecnológica aumentou a capacidade de automação, de integração e de comunicação, implicando em maior velocidade nas transformações. Child e McGrath (2001) argumentam que a transição de uma economia baseada em materiais para uma economia baseada em fluxos de informação tem trazido desafios consideráveis para as organizações, pois torna muitos aspectos independentes das restrições físicas, possibilitando novos arranjos organizacionais.

Na atualidade, dificilmente uma organização é a única responsável pela produção de valor para o cliente. As organizações operam em redes de fornecimento, com as funções distribuídas entre elas, o que acarreta a necessidade de coordenação entre as mesmas (SILVA et al., 2007). As estruturas hierárquicas que regiam as fronteiras das atividades de uma organização foram dando lugar a estruturas menos definidas, mais flexíveis, abertas e adaptativas (KELLOGG et al., 2006). Fenômenos como a globalização, a desintegração vertical e a terceirização de atividades foram avançando, trazendo novas possibilidades e maior complexidade para as organizações. Os sistemas de produção das organizações contemporâneas, inseridos em ambientes imprevisíveis e turbulentos, de novas tecnologias, novos produtos, novos concorrentes, alterações nas condições de mercado e alterações das condições financeiras, frequentemente são desenhados e implementados sem uma visão claramente definida sobre o que deve ser produzido e esquemas organizacionais rígidos já não são adequados a esta situação (SALERNO, 2009).

A flexibilidade organizacional necessária às organizações contemporâneas demanda que elas desenvolvam uma capacidade de lidar de modo simples e ágil com situações cada vez mais variáveis e imprevisíveis. A maioria das atividades organizacionais tornou-se dependente da reunião de informações e de conhecimentos diversos, de negociações, das interações entre os elementos da rede da cadeia produtiva e das interações com o cliente, e o trabalho prescrito e individualizado já não atende a estas necessidades.

Marx (2010) aponta a crescente utilização pelas organizações, a partir dos anos 90, de grupos autogeridos: tipo de organização do trabalho que por meio da autonomia crescente dos trabalhadores organizados em grupos, pode responder com eficiência e eficácia aos requisitos de flexibilidade e demais exigências de mercado. Tais grupos surgiram sob diferentes denominações - times autogeridos, equipes de projetos, equipes multidisciplinares, entre outros. Na literatura, esta forma de organização do trabalho vai de encontro aos Grupos Semi-autônomos,

fundamentados nos princípios da Escola Sociotécnica, que surgiu como alternativa ao modelo clássico (taylorista-fordista) de trabalho em meados dos anos 50. Esse modelo rompe com o modelo clássico de organização do trabalho em diversos aspectos, dentre os quais podemos destacar a autonomia e responsabilidade dos grupos de trabalhadores cujas atividades são direcionadas mais por objetivos a serem alcançados e menos por prescrições do que deve ser realizado, resultando em flexibilidade no processo produtivo com melhor aproveitamento dos recursos disponíveis. Os princípios da escola sociotécnica passaram a exercer influência de maneira crescente no desenvolvimento de modelos de modo a orientar as mudanças organizacionais, sendo o principal referencial para o trabalho em grupo com autonomia, ainda hoje. Entretanto, em seu período de desenvolvimento, o mais comum era a produção manufatureira, verticalizada, e os processos produtivos e de gestão concentravam-se quase que totalmente dentro de uma organização. Marx (2008) observa que a escola sociotécnica tradicional não aborda alguns aspectos relevantes para o contexto atual, tais como a complexidade dos processos decisórios e operacionais, que passaram a envolver um conjunto de organizações de porte e interesses diferentes, e a interação com o cliente. Esse último aspecto, em particular, apresenta-se fundamental para as organizações de serviços, que têm ocupado gradativamente mais espaço na economia, despontando como tema de interesse deste estudo.

Embora o setor de serviços já se apresente como dominante na economia atual, representando, em 2009, mais de 80% do PIB na economia mundial e 68,5% do PIB na economia brasileira (BRASIL, 2012b), encontrar uma definição clara para o termo “serviço” é uma tarefa difícil pelo fato de o mesmo compreender um leque muito abrangente de atividades com características muito distintas, passando de manutenção elétrica aos serviços de saúde, de telecomunicações ao comércio varejista, de cabeleireiros à consultoria jurídica especializada, entre outros. Pesquisadores da área de Gestão de Serviços identificaram e analisaram aspectos que apresentam desafios para a produção dos serviços.

A intangibilidade do que está sendo produzido, as especificidades de cada cliente e sua possível participação na concepção ou na produção da solução, são algumas características predominantes em certas atividades de serviços que podem aumentar consideravelmente a complexidade e a variabilidade dos processos

produtivos, exigindo maior flexibilidade dos mesmos (BOWEN e FORD, 2002; FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2005; TEBOUL, 2006).

A intangibilidade refere-se à condição imaterial do que está sendo produzido, ou seja, o serviço não pode ser tocado ou visualizado como um objeto e nem sempre é possível que a organização retrate de modo claro, para o cliente/usuário, o serviço que será oferecido. Em um serviço de transporte aéreo, por exemplo, a companhia pode antecipar para o usuário detalhes do funcionamento do processo de reservas de passagem, compra de bilhete, check-in, rotas, condições de conforto do assento e do serviço de bordo, permitindo que ele "visualize", com boa aproximação da realidade, o serviço que lhe será entregue. Entretanto, isso não ocorre em outros serviços, por exemplo, em uma consultoria de gestão empresarial na qual os profissionais precisam identificar junto aos clientes os aspectos diante dos quais sua atuação se faz necessária e elaborar soluções específicas para os problemas detectados, que podem sofrer mudanças de acordo com as respostas obtidas no decorrer do processo.

Nesse último caso, o serviço precisa ser idealizado e definido pelos envolvidos durante o seu desenvolvimento. Porém tal "idealização" é subjetiva e, portanto, pode apresentar variações significativas, dependendo da interpretação que cada um dos envolvidos no processo de produção do serviço vai dar a ele. A intangibilidade compreende, então, a imaterialidade do que está sendo produzido e a subjetividade que possibilita diferentes interpretações desse trabalho imaterial pelos integrantes do processo de produção, incluindo-se o cliente, que pode se apresentar em diferentes fases do desenvolvimento do serviço. Pesquisadores afirmam que a intangibilidade e suas consequências geram as maiores diferenças nas formas pelas quais as organizações de serviços são geridas (BOWEN e FORD, 2002; HUBAULT, 2011). A subjetividade traz dificuldades para os processos de planejamento, de mensuração de desempenho e de qualidade. Será que todos estão imaginando a solução da mesma forma? Será que todos têm a mesma expectativa em relação ao resultado final?

Quando o serviço é oferecido como uma solução para uma necessidade ou uma expectativa do cliente ou usuário, frequentemente, essa solução pode não ser única, sendo necessário estabelecer uma visão comum da solução e do resultado esperado. Ainda que uma visão comum tenha sido elaborada e compreendida por todos, pode ocorrer que existam vários caminhos possíveis para o desenvolvimento

da solução específica e determinar qual deles deve ser seguido torna-se inevitável. Nesse sentido, em algumas atividades de serviços, diferentemente da necessidade de gerir processos de trabalho, torna-se indispensável gerir o trabalho em um contexto de trajetórias possíveis (FARAJ e XIAO, 2006), o que apresenta diferenças significativas para seu planejamento e coordenação.

A participação do cliente/usuário nas diversas etapas do processo produtivo é outro fator que gera grandes desafios para a gestão das atividades de serviços (GADREY, 2001; HUBAULT, 2011; ZARIFIAN, 2001). O grau de participação do usuário pode variar muito de um serviço para outro. Na prestação de serviços de energia, por exemplo, o cliente é um consumidor, não participa do processo produtivo e tem uma expectativa clara em relação ao serviço: a total disponibilidade de energia e a não interrupção do serviço. Já nos serviços de educação, o resultado somente é obtido de maneira satisfatória se houver cooperação do usuário, pois sem o interesse e o esforço do aluno, o aprendizado poderá não se concretizar.

Nos serviços relacionais, em que a cooperação entre o cliente/usuário e os profissionais é central na produção do serviço, o cliente deixa de ser apenas um consumidor, sua presença no processo produtivo desorganiza as relações prescritivas tradicionais e sua colaboração passa a se refletir na efetividade da atividade (GADREY, 2001; HUBAULT, 2011), implicando na necessidade ainda maior da adaptabilidade dos processos de trabalho.

A literatura apresenta várias tipologias para serviços, fundamentadas sob diferentes perspectivas. Fatores como grau de participação do cliente ou de interação com o mesmo, grau do uso de tecnologia, grau de customização, nível de especialização dos profissionais envolvidos, entre outros, podem diferenciar significativamente um serviço de outro. Nesta dissertação, o interesse recai sobre os serviços profissionais, caracterizados pela forte interação entre o cliente e o prestador do serviço, nos quais o cliente busca no profissional uma qualificação ou especialização necessária para atendimento de suas demandas específicas e, em grande parte dos casos, participa de maneira ativa das diversas fases que compõem o processo produtivo (GIANESI e CORRÊA, 2010; SILVESTRO, 1999). A necessidade de customização é alta exigindo flexibilidade dos processos de trabalho e autonomia dos profissionais, que, nesse contexto, tornam-se responsáveis pela definição de parte significativa do processo de trabalho. Sob estas características, encontramos organizações de diferentes naturezas, tais como, consultorias

especializadas de diversas áreas (financeiras, jurídicas, de tecnologia), serviços de saúde, empresas de desenvolvimento de softwares, etc.

Nos serviços profissionais, encontramos, com frequência, atividades realizadas de modo individualizado, em que o profissional e o usuário interagem na busca de soluções para determinadas necessidades. Entretanto, em serviços cuja complexidade do objeto de trabalho é grande e dependente da reunião de conhecimentos técnicos específicos, é maior a necessidade de informação e de interação entre profissionais de diferentes expertises ou funções e, frequentemente, o trabalho é projetado para ser desempenhado por grupos de profissionais de diferentes áreas. É sobre o modelo de trabalho em grupo que incide o foco desta pesquisa.

Quando o serviço é produzido por um grupo ou equipe multiprofissional, as percepções dos seus membros são condicionadas aos diferentes campos de conhecimentos dos quais eles fazem parte e às suas diferentes experiências profissionais. (FARAJ e XIAO, 2006; KELLOGG et al., 2006). Os profissionais podem apresentar diferenças na forma de observar os problemas, de apontar as soluções e na linguagem que utilizam para explicar suas interpretações, o que dificulta a convergência das visões. Ainda, as necessidades e expectativas do cliente/usuário precisam ser compreendidas para que sejam atendidas pelo processo do serviço. Adicionalmente, no trabalho em grupo, nem sempre é possível acomodar as necessidades particulares de cada um dos envolvidos no processo e a necessidade coletiva de modo uniforme, trazendo aos envolvidos o desafio de fazer convergir as diferentes visões sobre o que deve ser produzido, ao mesmo tempo em que precisam conciliar interesses que podem se apresentar conflitantes.

Com a necessidade da participação do usuário, seu comportamento pode gerar ainda mais possibilidades no contexto de possíveis trajetórias do desenvolvimento de soluções de serviços. Do ponto de vista da gestão, se o usuário participa da produção do serviço, de que modo ele participa? Quem define seu papel na atividade? Como gerir esta participação e seus impactos nos objetivos e na dinâmica de trabalho da equipe?

Alguns autores observam que em virtude da dificuldade de classificação das atividades de serviços, a caracterização do contexto no qual tais atividades estão inseridas assume alto grau de relevância para os envolvidos na gestão e na produção das mesmas (CORRÊA e CAON, 2010; JOHNSTON e CLARK, 2010). A

avaliação do contexto auxilia na identificação das particularidades que podem promover ou comprometer o desenvolvimento do serviço.

Diante do exposto, surge como interesse, nesta pesquisa, entender as dificuldades que a intangibilidade do objeto de trabalho e a participação do usuário no processo produtivo podem trazer para o trabalho em grupo, além de investigar possíveis maneiras para minimizar tais dificuldades.

A participação da autora desta dissertação como pesquisadora em um projeto que envolveu equipes multiprofissionais dos serviços de saúde pública da Estratégia Saúde da Família (ESF) permitiu à mesma identificar no trabalho realizado por essas equipes, as condições necessárias a realização deste estudo. Os serviços oferecidos exigem grande interação entre profissionais de diferentes funções e áreas de conhecimento, exigem intensa interação entre profissional e usuário, dependem da participação do usuário para a obtenção dos resultados, e envolvem diferentes caminhos possíveis para a solução do problema. Também foi possível considerar outra característica importante para o estudo do trabalho em grupo: o relacionamento contínuo e duradouro entre profissional e usuário, promovido pela longitudinalidade e territorialidade presentes no modelo operacional das equipes estudadas.

Para fins de estudo, o trabalho de seis equipes da Estratégia Saúde da Família do município de São Paulo foi avaliado, consistindo cada equipe um estudo de caso.

1.2. CONTEXTO DE PESQUISA

Esta dissertação integra o projeto de pesquisa "Organização do Trabalho em Equipes de Saúde: Estudo de caso na Estratégia Saúde da Família", vinculado ao Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (USP), que recebeu apoio do CNPq¹, contando com a participação de pesquisadores e de alunos de pós-graduação, graduação e especialização, dialogando com pesquisadores e alunos da Faculdade de Medicina da USP.

O projeto apresentou como objetivo explorar a relação existente entre a configuração da organização do trabalho e a concepção do serviço e do processo de produção em que prevalecem as condições de intangibilidade, variabilidade e

¹ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

coprodução com o usuário. As etapas de desenvolvimento desta pesquisa foram iniciadas em março de 2011, após a realização dos trâmites necessários e aprovação no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e foram concluídas em julho de 2013.

A coleta de informações e entrevistas com os profissionais da ESF foram realizadas de modo a atender aos propósitos de ambos os estudos, do projeto de pesquisa e da dissertação. O detalhamento da metodologia utilizada é apresentado na seção 4 deste trabalho.

1.3. OBJETO DE PESQUISA

1.3.1. Estratégia Saúde da Família

Para compreender o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família, é necessário conhecer o contexto no qual as equipes estão inseridas e seu papel no sistema público de saúde.

A partir da Constituição Federal de 1988, passou a ser atribuído como dever do Estado garantir o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros, fornecendo serviços que atendam, de maneira integral, as necessidades de saúde de toda a população. O Sistema Único de Saúde (SUS), denominação do sistema público de saúde desde então, foi estruturado a partir da adoção de uma concepção ampliada de saúde, que passou a ser entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doenças. Com esse novo paradigma, a lógica do sistema de saúde que anteriormente girava em torno da cura de doenças, cedeu lugar à uma nova lógica, centrada na prevenção de doenças, na promoção à saúde e no cuidado integral (BRASIL, 2000; BRASIL, 2009).

Além da *universalidade* do acesso, os princípios doutrinários do SUS estabelecem a *equidade*, na qual os serviços e recursos devem ser disponibilizados de acordo com as necessidades de cada um, e a *integralidade*, que pressupõe que as pessoas devem ser consideradas como um todo e todas as suas necessidades devem ser atendidas. A organização do sistema é baseada na hierarquização e regionalização dos serviços, na descentralização da gestão, na participação social e na complementaridade com setor privado (BRASIL, 2000).

Para estruturar os serviços de saúde, o SUS foi organizado em níveis de atenção e complexidade tecnológica; Atenção Básica ou Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária. A atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde, devendo ser a porta de entrada dos usuários ao sistema, e é responsável por ações que abrangem a promoção, a proteção e a manutenção da saúde, além da prevenção e do tratamento de doenças. É caracterizada por um conjunto de ações de saúde que são dirigidas às populações e territórios bem definidos e dedica-se aos problemas de saúde mais frequentes da comunidade atendida. Os demais níveis, Secundário e Terciário, contemplam as ações e serviços que visam atender os problemas de saúde cuja complexidade de assistência, na prática clínica, demandem a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de média e alta complexidade, para o apoio diagnóstico e tratamento. Os usuários têm acesso aos níveis de maior complexidade quando encaminhados pela atenção básica ou em caso de urgências (BRASIL, 2007a, 2007b).

Nesse cenário, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, pelo Ministério da Saúde como Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de fortalecer os serviços de atenção básica, estruturar o acesso ao SUS, ampliar o foco da assistência e apoiar a assistência integral.

A ESF é o modelo assistencial que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais de saúde organizadas em torno de regiões geográficas bem definidas, responsáveis pelos cuidados das pessoas inseridas nesses territórios, com foco na família, considerando o indivíduo em seu contexto social, econômico e ambiental. Cada equipe é formada por cerca de 10 profissionais: um médico, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde, e é responsável pelo cuidado contínuo e sistemático de aproximadamente 900 famílias ou 4.500 pessoas residentes em determinada área. Profissionais, como dentistas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros, podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, conforme as necessidades e possibilidades locais. A atuação das equipes deve ocorrer não somente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas também nas residências e nos espaços da comunidade.

Esse novo modelo trouxe uma série de mudanças nas formas de trabalho dos profissionais e no relacionamento com os usuários. No planejamento e execução

das ações de assistência e das atividades de educação e promoção da saúde, as equipes devem considerar as condições de vida dos usuários, as condições do território assistido e as possibilidades de encaminhamento dos casos para outros serviços de saúde ou outros níveis de atenção. Na seção 3 desta pesquisa, o modelo ESF é apresentado com maior profundidade.

Na cidade de São Paulo, em 2012, a ESF cobria 45,06% da população, com 1.277 equipes distribuídas em 270 unidades de saúde, preferencialmente nas regiões periféricas ou de maior vulnerabilidade social (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2012).

1.3.2. Considerações sobre o objeto de pesquisa

Os serviços de atenção à saúde apresentam-se particularmente interessante para o estudo do trabalho em grupo em virtude da importância que esse modelo de trabalho assume no campo da saúde. Peduzzi (2008) afirma que o trabalho em equipe na área da saúde responde à necessidade de integração das disciplinas e das profissões, entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença. Ainda, segundo esta autora, a complexidade dos objetos de intervenção, a intersubjetividade que permeia o trabalho no encontro profissional-usuário, e a interdisciplinaridade, são características presentes nos processos de trabalho que requerem que a assistência e o cuidado em saúde sejam organizados na lógica do trabalho em equipe, em substituição a atuação profissional isolada e independente.

Pelo fato de nosso objeto de pesquisa pertencer ao sistema público de saúde, se apresentam algumas particularidades que precisam ser consideradas. O SUS é apresentado como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 2000). Estão incluídas nessa definição: 1. atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas à promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e cuidados paliativos, relacionados a agravos e doenças; 2. serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (nas três esferas: federal, estadual e municipal), bem como em outros espaços, incluindo o domiciliar e em

outros equipamentos sociais; 3. ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas até cirurgias complexas e transplantes; 4. intervenções ambientais no seu sentido mais amplo; 5. instituições públicas voltadas para o controle da qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde (KUSCHNIR et al., 2011). O SUS ainda integra vários serviços privados e estabelece parcerias público-privadas, que são remunerados com recursos públicos destinados à saúde.

Assim, convivem em um mesmo sistema diferentes lógicas de organização das ações e serviços de saúde, orientadas segundo critérios diversos: tipos de serviços envolvidos, níveis de complexidade da atenção à saúde, direcionalidade das ações desenvolvidas (grupos populacionais e áreas específicas da atenção à saúde), papel desempenhado no sistema, entre outras (KUSCHNIR et al., 2011). Tais lógicas permeiam uma estrutura administrativa complexa que envolve múltiplos atores de diferentes esferas tais como o Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Conselhos de Saúde, instituições parceiras, equipamentos de saúde, agências reguladoras, entre outros.

A ilustração deste cenário torna-se necessária para situar o interesse do estudo e a abordagem utilizada na condução desta pesquisa. As decisões estratégicas e operacionais que determinam os propósitos e as condições de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família tomam forma nas diferentes instâncias desse complexo sistema. Nesta dissertação, o foco incide sobre o cotidiano de trabalho das equipes. Assim, não se busca compreender como as condições organizacionais as quais as equipes estão submetidas tomam forma, mas sim investigar quais são as condições que podem minimizar as dificuldades enfrentadas pelas equipes ESF, frente a intangibilidade e a participação do usuário no processo produtivo.

Importante também aclarar que na ESF, as relações com a população de referência foram delineadas para ocorrer tanto sob a forma de participação ou controle social sobre os serviços (por meio dos conselhos gestores, dos conselhos e comissões de saúde), quanto para ocorrer em um plano mais microscópico, que compreende as relações entre os profissionais e seus usuários no cotidiano da execução dos serviços de atenção à saúde (CREVELIM e PEDUZZI, 2005). Neste estudo, o interesse recai sobre esta relação cotidiana, e o foco incide sobre os

mecanismos utilizados pelas equipes para apoiar a participação do usuário nos processos de cuidado da sua própria saúde e da saúde de sua família.

Na literatura de Gestão de Serviços, fazendo referência ao destinatário dos serviços, frequentemente encontramos os termos cliente, consumidor e usuário. Nos serviços públicos, o termo usuário tem sido utilizado para designar a pessoa que utiliza os serviços disponibilizados pelo Estado a todos os cidadãos (SILVA et al. 2007), portanto, este será o termo utilizado neste estudo para fazer referência aos destinatários dos serviços oferecidos pelas equipes ESF.

Consideramos na análise dos casos, quando necessário, as particularidades do serviço público que o diferencia consideravelmente do serviço privado em alguns aspectos, tais como aqueles relacionados à complexidade dos processos decisórios, à autonomia dos gestores e à disponibilidade de recursos, além das particularidades específicas desses serviços na área da saúde.

1.4. OBJETIVO DE PESQUISA

Os trabalhos de dois pesquisadores, Marx (2008, 2010) e Hackman (2012), que, com enfoques diferentes, investigaram com maior profundidade o trabalho em grupo, são utilizados como referência neste estudo. Marx dedicou grande parte de seu trabalho ao estudo de organizações que adotaram o modelo de trabalho em grupo com autonomia como forma de responder, com flexibilidade e agilidade, às demandas atuais. Hackman, por sua vez, investiu no estudo do trabalho em equipe, preocupando-se com a efetividade e com os aspectos organizacionais que apresentam maior impacto sobre ele. Os pesquisadores coincidem ao apontar que algumas condições organizacionais favorecem esse modelo de trabalho. Essas condições compreendem os aspectos organizacionais, tais como tratamento dado aos níveis hierárquicos e à estrutura de poder, composição das equipes, abrangência e nível de autonomia atribuída às equipes; aspectos técnicos ou estruturais, tais como recursos físicos e materiais, sistemas de apoio, sistemas de informação, sistemas de avaliação e sistemas de remuneração; e aspectos culturais, tais como a maneira como a organização lida com as falhas e acertos nos seus diversos níveis.

Observa-se que nos trabalhos de Marx (2008, 2010), os casos analisados referem-se a organizações pertencentes predominantemente ao ambiente industrial,

sendo, em sua maioria, empresas automotivas, empresas de autopeças e empresas do setor químico. Marx (2008, p.124), ao estender seu trabalho para organizações não industriais, aponta para o fato de que o Brasil apresenta poucas referências de casos de implantação de equipes em organizações de serviços e menos ainda em serviços públicos e, portanto, necessita de um número maior de estudos neste tipo de organização, indicando uma oportunidade de investigação que pode resultar em contribuições para o estudo do trabalho em grupo.

Hackman (2012), por sua vez, não ressalta diferenças específicas relativas ao tipo de organização estudada em seu trabalho, o que suscita a seguinte questão: seria possível identificar outras condições organizacionais que venham a facilitar o trabalho em grupo em atividades em que prevalecem a intangibilidade do objeto de trabalho e a participação do usuário no processo produtivo?

Os serviços de atenção à saúde oferecidos pela Estratégia Saúde da Família reúnem as condições de interesse para esta investigação.

Diante do exposto, esta dissertação tem como objetivo identificar as condições organizacionais que podem favorecer o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família frente aos desafios decorrentes da intangibilidade do objeto de trabalho e da participação do usuário no processo produtivo.

Em atividades de serviços, o contexto e suas particularidades dificultam a generalização dos resultados para qualquer que seja o objeto de pesquisa. Este trabalho busca contribuir, nos limites impostos pelo seu foco e método de pesquisa, para o estudo do trabalho em grupo, apontando possibilidades para favorecer este modelo de trabalho em atividades nas quais a intangibilidade do objeto de trabalho e a participação do usuário prevalecem.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi realizada uma revisão de literatura utilizando-se um referencial de Organização do Trabalho e de Gestão de Serviços, abordando os temas: trabalho em grupo, coordenação do trabalho, operações de serviços e serviços públicos de saúde. O encontro das diferentes perspectivas teóricas ofereceu os subsídios necessários ao desenvolvimento das questões de pesquisa deste estudo, que são apresentadas no final da próxima seção.

2. REVISÃO CONCEITUAL

2.1. SERVIÇOS E ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇO

2.1.1. Desafios relacionados à produção de serviços

Serviço é uma atividade de difícil caracterização (SALERNO, 2001, p.14). A diversidade de organizações e a influência de fatores como grau de participação do cliente ou de interação com o serviço, grau do uso de tecnologia, nível de especialização dos profissionais envolvidos, entre outros, podem diferenciar significativamente um serviço de outro. Como consequência, encontramos na literatura várias tipologias para serviços fundamentadas em diferentes perspectivas.

Além dessa característica diversa do setor, torna-se cada vez mais difícil distinguir organizações de serviços de organizações de produtos, uma vez que a interdependência entre as ambas tem aumentado significativamente (BOWEN e FORD, 2002; FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2005). Para que uma empresa de serviços de telefonia possa oferecer uma boa cobertura aos seus clientes, ela depende de uma série de atividades tipicamente industriais, tais como instalação e manutenção de fiação de redes, solda de cabos e programação de centrais telefônicas (SALERNO, 2001). Por outro lado, a lucratividade dos bens manufaturados depende cada vez mais da oferta de serviços com valor agregado (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2005), como no caso da indústria de automóvel, onde a oferta de um bom serviço de manutenção pode representar um forte diferencial na decisão de compra dos consumidores.

Apesar da dificuldade de se distinguir as organizações de serviços, vários autores identificaram e analisaram aspectos que diferenciam a gestão de serviços da gestão de produtos. A intangibilidade do que está sendo produzido, a simultaneidade da produção e do consumo, a impossibilidade de armazenamento ou perecibilidade, e a heterogeneidade dos processos de produção são características presentes, com maior ou menor variação, nos sistemas de produção de serviços (SILVA, 2010) que demandam alterações nos processos de gerenciamento de produção: a divisão do trabalho dá lugar à integração do mesmo, pelo fato de o cliente buscar um único ponto de contato para satisfazer por completo sua necessidade; a gestão deve preocupar-se com o ajuste da relação demanda e capacidade de produção, uma vez

que o serviço não pode ser estocado; a padronização deve dar lugar à customização para dar conta das especificidades de cada cliente, de cada solução e da imprevisibilidade da demanda (TEBOUL, 2006). Observa-se então que a natureza do trabalho vai se modificando para se ajustar a essas necessidades (OKHUYSEN e BECHKY, 2009).

2.1.1.1. Intangibilidade

Bowen e Ford (2002) argumentam que a intangibilidade e suas consequências geram as maiores diferenças nas formas pelas quais as organizações de serviços são geridas. A intangibilidade refere-se à condição imaterial do que está sendo produzido, pois o serviço não pode ser tocado ou visualizado como um objeto e nem sempre é possível para a organização retratar de maneira clara para o cliente-usuário o serviço que será oferecido. Em algumas atividades, como por exemplo, em uma consultoria de gestão empresarial, na produção de um filme publicitário, ou num serviço de cuidado da saúde, o serviço precisa ser idealizado e definido pelos envolvidos no seu desenvolvimento. Porém tal idealização é subjetiva e, portanto, pode apresentar variações significativas, dependendo da interpretação que cada participante do processo apresentará. Dessa maneira, torna-se importante explorar o que se pretende obter, aonde se quer chegar, qual caminho levará ao resultado pretendido, aproximando as diferentes interpretações e expectativas. A intangibilidade compreende, então, a imaterialidade do que está sendo produzido e a subjetividade, que possibilita diferentes interpretações deste trabalho imaterial pelos integrantes do processo de produção, incluindo o cliente. A intangibilidade se apresenta em todas as fases do processo produtivo do serviço, desde sua definição.

A intangibilidade provoca diferenças no modo como o cliente e a organização lidam com o processo produtivo do serviço e com o resultado do mesmo. Do ponto de vista do cliente, a intangibilidade dificulta a decisão de compra do serviço (CORREA e CAON, 2010; FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2005). Uma vez que não pode tocar, sentir ou avaliar o resultado do serviço antes da aquisição, o cliente percebe mais riscos nesta decisão e, quando possível, busca fortalecê-la com base na reputação, na imagem da empresa ou em referências de terceiros, que, por sua vez, passam a conformar o "ativo intangível" da organização. Hubault (2011) destaca que a natureza imaterial está presente inclusive em recursos utilizados no processo

produtivo do serviço, tais como, confiança, cooperação, competência, saúde, e diferentemente do que ocorre com os recursos materiais, o recurso imaterial pode se desenvolver com o uso. Consequentemente, as organizações devem projetar seus serviços, levando em consideração o peso destes ativos intangíveis para o cliente (GIANESI e CORREA, 2010) e devem ser capazes de reconhecer e gerir os recursos imateriais envolvidos na produção dos serviços (HUBAULT, 2011).

Adicionalmente, Hubault (2011) argumenta que a intangibilidade prejudica a objetivação, não sendo possível estabelecer uma relação direta entre quantidade de trabalho e quantidade de produto, o que dificulta o planejamento e a avaliação do progresso do serviço. Dessa maneira, torna-se importante verificar o que se espera modificar com o serviço para que a avaliação possa ser obtida pela comparação do resultado com a expectativa estabelecida possibilitando a mobilização das ações subsequentes. A intangibilidade torna mais complexos os processos de especificação do serviço, de planejamento do trabalho, de mensuração de desempenho e de avaliação de qualidade (BOWEN e FORD, 2002; HUBAULT, 2011; TEBOUL, 2006).

2.1.1.2. Participação do usuário no processo produtivo

A participação do cliente/usuário nas diversas etapas do processo produtivo é outro fator que gera grandes desafios para a gestão das atividades de serviços (GADREY, 2001; HUBAULT, 2011; ZARIFIAN, 2001). O grau de participação do usuário pode variar muito de um serviço para outro. Em certas atividades de serviços, como, por exemplo, nos serviços de fornecimento de energia ou de telefonia, o papel do cliente se limita ao de consumidor. Embora não seja necessária sua participação no processo de produção, suas expectativas em relação ao serviço são de extrema importância para as organizações por direcionarem suas estratégias. Entretanto, nos serviços de educação ou de saúde, por exemplo, o resultado somente é obtido de maneira satisfatória se houver cooperação do usuário. Sem o interesse e o esforço do aluno, o aprendizado não irá se concretizar. Sem o ajuste dos hábitos alimentares, do nível de stress ou dos medicamentos, conforme o prescrito pelos profissionais de saúde, o controle da pressão arterial do paciente não ocorrerá.

Nos serviços relacionais, nos quais a cooperação entre o cliente/usuário e os profissionais é central na produção do serviço, ele deixa de ser apenas um consumidor, e sua colaboração passa a se refletir na efetividade da atividade (GADREY, 2001; HUBAULT, 2011), implicando na necessidade ainda maior da adaptabilidade dos processos de trabalho. O usuário passa a desempenhar o papel de coconceptor, coprodutor e colaborador na atividade, e, portanto, as condições de trabalho devem ser pensadas para facilitar esta atuação. Quando o serviço é oferecido como uma solução para as demandas específicas de um cliente/usuário, a compreensão da necessidade ou expectativa do mesmo com relação ao resultado passa a ser fundamental para a definição da solução (JOHNSTON e CLARK, 2010; SILVESTRO, 1999; ZARIFIAN, 2001). A compreensão dos problemas específicos de cada cliente, a capacidade de escutar e entender, o conhecimento dos instrumentos oferecidos pela organização para a elaboração das possíveis soluções, a capacidade de avaliação e determinação da solução, passam a ser requisitos para que os profissionais envolvidos na prestação do serviço possam realizar seu trabalho. O trabalho deixa de ser passível de objetivação, padronização e prescrição e passa a requerer um prolongamento direto da competência pessoal de cada trabalhador para a mobilização diante da situação profissional (ZARIFIAN, 2001).

Hubault (2011) afirma que a participação do usuário no processo produtivo traz desafios para os envolvidos no mesmo, e destaca:

- 1) Para que o cliente/usuário tenha condições de "trabalhar" ou "cooperar", é necessário que a organização ofereça os meios materiais, organizacionais e cognitivos necessários à sua participação na atividade. A necessidade de reconhecer o que o usuário necessita para atuar adequadamente e de disponibilizar os recursos apropriados para sua atuação, acabam por gerar uma sobrecarga adicional para a organização e para os profissionais. Por outro lado, sem os recursos necessários, a colaboração é impactada e, conseqüentemente, os objetivos não são alcançados.

- 2) Deve existir uma paridade das posições dos envolvidos na relação, isto é, o papel do cliente/usuário deve ser valorizado em um grau tal que permita que ele não se torne um obstáculo. Deve haver um equilíbrio na relação para que não haja abuso ou arbitrariedade de qualquer uma das partes. Quando a organização coloca o cliente/usuário numa posição de "cliente-rei", ou seja, aquele que deve ter suas necessidades ou expectativas atendidas a qualquer custo, ela coloca o profissional

em situação de desvantagem e o deixa “refém” na relação, prejudicando sua atuação e sua satisfação com o trabalho. No outro extremo, não valorizar o usuário ou não considerá-lo como importante na execução da atividade pode possibilitar o comportamento arbitrário do funcionário, deixando o cliente passivo e sem escolha.

Ainda de acordo com Hubault (2011), para que as atividades tenham fluidez, a organização deve reconhecer e gerir esta relação profissional-usuário, ressaltando que esta gestão não deve ser entendida como controle ou prescrição, mas sim como facilitação.

2.1.1.3. O trabalho em um contexto de trajetórias possíveis

Os serviços caracterizados pela forte interação entre o cliente e o prestador, nos quais o cliente busca no profissional uma qualificação ou especialização necessária para atendimento de suas demandas específicas e, em grande parte dos casos, participa de maneira ativa em diversas fases do processo produtivo, são classificados na literatura como *serviços profissionais* (GIANESI e CORRÊA, 2010; SILVESTRO, 1999). Organizações de diferentes naturezas, tais como consultorias especializadas de diversas áreas, serviços de saúde, empresas de desenvolvimento de softwares, entre outras, apresentam tais características.

A ênfase da organização de serviço profissional está no fornecimento de soluções complexas para atender as diversas necessidades de seus clientes-usuários (JOHNSTON e CLARK, 2010). A atividade, na maioria das vezes, depende de conhecimentos específicos e habilidades diferenciadas que são encontrados em profissionais qualificados, também conhecidos como trabalhadores do conhecimento. O cliente-usuário assume uma importância significativa no processo de especificação do serviço, uma vez que precisa esclarecer sua necessidade ou sua expectativa (SILVESTRO, 1999). Nestas atividades, a necessidade de customização é alta exigindo habilidades e autonomia dos profissionais, que neste contexto, tornam-se responsáveis pela definição de parte significativa do processo de trabalho (GIANESI e CORRÊA, 2010; SILVESTRO, 1999).

Quando o serviço é oferecido como uma solução para uma necessidade ou uma expectativa do cliente-usuário, frequentemente esta solução pode não ser única. Podem existir diferentes possibilidades e caminhos para o atendimento de uma necessidade específica de um cliente, e sem que haja o estabelecimento de uma

visão comum da solução e do resultado esperado não é possível identificar as tarefas necessárias para a composição do serviço e nem reconhecer as interdependências nas diferentes tarefas durante o processo.

Observamos que nos serviços profissionais encontramos, com frequência, atividades realizadas de maneira individualizada, onde o profissional e o usuário interagem na busca de uma solução para uma determinada necessidade. Entretanto, em serviços cuja complexidade do objeto de trabalho é grande, e dependente da reunião de conhecimentos, maior a necessidade de informação e de interação entre profissionais de diferentes expertises ou funções e frequentemente o trabalho é projetado para ser desempenhado por grupos de profissionais de diferentes áreas.

Faraj e Xiao (2006) avaliam o trabalho altamente contextualizado (que vai se definindo em função da lógica das situações que vão se apresentando no decorrer do seu desenvolvimento) e dependente de conhecimento multi ou interdisciplinar e propõem uma alteração na lente utilizada para a compreensão do trabalho: a lente da "prática" e das "trajetórias", em substituição a lente dos "processos" e "rotinas". Em uma unidade de emergência de um hospital, por exemplo, ao atender uma vítima de ocorrência grave, a equipe de socorro tem como objetivo final estabilizar o paciente, entretanto não é possível antever a sequência de ações necessárias, pois elas dependem das respostas apresentadas pelo paciente a cada intervenção realizada.

Ainda de acordo com Faraj e Xiao (2006), rotinas e processos configuram uma sequência de passos e são difíceis de serem utilizados no trabalho altamente contextualizado pelo fato de ele ser caracterizado pela novidade, pela imprevisibilidade e pela constante mudança das combinações entre tarefas, atores e recursos. Os pesquisadores apontam para o fato de que o tradicional conceito de interdependência como uma propriedade de ligação entre unidades organizacionais, atividades de trabalho, indivíduos e recursos, apresenta-se limitado nesse contexto, pois, as ligações apresentam-se indefinidas e variam de acordo com a lógica de cada situação. Esta visão prática rompe com as perspectivas que enfatizam demasiadamente o papel de regras e estruturas para explicar as atividades de trabalho, enfatizando o engajamento contextualizado dos atores e sua capacidade de efetuarem julgamentos práticos e normativos entre alternativas de trajetórias de ação.

O conceito de "trajetória" é utilizado para descrever possíveis sequências de ações em direção a um objetivo, com ênfase nas contingências e nas interações entre os atores. Faraj e Xiao (2006) argumentam que diferentemente do que ocorre no trabalho planejado por meio de rotinas e processos, a gestão do trabalho baseado em trajetórias deve colocar ênfase na progressão em direção a um objetivo, na atenção ao desvio desse objetivo, no desenrolar das ações e nas interações que lhe dão forma.

2.1.2. Definição e conceito de serviço

Alguns pesquisadores definem serviço como um processo de "mudança de condição" ou de "transformação" no estado ou nas condições de atividade do usuário (GADREY, 2001; ZARIFIAN, 2001, 2001a; HUBAULT, 2011). Zarifian (2001a) define produção de serviço como um processo que transforma as condições de existência de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos. O serviço deve, portanto, agir sobre as condições de uso ou sobre as condições de vida do destinatário (um cliente, um usuário), de maneira que responda às necessidades e expectativas deste último. Os serviços de saúde, por exemplo, se incumbem da transformação das condições de saúde da população, assim como as escolas agem sobre as condições dos usuários, que se tornam mais capacitados para diversas atividades ao se apropriarem dos conhecimentos ensinados.

Esta definição torna mais concretos os conceitos de clientes e usuários e os usos que os clientes podem fazer do produto ou resultado do serviço oferecido pela organização, ressaltando a finalidade do serviço: atender as necessidades ou expectativas do destinatário (ZARIFIAN, 2001).

Para que o processo de transformação possa ocorrer de modo satisfatório, a proposição de serviço oferecido pelo prestador deve coincidir com as necessidades ou expectativas do usuário. O *conceito do serviço* se apresenta como uma ferramenta importante para as organizações por auxiliar na definição e na comunicação do serviço que elas pretendem criar e entregar. Ele traduz o "quê" e o "como" a empresa pretende efetuar para criar valor para os seus clientes (JOHNSTON e CLARK, 2010; CORRÊA e CAON, 2010). Partindo de uma perspectiva organizacional, o conceito de serviço se traduz no modo como a organização gostaria de ter seus serviços percebidos pelos clientes, funcionários,

acionistas e financiadores, representando assim um elemento importante para o direcionamento das estratégias da organização e das decisões operacionais, para o alinhamento de objetivos e para a manutenção do foco (HESKETT, 1986; JOHNSTON e CLARK, 2010).

A partir de uma perspectiva do cliente, o *conceito de serviço* se traduz no modo como ele percebe os serviços da organização e representa a maneira pela qual ele visualiza e valoriza aquilo que a organização está lhe oferecendo (HESKETT, 1986; JOHNSTON e CLARK, 2010).

Observamos, desse modo, que para apreender o conceito de serviço de uma organização, é importante avaliá-lo sob as duas perspectivas: a da organização e a do cliente. Tais visões, representadas por figuras mentais, nem sempre se encontram, pois os clientes podem apresentar dificuldades em entender aquilo que a organização está oferecendo ou mesmo atuar por um entendimento equivocado. Algo semelhante também pode ocorrer com as organizações com relação às necessidades ou expectativas dos clientes. Assim, o conceito de serviço apresenta-se fundamental para as organizações não apenas como ponto de partida para a elaboração das diretrizes estratégicas e operacionais, mas também como uma poderosa ferramenta de avaliação, tendo em vista que pode possibilitar a identificação da necessidade de ajustes nessas diretrizes.

2.1.3. Organizações de serviço público

O interesse pelo estudo direcionado a gestão de operações de serviços cresceu significativamente a partir da década de 80 com o reconhecimento de sua importância. Alguns pesquisadores observam, porém, que a maior parte dos estudos sobre o tema concentra-se no serviço oferecido pelo setor privado, em um ambiente de negócios competitivo e com fins lucrativos, muito embora o setor público e as organizações sem fins lucrativos apresentem igual necessidade de gestão e integração estratégica de seus serviços (JOHNSTON e CLARK, 2010; VOSS et al., 2005).

O serviço público é aquele prestado pela Administração Pública ou por seus representantes, seguindo normas e controles estatais, para satisfazer necessidades essenciais ou secundárias da coletividade ou por conveniência do Estado (MEIRELLES, H.L., 1997). Silva et al. (2007) observam que a definição de serviço

público deve, necessariamente, vir acompanhada da compreensão mais abrangente do papel do Estado no desenvolvimento de ações de proteção à população. Suas ações são dirigidas por princípios gerais estabelecidos na Constituição e as operações dessas ações refletem as adaptações às condições reais de implantação e gestão do serviço, podendo envolver interesses conflitantes que as tornam mais complexas (SILVA et al., 2007). A necessidade de reduzir custos dos serviços estatais, um objetivo econômico, pode entrar em contradição com objetivos de acessibilidade a certos serviços. Objetivos políticos, como responder à expectativa de determinada comunidade, podem ser contrários ao objetivo de distribuir recursos de acordo com as necessidades (DUSSAULT, 1992).

Dussault (1992) identifica algumas particularidades das organizações de serviços públicos que devem ser consideradas: a autonomia das organizações públicas é mais restrita, uma vez que os objetivos, ainda que os centrais, são fixados por uma autoridade externa, de modo que o âmbito de decisão dos gestores tende a ser mais limitado que no setor privado; as regulamentações estatais tendem a ser aplicadas indiscriminadamente às distintas organizações públicas, o que pode trazer maior rigidez para os processos decisórios e operacionais; os recursos disponíveis tendem a depender da decisão política e das flutuações de capacidade econômica do Estado.

Adicionalmente, as organizações públicas, a princípio, têm uma obrigatoriedade da prestação do serviço que não existe no setor privado, o que significa que não há a possibilidade de selecionar ou limitar a clientela, o que pode entrar em conflito com a limitação de recursos. Por outro lado, diferentemente do setor privado, as organizações públicas não são submetidas às regras do mercado e podem sobreviver mesmo quando não são eficientes.

Abordando as especificidades dos serviços públicos de saúde, Dussault (1992) apresenta que a importância social e econômica do setor faz com que ele seja disputado por atores que apresentam interesses muito divergentes e conflitantes, tornando mais complexa a tarefa de gerir o sistema de um ponto de vista estrutural: os usuários querem serviços mais baratos e de qualidade; os profissionais desejam desenvolver suas habilidades, prestar um bom serviço e obter uma boa renda; o governo almeja benefícios políticos e, os prestadores de serviços privados e os fornecedores desejam fazer negócios lucrativos.

Adicionalmente, nesses serviços, as decisões comportam uma dimensão ética e moral importante. Há questões de ética biomédica, como as ligadas ao sigilo, ao direito do usuário à informação sobre sua condição ou à garantia de continuidade do tratamento, e questões relacionadas à ética administrativa, tais como as relativas à escolha de prioridades (crianças ou idosos, serviços preventivos ou equipamentos superespecializados) que implica na alocação de recursos em um contexto de recursos limitados, tornando os processos decisórios mais complexos.

2.2. ORGANIZAÇÃO QUALIFICANTE, PRINCÍPIOS SOCIOTÉCNICOS E MODELO ORGANIZACIONAL

No serviço oferecido como uma solução para uma necessidade específica e complexa do cliente/usuário, o trabalho frequentemente é projetado para ser desempenhado por um grupo de profissionais de diferentes áreas ou funções e sua realização passa a depender do engajamento contextualizado de todos os profissionais. Nesse cenário, dois aspectos tornam-se essenciais para o processo produtivo: a competência e a autonomia dos atores envolvidos (FARAJ e XIAO, 2006; GIANESI e CORREA, 2010; SILVESTRO, 1999).

Na literatura, os trabalhos de Zarifian (2001; 2001a; 2001b) apresentam grande preocupação com esses dois aspectos e com a capacidade de desenvolvimento dos mesmos pelas organizações. Sob outra perspectiva, na Escola Sociotécnica e nos grupos Semiautônomos, o referencial teórico para o trabalho em grupo privilegia a autonomia, a multifuncionalidade, ou complementaridade de conhecimentos e funções, e a possibilidade de aprendizagem no ambiente produtivo. De modo conciso, os conceitos apreendidos dessa literatura são apresentados a seguir.

2.2.1. Evento, competência e autonomia

Considerando que a flexibilidade operacional necessária às organizações passa a ser promovida, em grande parte, pela capacidade dos profissionais de se mobilizarem frente às diferentes situações que se apresentam em seu cotidiano, sua competência e autonomia tornam-se essenciais para as organizações. A flexibilidade se faz necessária tanto para atender à variabilidade das situações que se apresentam, quanto para acomodar as situações imprevistas que podem vir a

interromper o processo produtivo planejado, e que ocorrem com uma frequência cada vez maior, na atualidade.

Zarifian (2001) define evento como sendo o que ocorre de maneira parcialmente imprevista, inesperada, vindo perturbar o desenrolar normal do sistema de produção, e que passa a exigir uma intervenção humana para que ações sejam mobilizadas para solucionar o ocorrido. Os eventos podem advir de problemas internos à organização, como falha de equipamentos ou falta de material, ou por situações externas, como por exemplo, forte variabilidade da demanda de um produto, ou um surto de uma enfermidade para o sistema de saúde. Assim, o evento instiga a empresa a enfrentá-lo e a encontrar uma solução adequada, demandando uma capacidade de resposta da organização que depende cada vez mais das competências individuais dos seus profissionais e, muitas vezes, de uma competência coletiva, por exigir a mobilização de diversos atores em torno de uma situação.

A competência e a autonomia estão intimamente ligadas. A autonomia precisa ser reconhecida pela organização como forma pela qual se busca a mobilização dos indivíduos e dos grupos, tanto no processo produtivo, quanto na implementação de estratégias de competição que interessam à organização (MARX, 2008; ZARIFIAN, 2001). O exercício da autonomia pressupõe que os profissionais tomem iniciativas, decidam entre as várias possibilidades aquela que melhor se ajusta à situação apresentada, entendam seus limites de atuação, compreendam as consequências dos seus atos, requisitem a participação e a mobilização de outros profissionais quando necessário, além de pressupor que os profissionais se responsabilizem por suas ações. O exercício da autonomia não pode prescindir das competências, e elas, por sua vez, vão se desenvolvendo com o exercício da autonomia.

2.2.2. Motivação e mobilização de competências

Zarifian (2001, 2001b) afirma que mesmo quando a organização cria condições favoráveis para o desenvolvimento das competências, elas somente são utilizadas e se desenvolvem como consequência de uma automobilização do indivíduo. Assim, a motivação é fundamental para que o profissional mobilize suas competências diante das situações de trabalho. A motivação está relacionada ao sentido que o indivíduo atribui, e percebe atribuído, a sua atividade profissional.

O pesquisador relaciona este "sentido" ao sentimento do indivíduo em relação à *utilidade* de sua atividade de trabalho, para o destinatário de sua tarefa e para a sociedade; à relação que o indivíduo pode estabelecer entre sua atividade e ao sistema de *valores* que orienta esta atividade, ou seja, se o indivíduo se reconhece nesses valores, a automotivação para a mobilização das competências passa a ser uma consequência; aos *projetos pessoais* do profissional, ou seja, a relação que o indivíduo estabelece entre seus atos profissionais e à construção de seu próprio futuro, que incluem suas perspectivas profissionais e pessoais.

Zarifian (2001) discute a necessidade de se revisitar o conjunto das práticas de gestão de Recursos Humanos sob a lógica da competência e da autonomia. A gestão de recursos humanos passa a ter o papel de assegurar a convergência e a coerência entre as competências necessárias para a realização dos objetivos da empresa e a motivação necessária para a automobilização destas competências pelos profissionais. O pesquisador ressalta a importância dos processos de recrutamento, seleção e avaliação levarem em conta o sentido atribuído pelos profissionais ao trabalho e seus projetos individuais.

2.2.3. Organização qualificante

A competência está relacionada à capacidade de resposta dos indivíduos às diversas situações que se apresentam e à responsabilidade assumida por eles em relação aos efeitos dessa ação. Ao mesmo tempo em que a organização passa a depender dessas competências, ela necessita efetuar escolhas organizacionais, estruturais e culturais que possibilitem seu desenvolvimento, que permitam que os profissionais disponham de autonomia para o exercício do trabalho e que garantam o alinhamento dos indivíduos em direção ao propósito organizacional.

Zarifian (2001) utiliza o conceito de *Organização Qualificante* para caracterizar as organizações que reconhecem a necessidade de uma contínua aprendizagem profissional e propiciam um espaço para que as competências individuais e coletivas possam ser desenvolvidas, explorando situações em que este espaço pode ser criado.

Os profissionais podem adquirir o conhecimento sobre o processo de trabalho observando as rotinas, os hábitos e os processos produtivos e participando da

retificação de erros desse processo de modo reflexivo, adquirindo um conhecimento prático sobre as ações mais adequadas para cada situação.

Além de se ater às situações rotineiras, os profissionais precisam desenvolver uma capacidade de adaptação a situações mutantes, observando que as oportunidades de aprendizagem surgem mais fortemente com o tratamento dos eventos ou situações críticas inesperadas. Os imprevistos desestabilizam os esquemas normais, exigindo, muitas vezes, ações extraordinárias que podem acarretar em prejuízos ou ganhos para o processo produtivo. Se, independentemente do resultado, tais situações forem reconhecidas e tratadas como oportunidades de aprendizado pela organização e pelos envolvidos, possivelmente propiciarão o desenvolvimento das competências.

A organização qualificante é aquela que se utiliza de todas as ocasiões para aprendizado e de todas as possibilidades para transferir conhecimento entre as pessoas, buscando o desenvolvimento individual e organizacional e permitindo que a autonomia possa ser exercida com segurança.

O conceito de Organização Qualificante de Zarifian (2001) focaliza a necessidade da aprendizagem contínua do profissional. Entretanto, considerando que as condições de trabalho devem ser pensadas para facilitar a atuação do usuário em atividades onde ele participa no processo produtivo (HUBAULT, 2011), torna-se necessária a ampliação da abrangência deste conceito, estendendo-o ao usuário. Assim, torna-se importante focalizar também a necessidade de aprendizagem dos usuários, identificando os conhecimentos ou habilidades que precisam dispor para atuarem adequadamente nos processos em que estão envolvidos e viabilizar formas de auxiliá-los na aquisição ou desenvolvimento de capacidades (instrução, capacitação, treinamento, etc.).

2.2.4. Escola sociotécnica e grupos semiautônomos

A Escola Sociotécnica surgiu como uma das abordagens organizacionais que buscaram uma alternativa ao modelo "clássico" ou modelo "taylorista" de produção, no sentido de propor esquemas mais flexíveis de organização (MARX, 2010; SALERNO, 2009). Ela começou a se desenvolver em meados dos anos 50, a partir de um trabalho de pesquisa realizado pelo Instituto Tavistock, de Londres, sobre o trabalho de mineradores de carvão, em um contexto no qual dois fatores se

apresentavam relevantes: o descontentamento dos trabalhadores em relação ao trabalho, com aumentos significativos de faltas e de doenças laborais, e a introdução da automação nos diversos sistemas de produção que traziam consequências significativas no volume e na natureza do trabalho (MARX, 2010). A automação substituía grande parte das atividades passíveis de padronização anteriormente realizadas pelos indivíduos e passava a exigir do trabalhador uma habilidade de interferir nas situações de ajustes do processo produtivo, atuando na solução de problemas. Assim, esquemas organizacionais capazes de se adaptar às mudanças, de se autoajustar e de fazer maior uso da capacidade criativa dos indivíduos passaram a ser almejados.

Pela perspectiva sociotécnica, as organizações são formadas por dois sistemas: o sistema técnico, que incorpora os aspectos tecnológicos, o layout, as instalações, e os métodos do trabalho que compõem o sistema produtivo, e o sistema social, que integra as atividades das pessoas que operam, mantêm, renovam e garantem o funcionamento do sistema técnico e todas as suas interações, incorporando cultura, crenças, experiências e valores. O sistema social passa a ter a mesma relevância do sistema técnico e os objetivos organizacionais são mais bem atendidos por meio do equilíbrio e da otimização conjunta destes dois sistemas (CHERNS, 1976). Um sistema não deve se sobrepor ao outro e ambos devem ser desenvolvidos em conjunto.

Os conceitos da escola sociotécnica foram reunidos em princípios que devem ser observados no projeto organizacional, podendo-se destacar: 1) o princípio da compatibilidade, que ressalta a importância da aderência entre o projeto organizacional e seus objetivos, 2) o princípio da mínima especificação crítica, que sustenta que o projeto deve se ater a um mínimo de prescrições, reduzidas ao essencial, para que os trabalhadores e grupos possam apresentar a capacidade de resposta exigida à organização, porém com alta especificação dos objetivos, permitindo clareza aos envolvidos, 3) o princípio do controle de variâncias, que indica que os desvios de padrões ou procedimentos devem ser eliminados ou controlados no ponto mais próximo possível de sua origem, 4) o princípio da multifuncionalidade, indicando que os membros do grupo devem ter capacidades variadas, 5) o princípio do fluxo de informação, que aponta que as informações devem estar disponíveis para aqueles que delas necessitam para executar suas tarefas, tomar decisões de forma autônoma e gerar ações, 6) o princípio da

incompletude, que coloca que a experiência de cada membro da organização deve se traduzir em aprendizado, melhorias de processos e preparação para contingências, e que podem e devem ser incorporados ao projeto organizacional ajudando a repensar e atualizar o mesmo e 7) o princípio dos valores humanos, que sustenta que a organização deve fornecer boas condições de trabalho, deve zelar pela satisfação dos seus funcionários e preocupar-se com o sentido do trabalho perante aos valores da sociedade. (BIAZZI, 1994; CHERNS, 1976; SALERNO, 2009).

Marx (2010) afirma que esses princípios buscaram introduzir a flexibilidade na alocação dos pontos de trabalho, maior flexibilidade do processo produtivo, um ambiente favorável ao crescimento profissional, maior capacidade de reação das empresas a ambientes externos cada vez menos previsíveis e estáveis e redução potencial de custos de produção por meio do melhor aproveitamento do trabalho humano, e que estas características passaram a ser perseguidas por um número crescente de empresas nas últimas décadas. Essas características também vieram de encontro às almejadas pelas organizações de serviços, que se afastaram da padronização e da produção em massa e buscaram a flexibilidade operacional como forma de atender às especificidades de seus clientes, oferecendo soluções customizadas.

Devido à base conceitual da escola sociotécnica e pelas experiências vividas pelos seus pesquisadores, uma forma específica de arranjo do trabalho é privilegiada: a de grupo semiautônomo (BIAZZI, 1994). Este arranjo se caracteriza por um grupo que possui uma responsabilidade coletiva frente a uma atividade ou a um objetivo de produção, cuja atividade direta do trabalho, porém, não é planejada externamente a ele. O arranjo de trabalho é definido pelos próprios membros do grupo que têm a prerrogativa de se organizar como acharem mais adequado. Esse grupo, portanto, assume aspectos relativos à divisão horizontal do trabalho, dividindo as tarefas e alocando os responsáveis ao mesmo tempo em que assume aspectos relativos à divisão vertical do trabalho, incorporando funções de controle e de supervisão, desempenhando a gestão do método e do ritmo de trabalho (SALERNO, 1999). Aos grupos devem ser oferecidos a autoridade, os recursos necessários à execução das atividades, além de instrumentos que permitam que possam avaliar sua performance. A autonomia está fortemente presente no grupo, porém, a

denominação do grupo como semiautônomo se deve ao fato de ele estar inserido no contexto de uma organização e, portanto, estar restrito às limitações desse contexto.

A crescente adoção do modelo de organização do trabalho baseado em grupos foi observada e analisada por alguns pesquisadores, Marx (2010) observa que dois tipos de grupos surgiram de forma predominante a partir dos anos 90: os grupos semiautônomos e os grupos enriquecidos. Os grupos enriquecidos referem-se aos grupos que surgiram em conjunto com o modelo de gestão japonês de produção enxuta - conhecido como "toyotismo" ou "ohnoismo" - que apresentam como objetivo maior a otimização do fluxo de produção, a redução de desperdícios e a melhoria contínua do processo e da qualidade da produção. Uma das principais características que diferencia esses dois grupos é relativa à abrangência de sua autonomia. Nos grupos enriquecidos a autonomia concentra-se, prioritariamente, nos aspectos relativos à gestão da produção enquanto nos grupos semiautônomos a amplitude da autonomia é maior. Como resultado do estudo de Marx (2010), os grupos semiautônomos mostram oferecer resposta potencialmente mais adequada à demanda por flexibilidade e inovação e é o utilizado como referência nesta pesquisa.

Os princípios da escola sociotécnica passaram a exercer influência de maneira crescente no desenvolvimento de modelos e como orientadores de mudanças organizacionais, sendo o principal referencial para a avaliação do trabalho em grupo com autonomia.

Embora reconheçam a importância dessa escola, alguns autores apontam limitações no que ficou conhecido como Escola Sociotécnica Tradicional. Salerno (2009, p. 421) argumenta que, embora seja abrangente, a abordagem oferecida por essa escola carece de regras práticas, oferecendo poucas ferramentas para o projeto organizacional e, como consequência, não se apresenta prática para os "executivos". Pesquisadores holandeses se envolveram com essa questão e desenvolveram o que ficou conhecido como Escola Sociotécnica Moderna. Ela representou um movimento na direção de uma teoria e prática de projeto organizacional, na década de 90, e visa o projeto de estruturas organizacionais simples, ou seja, com poucas divisões ou unidades, e trabalho complexo, em vez da tradicional estrutura complexa, com muitas unidades e trabalho simples, apresentando conceitos básicos que podem orientar o projeto organizacional (SALERNO, 2009).

Outras limitações apontadas são relevantes para o tema desta dissertação. Marx (2008) observa que a Sociotécnica Tradicional não aborda aspectos como a necessidade de interação com os clientes, o conhecimento das variáveis do ambiente que interferem no negócio e o conhecimento maior sobre a estratégia da organização, aspectos que passaram a assumir o protagonismo para as organizações, no cenário atual.

Outro ponto apontado por Marx (2008) que não é considerado pela Sociotécnica Tradicional se refere à abrangência dos processos operacionais e decisórios. No período de desenvolvimento da escola, a produção verticalizada e os processos produtivos e de gestão concentravam-se quase que totalmente dentro de uma organização. Com a desintegração vertical, as organizações operando em redes, e os processos de produção atravessando fronteiras organizacionais, a eficiência de uma organização passa a depender cada vez mais da eficiência de processos que atravessam um conjunto de organizações de porte e complexidade diferentes (MARX, 2008). Os processos de comunicação e de mobilização dos indivíduos e dos grupos tornam-se cada vez mais complexos e dependentes de relações e conexões entre organizações que carregam diferenças de estratégia, de cultura, de orientação, entre outros. Atualmente, esses aspectos precisam necessariamente ser considerados e os seus impactos na autonomia do trabalho dos grupos precisam ser avaliados.

2.3. GRUPO, TRABALHO EM GRUPO E TRABALHO EM EQUIPE

2.3.1. Definição de grupo, equipe e trabalho em equipe

Cohen e Bailey (1997) avaliaram os trabalhos mais relevantes publicados entre 1990 e 1996, sobre trabalho em equipe e trabalho em grupo, e concluíram que os termos "grupo" e "equipe" são utilizados sem distinção, entretanto "grupo" aparece com maior frequência na literatura acadêmica enquanto que "equipe" é mais utilizado na literatura de gestão para os executivos. Na área da saúde, "equipe" e "trabalho em equipe" são os termos mais utilizados tanto pela literatura acadêmica quanto pelos profissionais. Neste estudo utilizaremos os dois termos de modo equivalente.

Wageman et al. (2012) analisando diversas definições de equipe, observam que os pesquisadores, ainda que com variações, tradicionalmente definem uma equipe como "um conjunto estável de indivíduos que atuam de maneira interdependente para a realização de um propósito comum" e argumentam que esta definição carece de uma releitura para incorporar fenômenos atuais, dentre os quais se destacam:

1) Localização física: a tecnologia eliminou restrições físicas, permitindo que indivíduos realizem atividades coletivas e interdependentes sem a necessidade de estarem reunidos em um mesmo local, aumentando as possibilidades para a formação da equipe e para a realização do trabalho ao mesmo tempo em que aumenta a complexidade organizacional.

2) Fluidez dos membros: as equipes contemporâneas raramente têm certeza de qual subconjunto de membros pode ser necessário num dado momento uma vez que as atividades são cada vez menos prescritas e mais específicas e customizadas. Frequentemente seus integrantes identificam a necessidade de incluir papéis adicionais no decurso do trabalho. Portanto, a definição da composição dos grupos pela organização deve permitir a fluidez dos seus membros.

3) Múltiplas equipes: no passado era frequente que os membros de uma equipe pertencessem somente à mesma. Atualmente, é frequente que os membros trabalhem simultaneamente em mais de uma equipe, trazendo desafios para os profissionais e para as organizações, que podem vivenciar conflitos de prazos, de interesses e de prioridades. Entretanto, a participação simultânea em múltiplas equipes pode favorecer a integração entre as mesmas, a comunicação e o aprendizado organizacional.

4) Desenho do trabalho: as interdependências entre tarefas e atividades se apresentavam de maneira mais clara quando o trabalho podia ser prescrito e era passível de objetivação. Atualmente, as interdependências são cada vez menos claras e o desenho do trabalho é realizado de maneira dinâmica pelos próprios membros do grupo, que têm a autonomia e a prerrogativa de se organizarem da maneira que melhor se adapte à necessidade do momento. A complexidade e as incertezas do ambiente agravam esta indefinição.

5) Complexidade organizacional: os processos de trabalho ultrapassam as fronteiras de uma única organização, e frequentemente são formadas equipes com membros de organizações diferentes ou equipes cuja realização do trabalho depende de atividades de outras organizações.

Frente a estes fenômenos, Wageman et al. (2012) ressaltam que uma releitura da definição tradicional de equipe deve considerar as seguintes mudanças:

O "conjunto estável de indivíduos" que configurava a composição do grupo deve ser substituído pelo "conjunto estável de papéis" que os membros do grupo devem desempenhar. Os indivíduos que compõem a equipe mudam com frequência cada vez maior, mas os papéis dentro das equipes devem permanecer com uma razoável estabilidade, para que seja possível lidar com as frequentes mudanças individuais. O foco nos papéis em conjunto com a criação de mecanismos de adaptação podem minimizar os prejuízos das frequentes mudanças dos membros do grupo.

A "atuação interdependente" por sua vez, se apresenta mais dinâmica e independente do desenho prévio da atividade. Ao grupo, cabe o papel de se organizar para realizar suas atividades, portanto, a autonomia, as competências e a capacitação ganham uma importância cada vez maior e se refletem no grupo e na organização. Para que o grupo possa se organizar melhor, ter consonância de objetivos, entendimento dos processos, clareza dos papéis, e recursos críticos disponíveis, passa a ser essencial.

Outro fenômeno que pode ser observado nas equipes contemporâneas é a mudança do papel e da definição da liderança. Com frequência, a liderança operacional da equipe não é imposta e tampouco se apresenta constante, mesmo quando existe um membro responsável pela liderança formal do grupo, observa-se que a liderança operacional muda de mãos de acordo com o conhecimento necessário para a realização da atividade que está sendo efetuada no momento.

Wageman et al. (2012) e Hackman (2012) reforçam que independentemente das transformações do contexto, grupos ou equipes devem ser percebidos, por membros e por não membros como uma entidade. Consequentemente, seus membros são os representantes dessa entidade em quaisquer atividades nas quais estejam envolvidos, assumindo a atuação e a responsabilidade pelo grupo, e como tal, devem ser reconhecidos pelos não membros.

Revisitando a definição de Grupo Semiautônomo tal como exposta anteriormente, observamos que ela continua válida para os dias atuais. Esse será o referencial utilizado para o "trabalho em equipe" neste estudo e sobre ele serão realizadas as considerações das transformações do contexto que apresentem impactos para o trabalho em equipe.

2.3.2. Trabalho em equipe para a saúde

Ao avaliar o trabalho em equipe na área da saúde, Peduzzi (2001, 2008) identifica e caracteriza dois tipos de equipes: *equipe agrupamento* e *equipe integração*, que se diferenciam principalmente pela relação entre a dinâmica de trabalho e a interação dos seus profissionais. A equipe agrupamento pode ser descrita como um grupo de profissionais, que compartilham o mesmo espaço físico ou a mesma clientela e apresentam justaposições de ações. A equipe integração é descrita como um grupo de profissionais que numa mesma situação de trabalho privilegiam a integração, as interações de seus agentes e a articulação das ações.

Peduzzi (2008) afirma que embora ainda seja possível reconhecer equipes de saúde com características de agrupamento, a adoção de uma concepção ampliada de saúde e as mudanças nas políticas de saúde, nos modelos assistenciais, e nas políticas de recursos humanos em saúde, demandam que as práticas de saúde sejam realizadas por equipes multiprofissionais ou multidisciplinares com características de equipe-integração. Assim, segundo Peduzzi (2008, p.108):

o trabalho em equipe é uma modalidade de trabalho coletivo constituído por meio da relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação de profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação.

Ao explorar as especificidades das organizações de serviços de saúde no contexto público, Dussault (1992) destaca que estas são dependentes do trabalho de especialistas, atendem a necessidades complexas e subjetivas que envolvem variáveis multidimensionais (biopsicossociais) difíceis de avaliar e necessitam de flexibilidade em seus processos para que possam responder às especificidades dos seus usuários, portanto, estas organizações enfrentam o desafio de facilitar o trabalho autônomo ao mesmo tempo em que precisam garantir que este trabalho seja coerente com os objetivos organizacionais.

As equipes de trabalho inseridas nesse contexto, por sua vez, enfrentam os desafios de prestar os serviços de acordo com as necessidades de cada usuário (BOWEN e FORD, 2002; ZARIFIAN, 2001), integrar os usuários no processo de produção do serviço (HUBAULT, 2011), aproximar as diferentes perspectivas relativas ao processo e ao resultado do trabalho (HUBAULT, 2011; KELLOG et al.

2006), gerir o trabalho num contexto de trajetórias possíveis (FARAJ e XIAO, 2006), e, concomitantemente, procurar responder aos objetivos organizacionais (DUSSAULT, 1992).

2.3.3. Coordenação do trabalho

A coordenação é o processo que possibilita a realização do trabalho por integrar todos os elementos interdependentes necessários ao mesmo - as tarefas, os recursos, as pessoas - sendo considerada essencial para a obtenção dos resultados das operações (OKHUYSEN e BECHKY, 2009).

Nos primeiros estudos sobre o tema, a coordenação era vista como um elemento de integração entre áreas ou unidades organizacionais (MINTZBERG, 1995; VAN DE VEN, 1976) ou entre atividades (MALONE e CROWSTON, 1994) onde o gerenciamento das interdependências entre os elementos envolvidos, podia ser previamente planejado para tal propósito e disponibilizado de diferentes maneiras. As distintas formas pelas quais o processo de coordenação pode ser realizado são entendidas como *mecanismos de coordenação*. Eles facilitam a interação entre as pessoas ou dirigem as relações para a solução de problemas de trabalho (Silva, 2010). Os mecanismos de coordenação incluem elementos formais e pré-estabelecidos, como planos, programação, normas e procedimentos e elementos informais e emergentes capazes de lidar com contingências não planejadas, e que foram retratados com variações por diferentes autores, tais como o “ajuste – mútuo” (Mintzberg, 1995) e a “coordenação relacional” (Gittel, 2002).

Okhuysen e Bechky (2009) realizaram uma análise histórica sobre os estudos de coordenação e identificaram como abordagem comum da maioria deles, a tentativa de se planejar um sistema para produzir a atividade coordenada, quer seja pelo desenho do trabalho, quer seja pelo desenho organizacional ou pelo desenho dos mecanismos de coordenação a serem utilizados.

Muitos estudos procuraram relacionar o desenho organizacional adequado ou os mecanismos de coordenação apropriados às contingências apresentadas pelo ambiente, tais como as incertezas advindas da tarefa, da tecnologia ou do ambiente, a complexidade da tarefa ou da integração do fluxo do trabalho, a necessidade de processamento de informação, entre outros.

Faraj e Xiao (2006) argumentam que a maior parte de tais estudos parte da premissa de que o ambiente seria previsível o suficiente para caracterizar interdependências existentes e, portanto, mecanismos pré-definidos poderiam ser desenhados para contingências específicas. No entanto, essa premissa apresenta limitações no contexto atual, no qual novas formas de organização se apresentam em resposta a demandas mais complexas do ambiente (FARAJ e XIAO, 2006; KELLOGG et al., 2006; OKHUYSEN e BECHKY, 2009).

Reconhecendo essa e outras limitações no estudo de coordenação, os novos trabalhos seguiram outra abordagem, mais preocupada em investigar como a coordenação acontece nos novos arranjos organizacionais, quais mecanismos e elementos estão presentes e quais condições a favorecem.

Na produção de serviços, a intangibilidade impacta a coordenação pelo fato de tornar ainda mais complexo o estabelecimento de uma visão comum de um produto ou de um resultado esperado, impossibilitando sua decomposição em partes e peças interconectadas, dificultando assim: o estabelecimento das tarefas necessárias para a obtenção dos resultados; o reconhecimento das interdependências existentes; o controle sobre o progresso da atividade; e a determinação do caminho a ser seguido, dentre os vários possíveis, para o alcance da solução, que pode não ser única (HUBAULT, 2011; OKHUYSEN e BECHKY, 2009). Além disso, quando o serviço é produzido por uma equipe multiprofissional, as percepções dos seus membros ficam condicionadas aos diferentes campos de conhecimentos dos quais eles fazem parte (FARAJ e XIAO, 2006; KELLOGG et al., 2006), tornando ainda mais complexa a convergência das visões.

Estudos sobre coordenação foram realizados com base na observação do trabalho de equipes multiprofissionais em organizações de serviços, e observa-se que mecanismos e elementos de coordenação que propiciam a criação de uma perspectiva comum entre os atores envolvidos, são utilizados para fazer frente às consequências da intangibilidade. O estabelecimento de *objetivos e metas comuns*, a construção de *conhecimentos compartilhados* e o desenvolvimento de *linguagem comum* foram apontados como elementos importantes utilizados na coordenação por possibilitarem a transformação do entendimento, aproximarem perspectivas e facilitarem a negociação (BECHKY, 2003; GITTEL, 2002). *Objetos de ligação e representações*, tais como planilhas, schedules de projeto, protótipos e protocolos são utilizados para convergir informações técnicas e sociais, mobilizar a ação, e criar

uma referência comum em torno da qual as pessoas devem interagir (OKHUYSEN e BECHKY, 2009). *Elementos de ligação*, indivíduos cuja função primária é a integração do trabalho de outras pessoas, são comumente encontrados em atividades de projetos e integração de processos sob o papel de gerentes de projetos, gerentes comerciais, enfermeiros (GITTEL, 2002). Os elementos de ligação facilitam a coordenação por distribuírem a informação entre o grupo de trabalho, ao mesmo tempo em que efetuam a transformação da informação para que seja compreensível a todos. Tais mecanismos ou elementos foram reconhecidos em organizações de serviços de diferentes naturezas.

Faraj e Xiao (2006) investigaram a coordenação do trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) caracterizada pelo alto grau de incerteza da tarefa e pela urgência das decisões. Por meio do "protocolo de paciente", os profissionais envolvidos no tratamento médico de uma UTI desenvolvem um modelo mental comum das condições do paciente e das opções de tratamento. Reuniões rápidas de compartilhamento de informação, realizadas pelo grupo de profissionais após a observação de cada paciente, permitem que a equipe construa alternativas de conduta sobre os dados que vão sendo reunidos, realizando reavaliações frequentes.

Kellogg et al. (2006) procuraram investigar de que modo a coordenação ocorre, observando a interação entre as diferentes áreas funcionais de uma empresa de desenvolvimento de marketing interativo e identificaram *práticas de apresentação*, que fazem com que o trabalho individual se torne visível aos outros, *práticas de representação*, que recorrem a instrumentos que podem ser reconhecidos por todos os grupos, tais como, apresentações que utilizam uma linguagem comum a todos e que podem ser legíveis e entendidas por diferentes públicos, e *práticas de montagem* que compreendem a reutilização de planos, objetos e códigos utilizados anteriormente em outros projetos, já familiares aos atores envolvidos, agilizando a ação coletiva.

As simulações iterativas desenvolvidas pelas equipes da SWAT², polícia especializada norte-americana, como treinamento para ações especiais permitem que a equipe desenvolva um modelo ao qual os membros podem recorrer para

² Special Weapons And Tactics.

tomadas de ações de urgência, por armazenar informações prévias de procedimentos vivenciados por todos (BECHKY e OKHUYSEN, 2011).

Alguns estudiosos destacam a importância da comunicação, da interação, das relações interpessoais e das estruturas informais no processo de coordenação do trabalho, principalmente em atividades que apresentam alto grau de incerteza. Tais incertezas podem advir: da variabilidade das entradas, referentes à diversidade de requisitos para o processo produtivo; da complexidade das tarefas, que pode ser expressa pelo grau de dificuldade envolvido na busca para a solução, pela quantidade de tempo necessário para a elaboração das possíveis soluções do problema, pela quantidade de tempo utilizado antes que o resultado seja conhecido, pelo número de pessoas, processos e recursos envolvidos; do ambiente, resultante de fatores internos ou externos à organização que impactam o processo previamente planejado (GITTEL, 2002; SALERNO, 1999; VAN DE VEN, 1976).

Salerno (1999, 2009) aborda a coordenação em termos de comunicação sendo entendida como a intercompreensão mútua entre sujeitos, incorporando dimensões normativas, cognitivas e expressivas. A dimensão cognitiva da comunicação diz respeito ao reconhecimento e validação das competências necessárias para o tratamento de determinada situação, particularmente eventos (imprevistos, variabilidades, etc.). A dimensão normativa refere-se à validação social das normas e objetivos da produção, uma vez que as relações de intercompreensão mútua são nutridas e balizadas pelas questões de desempenho do sistema de produção. A dimensão expressiva refere-se aos fatores de mobilização individual frente às dimensões cognitivas e normativas. Para Salerno (1999), a organização precisa criar espaços de comunicação, tais como reuniões frequentes, planejadas ou não, e comitês, que favoreçam a interação entre os membros envolvidos na atividade e, conseqüentemente, possibilitem a articulação das ações, a integração dos saberes e a redefinição conjunta das regras de produção.

Gittel (2002) representa o que denominou de "coordenação relacional" por meio de duas dimensões: a comunicação e o relacionamento, descrevendo as maneiras pelas quais estas dimensões reforçam mutuamente uma à outra. A coordenação relacional reflete o papel que a comunicação frequente, precisa, a tempo e capaz de solucionar problemas, desempenha em conjunto com o papel dos relacionamentos de objetivos compartilhados, conhecimentos compartilhados e respeito mútuo no processo de coordenação. Para a pesquisadora, esta coordenação relacional não é

vista como um mecanismo de coordenação de ajuste mútuo entre os indivíduos por ser entendida como a própria interação entre os integrantes desse processo. É esta interação que propicia a coordenação do trabalho. Reuniões de grupo e comitês podem ser utilizados como mecanismos pela organização para facilitar a coordenação relacional.

Em tais abordagens, vale salientar a diferença entre os conceitos de informação e comunicação, pois a informação é tratada por meio de seu caráter de fornecedora de dados, instruções e notificações enquanto que a comunicação é entendida como a interação para articulação entre os interlocutores.

Interessante notar que a coordenação, entendida como a dinâmica de interação do trabalho coletivo para articulação de ações, integração de saberes e cooperação, está inserida na própria definição de Peduzzi (2001), exposta anteriormente, para o trabalho em equipe para a saúde. Para ela, a dinâmica de coordenação é elemento constituinte do trabalho em equipe.

Observamos que os processos de coordenação, identificados nos estudos recentes, acompanham a dinâmica dos processos de trabalho do contexto atual. A falta de previsibilidade e a indeterminação das situações fazem com que a coordenação vá se definindo e redefinindo durante o processo de trabalho, se afastando cada vez mais de uma visão estruturalista (BECHKY e OKHUUSEN, 2011; FARAJ e XIAO, 2006; KELLOGG et al., 2006).

2.4.CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS PARA O TRABALHO EM GRUPO COM AUTONOMIA

Zarifian (2001) afirma que a capacidade de mobilização dos indivíduos e grupos para lidar com fatos diferentes e novos a todo momento, pode tornar-se o verdadeiro diferencial para as organizações que flexibilizam seus processos produtivos. Consequentemente, estas organizações enfrentam o desafio de criar condições mais favoráveis para que os envolvidos possam e queiram mobilizar suas competências. Os trabalhos de Marx (2008, 2010) e Hackman (2012) apontam para um conjunto de condições ou aspectos críticos que devem ser observados pelas organizações como apoio ao modelo baseado no trabalho em grupo com autonomia. Reunidas, estas são apresentadas, de maneira concisa, a seguir:

- *Objetivo convincente*

Hackman (2012) aponta que um objetivo convincente motiva os membros do grupo, os orienta em direção ao objetivo coletivo e permite que os membros mobilizem seus talentos e capacidades. Adicionalmente, o objetivo tem alta prioridade na própria estruturação da equipe, pois decisões de design são realizadas com base no mesmo: como o time será estruturado, expertises necessárias para o determinado objetivo, que tipo de suporte organizacional deve ser oferecido à equipe, que tipo de orientação esta equipe deverá receber durante o trabalho, entre outros.

- *Formação e composição correta dos grupos*

O critério para a formação da equipe deve levar em conta o número de membros, a adequação, e a complementaridade do perfil dos profissionais necessários à realização do objetivo. Hackman (2012) argumenta que a equipe deve ser a menor e mais diversa possível, para possibilitar a reunião dos diversos conhecimentos necessários à realização da atividade, ao mesmo tempo em que permite um bom gerenciamento das interdependências entre os membros. Os membros devem apresentar expertise no que realizam, além da habilidade de trabalhar de maneira colaborativa.

- *Definição de indicadores de desempenho*

Os indicadores devem refletir a responsabilidade do grupo frente aos objetivos organizacionais e devem ser definidos de maneira tal que o grupo tenha condições de interferir nos fatores que levem ao seu alcance. As metas associadas devem ser exequíveis e alinhadas ao nível, abrangência e autonomia atribuídos à equipe. Marx (2010) afirma que se estas metas forem ambiciosas ou fáceis demais podem levar o grupo à frustração.

- *Políticas e Procedimentos de Recursos Humanos*

As políticas de seleção, remuneração, avaliação e plano de carreira devem ser revistas para que possam contemplar e apoiar as novas demandas da organização e do profissional, para o exercício da autonomia e do trabalho em grupo. Como exemplo, o processo de seleção deve considerar as habilidades de trabalho em grupo, o sistema de recompensa deve prever reconhecimento não apenas para o desempenho do indivíduo como também para o desenvolvimento da equipe.

- *Qualidade dos fluxos informacionais*

Incluem não somente os sistemas de informação, mas todos os espaços de comunicação que devem ser disponibilizados para que as informações estejam disponíveis e a tempo, para aqueles que dela necessitarem, tanto para a execução quanto para o planejamento do trabalho. Para que o grupo tenha autonomia no processo operacional sob sua responsabilidade, a informação adequada torna-se fundamental como apoio à tomada de decisões.

- *Capacitação e desenvolvimento*

Um processo educacional que disponibilize auxílio técnico e capacitação aos membros da equipes, sempre que necessário, aliado à uma cultura organizacional que favoreça espaços para a aprendizagem, propicia o fortalecimento das competências, impulsionando a melhoria do desempenho e da autonomia da equipe.

- *Redefinição dos papéis da supervisão e redução dos níveis hierárquicos*

Os coordenadores, supervisores ou líderes de equipe se afastam do papel de controle sobre o trabalho da equipe, passando a ser facilitadores do trabalho, promovendo e melhorando a comunicação intra e intergrupos, provendo uma consultoria no que se refere aos processos organizacionais.

- *Disponibilidade de recursos*

Possuir o recurso material necessário para executar o trabalho, em conjunto com os sistemas de apoio operacional, é essencial tanto para a autonomia quanto para a efetividade das equipes. A falta de recursos prejudica a autonomia por restringir as possibilidades de atuação do grupo.

2.5. QUESTÕES DE PESQUISA

A revisão de literatura foi realizada com o propósito de orientar a investigação para o objetivo de pesquisa: identificar condições organizacionais que podem favorecer o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família frente aos desafios decorrentes da intangibilidade do objeto de trabalho e da participação do usuário no processo produtivo.

A literatura permitiu: 1) identificar as implicações da intangibilidade do objeto de trabalho e da participação do usuário, para os envolvidos no processo produtivo em atividades onde as mesmas prevalecem, 2) desdobrar tais implicações para a

modalidade de trabalho realizada em grupo/equipe multiprofissional e 3) identificar mecanismos utilizados pelos grupos/equipes para lidar com estas implicações, possibilitando a reunião dos subsídios necessários para a elaboração das questões deste estudo.

2.5.1. A intangibilidade do objeto de trabalho e o contexto de trajetórias possíveis

A intangibilidade do objeto de trabalho dificulta os processos de planejamento e coordenação do trabalho (OKHUYSEN e BECKHY, 2009), possibilita diferentes interpretações sobre o que vai ser produzido (HUBAULT, 2011; GADREY, 2011), admite diferentes soluções e trajetórias para o alcance do resultado esperado (FARAJ e XIAO, 2006), e como consequência, apresenta para os envolvidos o desafio de fazer convergir as diferentes visões sobre o que deve ser produzido, ao mesmo tempo em que precisam conciliar interesses que podem se apresentar conflitantes (GITTELL, 2002; OKHUYSEN e BECHKY, 2009).

Estudos do trabalho de equipes multiprofissionais em organizações de serviços indicam que mecanismos de coordenação que propiciam a criação de uma perspectiva comum entre os atores envolvidos são utilizados para fazer frente às consequências da intangibilidade (GITTELL, 2002; BECHKY, 2003; FARAJ e XIAO, 2006; KELLOGG et al., 2006; OKHUYSEN e BECHKY, 2009). O estabelecimento de objetivos e metas comuns, a construção de conhecimentos compartilhados e o desenvolvimento de linguagem comum foram apontados como elementos importantes que possibilitam a aproximação das perspectivas e facilitam a negociação entre os membros do grupo (GITTEL, 2002; BECHKY, 2003), indicando a importância da comunicação e da interação para a realização do trabalho.

Okhuysen e Bechky (2009) argumentam que a frequente interação entre os membros da equipe cria uma familiaridade que possibilita: o fortalecimento dos relacionamentos entre os membros; faz com que os indivíduos aceitem e abracem as interdependências existentes; permite que os membros do grupo antecipem as ações e reações dos outros fazendo ajustes em seu próprio comportamento; reduz o tempo de comunicação da informação e auxilia na construção, identificação e utilização do conhecimento relevante. Peduzzi (2001) indica a importância da familiaridade dos integrantes das equipes de saúde ao afirmar que a integração do

saber comum com as especificidades das especialidades dos seus profissionais, é possibilitada pelas relações que os profissionais constroem no cotidiano.

Em atividades com alto grau de intangibilidade, há uma grande incerteza sobre o que deve ser considerado como resultado do serviço (GADREY, 2001). Por exemplo: a diminuição da dor pode ser considerada como resultado de uma intervenção de saúde? ou dever-se-ia considerar como resultado a cura do problema que causou a dor? As perspectivas do produtor do serviço e do usuário podem ser diferentes com relação ao mesmo serviço produzido.

Ainda que uma visão comum sobre o objetivo final tenha sido elaborada e compreendida por todos, podem existir vários caminhos possíveis para o desenvolvimento desta solução específica e determinar qual caminho deve ser seguido torna-se indispensável. Nesse sentido, em algumas atividades de serviços, diferentemente da necessidade de gerir processos de trabalho, torna-se indispensável gerir o trabalho num contexto de trajetórias possíveis (FARAJ e XIAO, 2006), trazendo maior complexidade para o planejamento e para a coordenação do mesmo.

A interação e a comunicação entre os membros foram apontadas, por alguns autores, como importantes para o trabalho das equipes em um contexto de produção de bens tangíveis, por propiciar o entrosamento do grupo e facilitar a redefinição conjunta das regras de produção na ocorrência de eventos que alteram o percurso previamente planejado (SALERNO, 1999; MARX, 2010). Observa-se, entretanto, que tanto a interação como a comunicação passam a ter uma relevância ainda maior na condução do trabalho produzido em um cenário de trajetórias possíveis, caracterizado por um movimento contínuo de considerações sobre a ação passada e decisões sobre a ação futura.

Com a familiaridade, um entendimento comum relativo à atuação da equipe vai se estabelecendo, promovendo ajustes contínuos na dinâmica de interação de seus membros. Assim, a continuidade dos relacionamentos ganha importância, indicando a relevância da estabilidade dos membros dentro do grupo. Wageman et al. (2012) e Hackman (2012) argumentam que equipes e grupos devem ser percebidos por membros e por não membros como uma entidade, reforçando a importância do entendimento comum relativo à atuação da equipe e a coerência das ações de seus membros. Outro aspecto importante observado por Hubault (2011), é que diferentemente do que ocorre com os recursos materiais, recursos imateriais, tais

como confiança, respeito, familiaridade e conhecimento comum, podem se desenvolver com o uso, ressaltando as vantagens da continuidade dos relacionamento da equipe.

A partir do exposto, apresentamos a seguir as questões de pesquisa relativas aos desafios decorrentes da intangibilidade do objeto de trabalho:

QE.1 Quais condições organizacionais podem favorecer a interação e facilitar a comunicação entre os membros da equipe ESF?

QE.2. Quais condições organizacionais podem auxiliar a equipe ESF na definição do processo produtivo em um contexto de trajetórias possíveis?

2.5.2. A participação do usuário no processo produtivo de um serviço intangível

Quando o serviço é oferecido como uma solução para as demandas específicas de um cliente/usuário, a compreensão das suas necessidades ou expectativas relativas ao serviço passa a ser fundamental para a definição do processo produtivo (SILVESTRO, 1999; ZARIFIAN, 2001; JOHNSTON e CLARK, 2010). Em um processo subjetivo e dependente da interpretação de cada um dos envolvidos, o estabelecimento de uma visão comum daquilo que se quer obter torna-se essencial. À necessidade de aproximação das perspectivas de cada um dos membros do grupo responsável pela realização do trabalho deve-se somar a perspectiva do cliente/usuário, cuja participação no processo de especificação do serviço assume relevância (SILVESTRO, 1999; KELLOGG et al., 2006; HUBAULT, 2011). Zarifian (2001) argumenta que o prestador de serviço precisa construir em conjunto com o cliente/usuário a solução que melhor atenda às suas necessidades, em um processo que envolve interação e negociação, não sendo possível servir-se de um conjunto de soluções prontas.

Nos serviços relacionais, o usuário deixa de ser apenas um consumidor e passa a desempenhar o papel de coconceptor, coprodutor e colaborador na atividade, e, portanto, as condições de trabalho devem ser pensadas para facilitar esta atuação. Os recursos cognitivos, materiais e organizacionais necessários à sua participação

na atividade devem estar presentes para sua realização (GADREY, 2011; HUBAULT, 2011).

Nesse sentido, a necessidade de reconhecer o que o usuário necessita para atuar adequadamente e de disponibilizar os recursos apropriados para sua atuação, acabam por gerar uma sobrecarga adicional para a organização e para os profissionais. A responsabilidade sobre a gestão das atividades do cliente/usuário recai sobre os profissionais da linha de frente, que são os que interagem diretamente com ele e que, no final, representam a organização para o mesmo. Hubault (2011) argumenta que a organização precisa reconhecer esta relação profissional-usuário, compreender as dificuldades e tensões inerentes a ela, e preocupar-se com o balanceamento de papéis entre os envolvidos. Para o pesquisador, o equilíbrio desta relação de serviço colabora para a introdução do usuário no processo produtivo.

A partir do exposto, apresentamos a seguir as questões de pesquisa relativas aos desafios decorrentes da participação do usuário no processo produtivo:

QE.3. Quais condições organizacionais podem facilitar a relação de serviço equipe-usuário na ESF?

QE. 4 Quais condições organizacionais podem apoiar/facilitar a atuação do usuário das equipes ESF no processo produtivo?

A partir da elaboração das questões de pesquisa desenvolvemos a estratégia para a condução deste trabalho. A estratégia é abordada na seção 4 desta dissertação, e para melhor compreensão da mesma, apresentamos uma contextualização do objeto de pesquisa a seguir.

3. CONTEXTO E OBJETO DE PESQUISA

3.1. SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da Constituição Federal de 1988, e foi estruturado a partir da adoção de uma nova concepção de saúde que passou a ser entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Portanto, a saúde passa a estar relacionada com a qualidade de vida da população, que engloba a alimentação, o trabalho, a educação, o meio-ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária, a moradia, etc (BRASIL, 2000). O processo saúde-doença passou a ser compreendido pelo SUS como uma produção social composta de múltiplos fatores e a lógica do sistema de saúde, que anteriormente girava em torno da cura de agravos, deu lugar a uma nova lógica, centrada na prevenção e na promoção à saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 2009).

O SUS teve seus princípios estabelecidos nas Leis Orgânicas de Saúde, em 1990, que regulamentaram as determinações da Constituição de 1988. O acesso aos serviços públicos de saúde passou a ser um direito de todos os cidadãos brasileiros, sem exceção, e um dever do poder público, conforme o disposto no primeiro princípio doutrinário do SUS, o *princípio da universalidade*. Antes da criação do SUS, a assistência à saúde era condicionada à contribuição previdenciária, e somente os trabalhadores formais que contribuía para a Previdência Social faziam jus aos serviços públicos de saúde. O *princípio da integralidade*, que dispõe que as pessoas devem ser consideradas como um todo, e todas as suas necessidades devem ser atendidas, também foi estabelecido. Esse princípio não só corrobora o conceito ampliado de saúde, como amplia o entendimento sobre os processos de saúde-doença. Os serviços de saúde devem contemplar a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação e pressupõem a atuação intersetorial nas diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. O terceiro princípio doutrinário do SUS, o *princípio da equidade*, dispõe que os serviços e recursos devem ser disponibilizados de acordo com as necessidades de cada indivíduo, visando reduzir as disparidades sociais e regionais existentes, ressaltando a

necessidade de customização dos serviços oferecidos para as diferentes regiões e comunidades (BRASIL, 2000).

Para apoiar os três princípios doutrinários, um conjunto de diretrizes ou princípios operacionais, direcionam a operacionalização do sistema. Com a implantação do SUS, ocorreu a *descentralização* do sistema de saúde. Os municípios, como entes federados mais próximos à população e, portanto, com maior conhecimento da ordem de prioridades e das necessidades da população local, ganham a atribuição fundamental, bem como os recursos, de operacionalizar os serviços de saúde em suas regiões (BRASIL, 2000). O SUS passa então a ser um sistema de saúde de abrangência nacional coexistindo com subsistemas de saúde dos estados e municípios, com ênfase para os municípios.

A *regionalização* representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, organizando os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento (BRASIL, 2012c, 2012d). Os serviços ligados à saúde passam a se organizar por meio de redes de atenção regionalizadas, configuradas por um conjunto de equipamentos de saúde - hospitais, unidades básicas de saúde, unidades especializadas de saúde, unidades de pronto atendimento, etc, - do sistema de saúde municipal ou estadual organizadas para o atendimento das respectivas regiões. Os usuários são encaminhados para outros municípios e/ou estados, quando suas necessidades ultrapassam a capacidade, em termos de complexidade tecnológica, de sua região.

A rede de serviços passa a ser organizada de modo regionalizado e hierarquizado de forma a se adequar às necessidades de saúde do território assistido. A *hierarquização* dispõe que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente (atenção básica ou primária, atenção secundária e atenção terciária), alocados em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.

A atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde, devendo ser a porta de entrada dos usuários ao sistema. Utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, o que significa que a atenção básica compreende uma série de procedimentos mais simples e menos custosos, capazes de atender a maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de

alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade. Os demais níveis, Secundário e Terciário, contemplam as ações e serviços que visam atender aos problemas e agravos de saúde cuja complexidade de assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de maior complexidade, para o apoio diagnóstico e tratamento. Os usuários têm acesso aos níveis de maior complexidade quando encaminhados pela atenção básica ou em caso de urgências (BRASIL, 2007a, 2007b).

A *participação social* no sistema de saúde passou a ser condição essencial com a implantação do SUS (BRASIL, 2000). A existência e o funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo passam a ser obrigatórios, visando garantir a participação e o controle da sociedade nas políticas de saúde, tanto em sua formulação como em sua execução. Os conselhos devem ser compostos por representantes do governo/administração, representantes dos trabalhadores de saúde, representantes dos prestadores de serviços de saúde e representantes dos usuários. Eles se configuram em diferentes níveis e modalidades de organização, tais como o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, e os Conselhos Gestores.

3.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO BÁSICA

A atenção primária é uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial com valores, princípios, e elementos próprios, por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços. Em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos. Ela se diferencia da atenção secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos), que se apresentam, sobretudo em fases iniciais e que são, portanto, menos definidos. (BRASIL, 2007a).

No Brasil, a atenção primária tomou forma como *atenção básica*, caracterizada por um conjunto complexo de ações de saúde, dirigidas a populações e territórios bem

definidos, 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. A atenção primária tem como princípios: a visão ampliada de saúde; a assistência baseada nas necessidades e expectativas da população; a territorialização, que permite aprofundamento do conhecimento das necessidades da comunidade atendida e a organização da rede de assistência; o trabalho fundamentado em equipes multiprofissionais; e, a intersetorialidade, que permite a articulação dos diversos setores envolvidos com os múltiplos fatores que interferem na saúde da comunidade (BRASIL, 2007a).

São atributos da atenção básica: o primeiro contato, atuando como porta de entrada do usuário ao sistema de saúde; a integralidade, que envolve a capacidade da equipe de saúde em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades, exigindo a intervenção coordenada de profissionais de diversas disciplinas; a longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção, e seu uso, ao longo do tempo e, por fim, a coordenação do cuidado, que representa a continuidade da assistência e pressupõe o conhecimento da situação de saúde, o encaminhamento e o acompanhamento do cuidado do usuário ao longo do tempo (BRASIL, 2007a, 2012a).

A atenção básica segue as diretrizes elaboradas pela Secretaria de Atenção à Saúde, subordinada ao Ministério da Saúde na esfera federal, porém a responsabilidade pela operacionalização nos territórios fica a cargo do município, que deve (BRASIL, 2012 c):

- Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território;
- Contratar o trabalho em atenção básica;
- Manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência);
- Co-financiar as ações de atenção básica;
- Alimentar os sistemas de informação;
- Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou postos de saúde, são unidades que atuam como porta de entrada para o sistema público de saúde. Cada unidade é responsável por atender uma determinada área da cidade, tornando-se um referencial dos serviços públicos da atenção à saúde para os usuários. A

responsabilidade sobre a gestão das UBSs fica a cargo dos municípios, que devem adequar os serviços disponíveis de acordo com as necessidades do território.

3.3. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

3.3.1. Equipes da Estratégia Saúde da Família

Para apoiar um sistema fundamentado na concepção ampliada de saúde, tornou-se necessário o fortalecimento da atenção básica, uma vez que sua consolidação permitiria estabelecer um conjunto de ações que viriam a promover a assistência integral. Diversos estudos e experiências, de vários países, mostravam evidências de que um sistema de saúde baseado na atenção primária poderia trazer melhores resultados, além de apontar características que podiam levar o sistema a ser mais efetivo, mais satisfatório e mais equânime, mesmo diante de adversidades sociais (BRASIL, 2007a).

Nesse contexto, surge a Estratégia Saúde da Família, criada em 1994, como Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de fortalecer os serviços de atenção básica, estruturar o acesso ao SUS e apoiar a assistência integral.

A Estratégia Saúde da Família representa um modelo assistencial que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais e desenvolve ações de saúde num território geograficamente definido, com foco na família, considerando o indivíduo no seu contexto social, econômico e ambiental (BRASIL, 2012a).

Cada equipe, com cerca de 10 profissionais, é formada por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde, e é responsável pelo cuidado contínuo e sistemático de aproximadamente 900 famílias ou 4500 pessoas residentes em determinada área. Nesta estrutura, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem o papel de facilitar e intermediar o acesso da população aos serviços de saúde e, como exigência do modelo, deve ser morador da área sobre a qual a equipe está responsável. No primeiro momento, ele é o responsável pelo cadastramento da população, levantando informações sobre quem são e onde estão os possíveis usuários da região onde atua, ficando sempre atento para casos que demandem maior atenção, como gestantes, idosos e doentes crônicos. Depois de efetuado o cadastramento, o agente continua visitando as famílias periodicamente, intermediando a relação entre equipe e usuários, atuando

na identificação de necessidades de saúde sempre que necessário. Em caso de usuários acamados, idosos com dificuldades de locomoção, usuários psiquiátricos, ou quando a equipe sente que os profissionais precisam avaliar a situação familiar com mais cuidado, uma visita domiciliar (VD) é realizada pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou algum profissional especialista.

Nas UBSs são realizados os atendimentos da maior parte dos problemas identificados pelos agentes ou trazidos pela população e a equipe busca ser o mais resolutiva possível, dando o encaminhamento para especialidades ou hospitais somente em casos de maior complexidade.

Visando apoiar as equipes da Estratégia Saúde da Família e ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade das ações da Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o NASF. O NASF é constituído por equipes compostas por pelo menos 5 profissionais de diferentes áreas de conhecimento (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes ESF no qual o NASF está cadastrado. Pelo modelo estabelecido, o trabalho dos profissionais das equipes NASF junto ao usuário deve ocorrer mediante a participação conjunta de profissionais da equipe ESF ao qual o profissional pertence, garantindo o vínculo usuário-equipe, ao mesmo tempo em que propicia o aumento da capacitação e resolutividade das equipes ESF (BRASIL, 2012a).

3.3.2. A ESF no município de São Paulo

A implantação da ESF no Município de São Paulo teve início em 1996, por meio da parceria firmada entre Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e duas Organizações Sociais de Saúde, e foi denominada Qualidade Integral em Saúde (QUALIS). Somente em 2001, com a municipalização do Sistema de Saúde, as equipes do QUALIS passaram para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS) por meio de convênios firmados com Instituições da Sociedade Civil (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2012a).

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS - SP) está subdividida em 5 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), uma para cada região da cidade; Norte, Centro-Oeste, Sul, Sudeste e Leste. Estas por sua vez, subdividem-se em Supervisões Técnicas de Saúde (STS). Tal divisão foi realizada para dar apoio à regionalização da saúde de acordo com as microrregiões administrativas existentes no município de São Paulo, conforme apresentamos na Figura1.

Figura 1: Distribuição das equipes ESF no município de São Paulo - setembro/2012

Fonte: Prefeitura de São Paulo, 2012c.

Na cidade de São Paulo, em 2012, a ESF cobria 45,06% da população, com 1.277 equipes distribuídas em 270 unidades de saúde, preferencialmente nas regiões periféricas ou de maior vulnerabilidade social (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2012a).

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo vem gradativamente alterando seu modelo de gestão, utilizando-se de Organizações Sociais (OS) para operacionalização dos seus serviços de saúde. Estas são organizações públicas não estatais, ou seja, são organizações de interesse público atuando como pessoas jurídicas de direito privado, e sua relação com o Estado se caracteriza pela atuação na prestação de serviços caracterizados como não exclusivos do mesmo, tais como educação, saúde, pesquisa científica, entre outros.

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) devem atender às normas previstas pela Lei municipal 14.132/06, que estabelece os critérios para sua atuação, além de seguir as diretrizes estabelecidas pelo SUS. As OSS qualificadas para atuar no sistema de saúde do município cumprem regras estabelecidas por um contrato de gestão e metas, de acordo com a política pública determinada para o setor. Elas devem atender às exigências impostas pelas características epidemiológicas de cada região da cidade e comprovar atuação de, pelo menos, cinco anos na área da saúde pública (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2012b).

Em São Paulo, a escolha das parceiras, procurou incluir as que haviam trabalhado ou ainda atuavam no QUALIS, além de novas parceiras que apresentassem: experiência no desenvolvimento de trabalhos em saúde nas diferentes regiões da cidade e, em especial, experiência com trabalhos de intervenção em saúde em regiões mais carentes e vulneráveis; ampla experiência de atuação no ensino superior em saúde, pela potencial capacidade de aliar o trabalho de assistência à atividade de formação e qualificação dos profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, para o trabalho do PSF (TAMBELLIN e SILVEIRA, 2012).

A SMS-SP realiza a cessão dos bens, o repasse de recursos, o acompanhamento da execução das atividades e da aplicação da verba feita pela entidade parceira. Às Organizações Sociais cabe a gestão dos recursos humanos, dos bens móveis e imóveis cedidos pela SMS-SP, dos recursos materiais, a integração da rede de equipamentos de serviços, e a realização das ações direcionadas pela SMS-SP e pelo SUS, garantindo a cobertura e o volume de atendimento especificado em contrato.

4. METODOLOGIA DE PESQUISA

4.1. SELEÇÃO E JUSTIFICATIVA DO MÉTODO DE PESQUISA

Esta pesquisa busca contribuir para o estudo do trabalho em grupo, investigando o trabalho das equipes ESF quando realizado frente aos desafios decorrentes da intangibilidade do objeto de trabalho e da participação do usuário no processo produtivo.

Para Eisenhardt (1989), o estudo de caso se configura em um método de pesquisa focado na compreensão da dinâmica de configurações específicas, o que coincide com o propósito desta pesquisa. A utilização do estudo de caso é recomendada quando a observação do fenômeno, em seu ambiente, se apresentar importante ou quando as variáveis ainda não forem totalmente conhecidas ou entendidas (EISENHARDT, 1989; MIGUEL, 2010; VOSS et al., 2002).

Miguel (2010) argumenta que esse método é muito utilizado nas pesquisas da área de Engenharia de Produção por possibilitar a avaliação dos aspectos físicos e humanos da organização e por permitir um amplo detalhamento do fenômeno.

Segundo Voss et al. (2002), o estudo de caso é um método de pesquisa conduzido a partir da história de um fenômeno passado ou atual, obtido a partir de múltiplas fontes de evidências, tais como dados extraídos de observações, de entrevistas sistemáticas, de arquivos públicos e privados e de fatos relevantes da linha de eventos que descrevem o fenômeno.

O caso é uma unidade de análise e a utilização do Método do Estudo de Caso pode envolver tanto situações de estudo de um único caso quanto situações de estudo de múltiplos casos. O estudo de múltiplos casos, permite a comparação dos resultados parciais obtidos em cada caso que se analisa, possibilitando a identificação de desvios e aumentando a possibilidade de compreensão do fenômeno (YIN, 2005).

Miguel (2010) também destaca a importância de se construir um referencial conceitual-teórico como ponto de partida desta metodologia. Este referencial delimita as fronteiras do conhecimento, proporciona o suporte teórico para a pesquisa e indica lacunas na literatura que auxiliam a especificar o problema de pesquisa e identificar as oportunidades de contribuição.

Somente após a estruturação do referencial conceitual-teórico é possível planejar a pesquisa de caso, selecionar os casos e desenvolver o roteiro de pesquisa, pois estes devem estar diretamente ligados à questão de pesquisa.

Na seção 2 deste trabalho, apresentamos o referencial teórico-conceitual que fundamenta as perguntas deste estudo. Nas próximas seções, abordamos a seleção dos casos, as técnicas utilizadas para a coleta de dados e o roteiro elaborado para a condução da pesquisa.

4.2. SELEÇÃO DOS CASOS

Para fins da pesquisa, o trabalho de seis equipes multidisciplinares da Estratégia Saúde da Família da cidade de São Paulo foi avaliado, consistindo cada equipe um caso. Foram selecionadas 3 UBSs, circunvizinhas, distantes uma das outras aproximadamente 3km, e submetidas a mesma estrutura de gestão, ou seja, subordinadas a mesma Supervisão Técnica de Saúde do Município de São Paulo e a mesma Organização Social responsável pela gestão operacional.

Assim, a seleção dos casos procurou proteger as análises de vieses resultantes de diferenças significativas nas condições socioeconômicas da população atendida, bem como de diferentes direcionamentos de gestão. A similaridade de condições se mostra condição essencial para o controle de variáveis de contexto que possam interferir na pesquisa.

De um total de 17 equipes ESF pertencentes às estas 3 UBS, este estudo compreende o acompanhamento das atividades de trabalho de 6 equipes, sendo 2 equipes de cada UBS. O número foi definido de modo a possibilitar um acompanhamento aprofundado de suas atividades de trabalho, ao mesmo tempo em que permite uma comparação das equipes no interior de uma mesma Unidade Básica de Saúde.

4.3. DEFINIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Para a compreensão do ambiente organizacional no qual as equipes ESF estão inseridas e atuam, os gestores da OS, responsáveis pela ESF, e os gestores das 3 UBSs envolvidas, foram convidados a participar da pesquisa.

Para a compreensão da dinâmica e dos aspectos relacionados aos processos de trabalho das equipes optou-se por entrevistar os médicos e enfermeiros das mesmas. Esta seleção foi realizada com base nas seguintes premissas: O médico da equipe, por sua formação e conhecimento, teria um papel de relevância na identificação dos problemas e na condução dos casos e, o enfermeiro da equipe, por sua formação e conhecimento, teria maior envolvimento com os aspectos administrativos e técnicos dos processos de trabalho, refletindo-se também na coordenação do trabalho das equipes. Foi prevista que uma validação de tais premissas iria ocorrer após as primeiras observações das reuniões de equipe.

Importante salientar que a participação das equipes e dos profissionais envolvidos nas pesquisas foi realizada de maneira voluntária.

Após apresentação do projeto de pesquisa, a seleção das equipes foi realizada de acordo com o interesse dos profissionais em participar da pesquisa e das possibilidades de agendas de ambas as partes, uma vez que não havia nenhum pré-requisito com relação à equipe participante, exceto pela necessidade da presença do médico e do enfermeiro nas atividades a serem observadas e nas entrevistas. A ausência deles, por férias, licença ou qualquer outro motivo prejudicaria a adequada observação.

Aos profissionais foi solicitado formalizar sua participação e consentimento por meio do *TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*³.

No período de 6 meses, múltiplos observadores foram envolvidos na coleta de dados, realizada por meio de:

- a) observação direta do processo de atendimento administrativo;
- b) observação de reuniões de equipes;
- c) observação de processo de acolhimento dos usuários;
- d) entrevistas semiestruturadas com os gestores da OS e das UBSs;
- f) entrevistas semiestruturadas com médicos e enfermeiros de cada equipe;
- h) avaliação de documentos tais como manuais de diretrizes elaborados pelo governo; e,
- i) avaliação de registros e anotações realizadas pelas UBSs e equipes.

³ Disponível no Anexo 1 deste trabalho.

No total, foram realizadas 18 entrevistas com duração média de 1,5 horas cada uma, que foram gravadas e, posteriormente, transcritas e analisadas, além de cerca de 100 horas de observação direta, somadas à análise documental.

A coleta de dados contemplou os seguintes objetivos:

- compreender a estrutura geral, operacional e administrativa, dos serviços de saúde e da rede de assistência que conformam o SUS;
- compreender a estrutura operacional e administrativa das UBSs pertencentes ao universo da pesquisa;
- compreender os processos de trabalho das UBSs;
- compreender o trabalho coletivo das equipes;
- coletar situações que auxiliassem a compreensão do processo de coordenação do trabalho;
- levantar dados que indicassem os inter-relacionamentos de atividades;
- coletar evidências de situações cujo objeto de trabalho sendo apreendido, discutido ou solucionado fosse intangível ou não explícito; e,
- coletar evidências de situações que fizessem transparecer a posição relativa do usuário no processo produtivo.

Para tanto, foi desenvolvido um roteiro de pesquisa, visando abarcar os objetivos definidos.

4.4. ROTEIRO DE PESQUISA

O Roteiro desta Pesquisa contemplou as seguintes atividades:

A. Coleta de informações - Análise documental

- Informações sobre a Estratégia Saúde da Família;
- Estrutura do SUS e da SMS para a Atenção Básica;
- Objetivos e estrutura da OS e das UBSs; e,
- Estrutura geral das equipes ESF e NASF.

B. Formalização da pesquisa junto a OS e UBSs

C. Apresentação do projeto para os gestores da OS responsáveis pela ESF

- Entrevista com os gestores da ESF na OS; e,
- Entrevista com a gestora do NASF na OS.

D. Definição dos participantes da pesquisa em cada uma das UBSs

- Apresentação do projeto para o Gestor da UBS;
- Participação em Reunião Técnica ou Reunião Geral da unidade para contato com as equipes; e,
- Seleção de 2 equipes por unidade.

E. Acompanhamento de Processos Operacionais e Administrativos das UBSs

Para cada uma das UBSs selecionadas, realizamos as seguintes atividades:

- Entrevista com o gestor da UBS
Objetivo: coletar informações sobre a estrutura; os objetivos da UBS; os processos administrativos; os processos operacionais; os espaços de comunicação com as equipes; os espaços de interação com os usuários; a visão do papel do usuário; os direcionamentos recebidos da OS e da SMS; os direcionamentos dados às equipes; os níveis de autonomia dos gestores e das equipes; as principais realizações e os principais desafios;
- Visita acompanhada para conhecer as instalações da UBS; e,
- Observação de uma Reunião Técnica e uma Reunião Geral.

F. Acompanhamento das Equipes

Para cada uma das equipes selecionadas, realizamos as seguintes atividades:

- Observação da Reunião de Equipe ESF;
- Observação da Reunião de Equipe Multidisciplinar (NASF ou transversais);
- Observação do processo de atendimento geral aos usuários da área pela equipe;
- Entrevista com o Médico; e,
- Entrevista com o Enfermeiro.

Elaboramos um roteiro prévio como um guia para as atividades de acompanhamento das equipes, conforme descrição apresentada a seguir:

Reuniões de equipe

O seguinte roteiro guiou a atividade de observação da dinâmica das reuniões de equipe:

- Quem lidera a reunião e em que momentos? (pauta/ controle de tempo / fechamento dos pontos / anotações / atribuição de responsabilidade sobre a continuidade dos pontos em discussão);
- Ferramentas utilizadas na reunião (notas / planilhas / cadernos de apontamentos / prontuários, sistemas eletrônicos);
- Situações de “falta de compreensão” ou “entendimento equivocado” ou exploração de informações no sentido de “materializar o problema” sobre um caso ou compreensão do que não é explícito;
- Situações que indicam falta de ferramenta/informação;
- Processo de coordenação de “agendas” dos profissionais envolvidos nos casos;
- Ocorrência de eventos (situações não previstas);
- Observar se há processos ou protocolos sendo seguidos;
- Observar se aparecem dúvidas com relação aos processos de apoio ao cuidado da saúde, sobre os processos operacionais, sobre os processos administrativos; e,
- Observar situações de preocupação com a produtividade do trabalho, com a satisfação do usuário, com a qualidade do trabalho, com a eficácia dos processos.

Uma vez que, nas reuniões de equipe, os casos dos usuários são discutidos em detalhe, optamos por não realizar gravações. O pesquisador se apresentou como observador e evitou realizar comentários de qualquer natureza durante a reunião para preservar, na medida do possível, qualquer constrangimento que pudesse alterar a dinâmica da equipe decorrente de sua presença. Anotações foram realizadas durante as observações e relatórios foram produzidos com o intuito de descrever as reuniões, possibilitando a análise posterior dos registros.

Roteiro semelhante foi desenvolvido para a observação dos processos de atendimento geral aos usuários de cada equipe, de modo que, para cada observação, um relatório foi produzido, para registro.

Entrevistas

As entrevistas com os médicos e enfermeiros foram realizadas individualmente, pré-agendadas de acordo com a disponibilidade de tempo dos mesmos, gravadas com sua autorização, e seguiram um roteiro que pode ser observado no ANEXO 2 deste trabalho.

As entrevistas tiveram como objetivo coletar informações sobre o perfil do profissional, experiência na área da saúde, histórico na atenção básica, a compreensão do conceito de serviço, a percepção do profissional relativa ao valor do seu trabalho, grau de autonomia, posição relativa do usuário no trabalho, relação com o usuário/comunidade, rotina profissional, aspectos de trabalho em equipe (desafios, vantagens, preparo para o mesmo, desempenho), ocorrência de eventos, mecanismos para lidar com a intangibilidade, análise do profissional sobre os aspectos organizacionais que impactam o trabalho (vantagens, desafios, características do modelo), espaços de comunicação utilizados por este em seu trabalho, principais realizações e principais desafios.

G. Consolidação dos dados

Após a realização das atividades de coleta no campo, que compreendeu as observações e entrevistas, previmos, no roteiro de pesquisa, uma etapa de consolidação de dados para análise que busca identificar os seguintes aspectos:

1. Motivação (aspectos que levaram o profissional à ESF, valor do serviço, conceito do serviço, entre outros);
2. Trabalho em Equipe (vantagens, desafios, mecanismos de trabalho, liderança, controle sobre o trabalho, desempenho, entre outros);
3. Trabalho do Médico/Enfermeiro (responsabilidade, papel, geração de valor, desafios, rotina operacional, vantagens, capacitação, entre outros);
4. Modelo organizacional, subdividido em Características do Modelo (infraestrutura, recursos, rede de atendimento, sistemas de apoio, volume de trabalho, matriciamento, entre outros) e Conflitos do Modelo (escopo do

trabalho, obrigatoriedade do vínculo, volume excessivo de trabalho, burocracia, entre outros);

5. Perfil do Usuário (perfil socioeconômico, maiores demandas do conjunto de usuários da equipe, entre outros);
6. Relação Profissional-Usuário (vínculo, acolhimento, relação família/comunidade, colaboração, capacitação, entre outros);
7. Capacitação/Atualização (troca de saberes, relação multidisciplinar, espaços de qualificação, desafios, vantagens, entre outros); e,
8. Articulação com o sistema (conhecimento sobre a rede, trocas, sistema de referência e contra-referência, entre outros).

A execução das atividades planejadas no roteiro de pesquisa propiciou a coleta das informações que foram posteriormente analisadas sob a luz dos objetivos deste trabalho.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS CASOS

5.1. CARACTERÍSTICAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Em 2008, a Prefeitura de São Paulo firmou um contrato de gestão com uma Organização Social, a Fundação Faculdade de Medicina (FFM), para a reorganização e execução dos serviços de saúde na microrregião Butantã/Jaguapé, uma das 3 microrregiões subordinadas à Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste. Essa microrregião, localizada na zona oeste do município, está subordinada à Supervisão Técnica de Saúde Butantã, tem uma população de cerca de 420 mil habitantes e é composta por seis Distritos Administrativos: Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno, Vila Sônia e Jaguapé.

As três Unidades Básicas de Saúde integrantes da pesquisa fazem parte desta microrregião.

Na região, a FFM é responsável pela gestão da Estratégia Saúde da Família, pela gestão das UBSs e por outros equipamentos de saúde, tais como: unidades de Atendimento Médico Ambulatorial, Ambulatórios de Especialidades, Centro de Atenção Psicossocial e Serviços de Atendimento Especializados.

Figura 2

Coordenadorias Regionais de Saúde subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Fonte: Prefeitura de São Paulo, 2012d.

No âmbito da Estratégia Saúde da Família, o contrato de gestão estipula, para cada Unidade Básica de Saúde:

- O volume de atividade esperada, ou seja, o número de consultas médicas, consultas de enfermeiro e visitas domiciliares realizadas pelos ACSs;
- A cobertura esperada, mínima e máxima, de usuários por equipe e por UBS; e,
- Que seja implantado pela OS um plano de qualidade que venha a atuar sobre dois aspectos: prontuários clínicos e atenção ao usuário.

É importante ressaltar que esta parceira é vinculada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que ao firmar tal convênio, teve como propósito aliar as atividades de execução dos serviços de assistência à saúde à plataforma de ensino para os cursos oferecidos pela instituição.

Se por um lado, estas UBSs passam a receber uma carga adicional de atividades, uma vez que devem cobrir não apenas a necessidade dos usuários como também a dos estudantes, residentes e pesquisadores, por outro, este vínculo traz benefícios, pois possibilita a capacitação e atualização dos profissionais e a troca de experiências. Consequentemente, os profissionais precisam equilibrar suas atividades de modo a conciliar as necessidades de assistência às necessidades de ensino e pesquisa.

Denominaremos as três UBSs integrantes do estudo de UBS1, UBS2 e UBS3 e as características mais relevantes são apresentadas a seguir:

5.1.1. Modelo operacional

Das três UBSs, somente a UBS 2, tem sua respectiva área de cobertura totalmente atendida pelo modelo da Estratégia Saúde da Família, ou seja, todos os usuários estão cadastrados em uma das equipes ESF. Essa UBS realiza atendimentos de usuários não cadastrados em sua área somente em caso de pequenas urgências e o número de tais atendimentos é pequeno, não impactando em sua rotina. Porém, há em sua área de cobertura microáreas que apresentam significativas diferenças em termos de distância, de infraestrutura de transportes, e de condições sociais. Três equipes atendem comunidades de microrregiões mais próximas à UBS e as outras três equipes atendem áreas mais distantes, que apresentam maior dificuldade de acesso à unidade.

A UBS1 e UBS3 cobrem regiões que tiveram uma implantação parcial da ESF, ou seja, somente parte da área é coberta pelas equipes ESF. Os usuários das microrregiões ainda não cobertas pela ESF devem utilizar os serviços da UBS pelo modelo tradicional. Esse modelo prevê um grupo de profissionais (1 clínico, 1 ginecologista, 2 pediatras, 2 dentistas, 1 fonoaudiólogo e 1 fisioterapeuta), que atendem sob o regime de consulta médica, de acordo com as necessidades dos usuários. Esta diferença de modelos, na mesma região, foi apontada pelos gestores como um grande desafio, pois os usuários que moram em localidades não cobertas pela ESF se sentem segregados de seus direitos, o que entra em contradição com os princípios do SUS, e o espaço físico da UBS deve comportar os profissionais e os processos necessários aos dois modelos. Os gestores são responsáveis pelos dois modelos e precisam administrar a aproximação dos mesmos quando necessário.

O Quadro 1 ilustra as informações coletadas nestas UBSs.

Quadro 1 - Informações relativas às Unidades Básicas de Saúde avaliadas, cedidas pelos gestores.

	UBS 1	UBS 2	UBS 3
Modelo	UBS mista Modelo tradicional Modelo ESF AMA	UBS 100% ESF Modelo ESF	UBS mista Modelo tradicional Modelo ESF
Equipes ESF	6 equipes ESF apoio NASF	6 equipes ESF apoio multidisciplinar da UBS	5 equipes ESF apoio NASF
Número de funcionários	106 no total 13 regime SMS 06 regime híbrido 87 regime OS	95 no total 7 regime SMS 8 regime híbrido 80 regime OS	87 no total 6 regime SMS 81 regime OS
Número de usuários cadastrados	28000 usuários total 18000 ESF	19900 usuários total 19900 ESF	16700 no total 14900 ESF
Início da ESF na unidade	2001	2001	2001
Gestão pela OS	2008	2008	2008

5.1.2. Recursos humanos

A introdução das Organizações Sociais trouxe alterações nas relações de trabalho uma vez que seus profissionais são contratados com base na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), embora prestem serviços à instituições públicas. Essa forma de contratação resultou na composição de um grupo de profissionais com diferentes vínculos de trabalho, salários e carreiras, prestando o mesmo tipo de serviço.

Nas três UBS, encontramos profissionais contratados pela Prefeitura do Município de São Paulo, profissionais contratados pela OS e profissionais terceirizados que realizam segurança e limpeza. Os gestores relatam que, no período de transição da gestão da SMS para a OS, as diferenças de vínculo e salário trouxeram insatisfação e dificuldades para ajustes dos regimes de trabalho dos profissionais. Muitos eram funcionários públicos, concursados e trabalhavam em regime de 20 horas semanais. A estes foi oferecida a possibilidade de trabalhar em regime híbrido, ou seja, com a complementação de horas de trabalho pelo regime CLT, vinculados a OS.

No caso de médicos e enfermeiros, o processo seletivo realizado pela OS para trabalhar nas equipes ESF contempla análise de currículo e entrevista. A formação, residência ou experiência em medicina de família passou a ser um pré-requisito no processo de contratação dos médicos desde o início da gestão pela OS. A experiência na atenção básica apresenta-se como um diferencial para a contratação dos enfermeiros. No caso dos ACSs, o processo seletivo contempla análise de currículo, prova escrita e entrevista, e apresenta-se como pré-requisito que o candidato seja morador da área em que ele irá desempenhar sua função. Os gestores das UBSs participam da etapa final do processo seletivo em todos os casos.

Não há um processo de avaliação formal dos profissionais e os gestores afirmam que ela é realizada sobre "situações-problema", quando necessário. O processo de demissão dos profissionais é realizado em conjunto com gestor da UBS e coordenação da OS. Não há plano de carreira, cargos ou salário para os profissionais que compõem as equipes ESF.

Todo profissional ingressante na ESF deve participar de um curso realizado em duas etapas de três dias cada uma. Na primeira etapa, conhecida como "Momento 1" o objetivo é fornecer aos profissionais informações para o entendimento da estrutura e dos principais processos da ESF. A segunda etapa, o "Momento 2", tem

por objetivo promover discussões para alinhamento dos profissionais. Pelo fato de ser oferecido três vezes por ano, muitas vezes, a participação do funcionário no "Momento 1" só ocorre depois de alguns meses após seu ingresso na atividade.

Em virtude do vínculo com a Faculdade de Medicina da USP, as três UBSs avaliadas contam com a presença de médicos residentes alocados nas equipes. Os médicos das equipes, por sua vez, participam do programa de orientação dos residentes, realizado pelos preceptores da Faculdade de Medicina, participam das reuniões de discussão de casos e têm a oportunidade de consultar médicos especialistas, quando necessário. A presença de alunos de Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia também é frequente. Os alunos realizam estágios e acompanham os profissionais do NASF e das equipes ESF, auxiliando os mesmos.

Alguns cursos de capacitação são oferecidos, com objetivos específicos, para grupos de enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais administrativos, tanto pela SMS-SP quanto pela OS.

5.1.3. Estrutura física

As três UBSs estudadas foram inauguradas antes da implantação da Estratégia Saúde da Família, como "postos de saúde" que atendiam pelo modelo tradicional. Observamos que sua estrutura física foi projetada para atendimento ao modelo anterior. As unidades possuem pequenos consultórios, algumas salas de coleta de exames, algumas salas administrativas, salas de insumos, área de recepção ou balcão e uma ou duas salas de reuniões. O modelo ESF, entretanto, é baseado em equipes, demandando que os grupos ou subgrupos se reúnam com grande frequência.

Nas três UBSs, as equipes são identificadas por cores, tais como "Equipe Laranja", "Equipe Azul", "Equipe Verde". Esse sistema de identificação dirige os processos, os profissionais e os usuários. Cada equipe possui uma sala de atendimento que serve como base para todas as suas atividades. As salas que serviam como consultórios, no modelo tradicional, são utilizadas como salas de equipe. Na UBS 1, as portas de 6 consultórios foram pintadas com as cores de suas respectivas equipes, para facilitar sua identificação. Nas UBSs 2 e 3, foram colocadas identificações nas portas.

Considerando que existem poucas salas de reunião, uma ou duas nas três UBS, as reuniões das equipes ESF são, frequentemente, realizadas nas próprias salas de equipe. Como estas foram projetadas como consultórios de atendimento individual ao usuário, não possuem espaço e nem mobiliário adequado às atividades coletivas. Assim, é comum observar a presença de aproximadamente 10 profissionais, que se acomodam sentados na maca ou em pé, para atividades em grupo, tais como reuniões de equipe, reuniões com NASF ou para atendimento compartilhado. Não há cadeiras suficientes e nem local de apoio para os cadernos de anotação ou documentos. Isto mostra a incompatibilidade do layout das instalações físicas com o desenho organizacional baseado em equipes.

Agravando essa situação, devemos considerar a demanda adicional decorrente das atividades de ensino e de pesquisa que também necessitam de espaços adequados para a realização de atividades coletivas. Nas 3 UBSs, gestores e profissionais administrativos se incumbem de gerenciar a utilização das 2 ou 3 salas de reunião existentes. Eles relatam grande dificuldade para acomodar o número de eventos à disponibilidade de ocupação das salas.

5.1.4. Rotina de funcionamento para a ESF

Todas as UBS atendem, pela Estratégia Saúde da Família, uma demanda programada (consultas pré-agendadas, processos planejados de atendimento dos usuários das equipes, exames) e uma demanda espontânea, ou seja, não programada. Para atendimento da demanda espontânea, as UBSs possuem um processo chamado "supervisão" ou "acolhimento da UBS". Os nomes variam entre as UBS, porém, foi possível observar um processo semelhante em cada uma das UBSs.

Em um sistema de rodízio, previamente elaborado, 1 médico de uma equipe ESF, 1 enfermeiro de equipe e 1 auxiliar de enfermagem, atuam em determinado período, fora de suas equipes, para atender à demanda espontânea da unidade. Assim, o médico da equipe X pode desempenhar essa função todas as manhãs de segundas-feiras, enquanto o médico da equipe Y pode se encarregar dessa atividade nas tardes de quartas-feiras. O grupo responsável por esse atendimento realiza a triagem dos usuários, realiza uma "escuta ativa", buscando entender o que levou o usuário a procurar a UBS naquele momento, além de procurar ser resolutivo, na

medida do possível. Quando necessário, o grupo entra em contato com algum profissional da equipe responsável pelo usuário para um trabalho conjunto.

Outra situação de demanda espontânea mais difícil de ser mensurada e controlada é aquela que chega de um usuário diretamente para o profissional de sua equipe. Os usuários efetuam pequenas solicitações, que muitas vezes são atendidas por meio de uma informação, de elaboração de uma receita para medicamento ou casos mais rápidos que não configuram uma consulta médica ou de enfermagem, sendo atendidos de modo quase informal, no corredor, entre uma consulta e outra. Tendo em vista que o modelo segue uma diretriz de "política de portas abertas" e de "acolhimento", que garante o direito de acesso do usuário ao sistema sempre que solicitado, os eventos gerados pela demanda espontânea ocorrem rotineiramente. Frequentemente, o usuário se encaminha diretamente à porta da sala de sua respectiva equipe, sabendo que tem grande probabilidade de encontrar algum profissional da mesma naquele momento. O atendimento realizado nesses casos dificilmente é contabilizado na produtividade dos envolvidos, acabando por impactar nas atividades planejadas de trabalho.

5.1.5. Processo de comunicação da gestão com as equipes

A maior parte do processo de gestão e do direcionamento para as equipes ESF é realizada por meio de reuniões periódicas pré-agendadas. Desta maneira, em todas as três unidades observamos um processo semelhante:

Reuniões técnicas, ocorrem com frequência semanal: os participantes se reúnem para discutir temas pertinentes às atividades das UBSs, das equipes e dos projetos em andamento. É uma oportunidade de alinhamento, discussão de tópicos de interesse específicos, assuntos relativos aos usuários. O gestor da UBS lidera a reunião, que tem duração de aproximadamente 2 horas e que conta com pelo menos um representante de cada categoria profissional e ao menos um representante de cada equipe. Eles têm o papel de repassar as informações para as equipes e/ou colegas posteriormente.

Reuniões gerais, ocorrem com periodicidade mensal: nessas reuniões são discutidos temas de interesse geral, sobretudo do ponto de vista administrativo, resultados que a UBS vem obtendo, orientações da SMS e da OS, campanhas, projetos sociais e voluntários. É solicitada a participação de pelo menos um

representante de todas as categorias de todas as equipes ESF e da UBS. O gestor lidera a reunião. Em todas as unidades, o gestor procura realizar a mesma reunião, em dois períodos, para que possa ter a participação de um maior número de profissionais.

Reuniões de planejamento anual, ocorrem no final do ano, com a participação de todos os profissionais da UBS, para balanço das atividades do ano corrente e planejamento das atividades do ano seguinte, já considerando as ações planejadas e divulgadas pelo SUS e pela SMS, tais como campanhas, mutirões, entre outros.

Reuniões com o Conselho Gestor ocorrem mensalmente, com a participação do gestor da UBS, funcionários administrativos, representantes do conselho gestor da unidade e, quando necessário, com representantes de categorias profissionais ou de equipes. Nas três unidades, os gestores afirmam que o respectivo Conselho Gestor se apresenta bastante participativo e atuante.

Os gestores também realizam reuniões com as equipes, individualmente, com as categorias (ex. reunião com os enfermeiros), e com os profissionais administrativos, sempre que necessário. Conversas individuais com os profissionais também são contempladas no processo de comunicação.

O processo de gestão da prefeitura e da OS com as unidades também é realizado por meio de reuniões periódicas que contam com a participação dos gestores das unidades e de alguns profissionais administrativos envolvidos (quando necessário). Semanalmente, os gestores participam de uma reunião na OS e mensalmente, participam de uma reunião da SMS.

5.2. PERFIL DAS EQUIPES ESF ESTUDADAS

5.2.1. Composição das equipes

As seis equipes observadas apresentaram a mesma composição: 10 membros, sendo 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 6 ACSs. A formação da equipe segue os documentos norteadores da Atenção Básica, que estipulam o caráter multiprofissional e o número de integrantes, de acordo com o tamanho da população atendida. As responsabilidades de cada profissional também estão definidas no documento norteador da Atenção Básica, de modo que todos os profissionais recebem o mesmo direcionamento sobre o seu papel.

Nas UBSs que contam com o apoio do NASF, profissionais do mesmo se dividem para acompanhar o trabalho das equipes. No caso estudado, a UBS1 e a UBS3 contam com este apoio.

As equipes NASF apresentam 14 profissionais de diferentes especialidades (ginecologista, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, entre outros) e se dividem em trios para apoiar as equipes ESF às quais estão ligados. Esses três profissionais assumem o papel de representar todo o grupo do NASF dentro das equipes ESF. Quando as equipes ESF identificam um caso que necessita de acompanhamento de especialistas do NASF, os profissionais levam o caso para a reunião semanal, realizada com o trio que as apoiam.

O apoio do NASF se dá por meio de atendimento compartilhado e "matriciamento", isto é, os profissionais especialistas atendem os usuários em conjunto com os profissionais da equipe (médico, enfermeiro ou ACS), sempre que possível, formando e participando de grupos específicos com usuários, além de buscar ampliar o olhar dos envolvidos (equipes ESF e usuários) nas suas especialidades. O matriciamento refere-se ao processo que visa a capacitação e o aprendizado contínuo dos profissionais, além do aumento da resolutividade da atenção básica, ao mesmo tempo em que busca garantir a continuidade do vínculo do usuário com sua equipe.

5.2.2. Perfil dos profissionais entrevistados

O quadro 2 apresenta um detalhamento das informações relativas à experiência profissional dos médicos das 6 equipes ESF envolvidas nesta pesquisa.

Observamos que entre os médicos participantes há uma similaridade: são profissionais jovens, entre 28 e 35 anos, que desde o início da atividade profissional estão atuando na atenção básica, sendo que 5 dos 6 entrevistados já iniciaram suas atividades na ESF. Dos 6 médicos, 5 fizeram residência em medicina de família, dos quais 3 iniciaram suas atividades nestas UBS, por meio do programa de residência da Faculdade de Medicina da USP. Um médico fez residência em geriatria, tendo realizado especialização em medicina de família posteriormente. Na época da realização das entrevistas, 2 médicos estavam cursando especialização/mestrado em saúde pública.

Todos os profissionais entrevistados foram contratados pela FFM e trabalham num regime de 40 horas semanais.

Quadro 2 - Perfil relativo à experiência profissional dos médicos entrevistados, baseado nas informações cedidas pelos próprios profissionais.

Perfil dos Médicos

Profissional	Tempo na profissão	Tempo como Médico Generalista	Tempo na Atenção Básica	Tempo na ESF	Tempo na Equipe	Observação
Médico 1	9 anos	8 anos	8 anos	8 anos	3 anos	5 anos em PSF em outras UBSs
Médico 2	4,3 anos	4,3 anos	4,3 anos	4,3 anos	4,3 anos	2 primeiros anos na equipe como residente
Médico 3	7 anos	7 anos	7 anos	7 anos	5 anos	2 anos como residente PSF em outra UBS
Médico 4	5 anos	5 anos	5 anos	2,5 anos	2,5 anos	2,5 anos em atenção básica fora do PSF
Médico 5	3 anos	3 anos	3 anos	3 anos	3 meses	2,5 anos como residente em outra equipe
Médico 6	5 anos	5 anos	5 anos	5 anos	1,5 anos	3,5 anos em PSF em outras UBSs

Outra similaridade encontrada é relativa às razões que motivaram o interesse pelo trabalho na Atenção Básica e na ESF. Os profissionais apontam a identificação com os princípios do SUS e o fato de acreditarem em um modelo de assistência nos moldes propostos pela ESF, como os principais fatores de decisão de escolha pela medicina de família e de ingresso na Atenção Básica, conforme apresentamos nos relatos⁴, a seguir:

(...) mas no momento que você enxerga que o modelo estratégia de saúde da família é um modelo que amplia a atenção primária no Brasil e a atenção primária é o modo de organização do sistema que gera melhores resultados para as pessoas e gera mais satisfação e mais benefício pros pacientes, eu não tenho dúvida que é ali que eu tenho que estar.... Então, eu entendo o papel da atenção primária no cuidado. Eu entendo o papel da atenção primária no sistema... Me

⁴ Ao final de cada relato, há uma informação que indica sua autoria. Utilizamos (m) para indicar relato de médico, (e) para relato de enfermeiro, e (g) para relato de gestor de UBS. O número que acompanha esta informação faz referência à equipe do profissional entrevistado ou à UBS, no caso do gestor. Esta simbologia é válida para todos os relatos contidos nesta pesquisa.

motiva saber que eu tô fazendo um trabalho bom aqui, eu tô organizando esse sistema e pensando em ter o melhor resultado para os meus pacientes (...) (m5)

(...) não conheço nenhuma estratégia que qualifique tanto a atenção quanto a saúde da família... a gente consegue enxergar coisas que se você ficar trancado dentro da sua sala atendendo só a demanda que vem te buscar aqui, você não vai ver nunca, não vai saber nunca, e você nunca vai conseguir ter um atendimento tão abrangente e de uma forma tão resolutiva se você não conseguir enxergar essas coisas (...) (m1)

No quadro 3, é apresentado um detalhamento das informações relativas à experiência profissional dos enfermeiros das 6 equipes ESF envolvidas nesta pesquisa.

Quadro 3 - Perfil relativo à experiência profissional dos enfermeiros entrevistados, baseado nas informações cedidas pelos próprios profissionais.

Perfil dos Enfermeiros

Profissional	Tempo na profissão	Tempo na Atenção Básica	Tempo na ESF	Tempo na Equipe	Observação
Enfermeiro 1	9 anos	7 anos	7 anos	2 anos	5 anos em PSF em outras UBSs
Enfermeiro 2	17 anos	15 anos	8 anos	8 anos	
Enfermeiro 3	26 anos	20 anos	10 anos	10 anos	
Enfermeiro 4	8 meses	7 anos	7 anos	8 meses	6,3 anos auxiliar de enfermagem na ESF
Enfermeiro 5	15 anos	6 anos	4 anos	4 anos	
Enfermeiro 6	9 anos	9 anos	6 anos	2,5 anos	3,5 anos em PSF em outras UBSs

Observamos que em comparação com os médicos de equipe, os enfermeiros entrevistados apresentam maior tempo de experiência na Atenção Básica, sendo no mínimo de 6 anos na ESF. Quatro dos seis profissionais entrevistados tiveram

experiência prévia em ambiente hospitalar ou no modelo tradicional da Atenção Básica, o que os permite comparar os modelos.

Além da identificação com os princípios do SUS e da crença no modelo de assistência à saúde proposto pela ESF, eles apontam a valorização do papel do enfermeiro e a autonomia atribuída a ele como fatores que motivaram o ingresso nas equipes, conforme apresentamos nos relatos que se seguem:

(...)acho que é porque eu acredito nos princípios do SUS, porque eu acho que eu sou capaz de fazer com que essa máquina tão difícil de funcionar, funcione de alguma forma aonde eu estou. E eu acho que é porque eu tive bons exemplos na minha formação (...) (e6)

(...) (o que motivou o ingresso na ESF) é a questão da autonomia da Estratégia Saúde da Família... Na UBS tradicional o enfermeiro não tem a autonomia que tem na ESF... é tudo trabalho de protocolo e você mais "toca serviço". Você não tem muito aquela questão de poder opinar, discutir com o médico um tratamento, uma coisa relacionada à terapêutica do paciente... é mais prescrição. Na ESF a gente tem autonomia e o papel da conscientização do usuário....que é o que faz a diferença (...) (e2)

Diferentemente de outros modelos, na ESF o enfermeiro também realiza consultas que são direcionadas para o acompanhamento de gestantes, crianças de até dois anos, hipertensos e diabéticos.

Notamos que a identificação com os princípios propostos pelo SUS foi apontado como fator de motivação para o ingresso na atividade de trabalho pela totalidade dos médicos, enfermeiros e gestores entrevistados. Este fato mostra que há convergência de valores individuais e de propósitos entre os diferentes profissionais, aspecto apontado por alguns autores como facilitadores do trabalho coletivo (GITTELL, 2002; OKHUYSEN e BECHKY, 2009).

A coerência entre os valores e projetos individuais e os da organização também são apontados por Zarifian (2001a) como importantes aspectos de atração e de retenção dos profissionais na organização.

5.2.3. Principais atividades das equipes

As ações de assistência, de promoção à saúde e de prevenção de doenças, realizadas pelas equipes, são desempenhadas, basicamente, em uma das seguintes atividades:

- Consultas médicas realizadas na UBS (individuais, compartilhadas com especialistas ou compartilhadas com residentes);
- Consultas de enfermagem realizadas na UBS;
- Visitas domiciliares (VD) realizadas pelos ACSs para cadastramento, e acompanhamento da população;
- Visitas domiciliares (VD), para consulta ou orientação, realizadas pelos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e profissionais do NASF;
- Reuniões de equipe para discussão e encaminhamento dos casos, estabelecimento dos processos operacionais, troca de informações e orientações, espaço para capacitação, etc.;
- Identificação, formação e participação de grupos com usuários. Ex. grupos de gestantes, grupos de terceira idade, grupos de hipertensos, grupos de caminhada, etc.; e,
- Processo de atendimento geral aos usuários.

Período em que profissionais das equipes ficam à disposição de seus usuários para atendimento das necessidades dos mesmos, sem que haja a necessidade de agendamento.

Além das atividades de atendimento aos usuários da equipe, os profissionais desempenham atividades de atendimento geral da UBS, em sistema de rodízio: médicos e enfermeiros participam do processo de atendimento de demanda espontânea (conforme descrevemos na seção 5.1.4 deste trabalho); auxiliares de enfermagem trabalham na sala de curativos e coleta de exames em determinados períodos da semana, enfermeiros atuam na coleta de exames mais específicos como o papanicolau, etc.

Os profissionais também participam de reuniões da UBS (conforme descrevemos na seção 5.1.5 deste trabalho), em atividades de capacitação oferecidas pela OS ou pela SMS, e em atividades relacionadas a ensino e pesquisa, tais como acompanhamento das atividades dos residentes vinculados às equipes.

Embora não tenham participação na definição das metas de produção, as equipes têm a prerrogativa de organizar o trabalho da maneira que considerem mais apropriada para a equipe e para o perfil da comunidade atendida. São responsáveis por definir suas rotinas, suas práticas de atendimento coletivo, avaliar a quantidade de reuniões de equipe necessárias, propor e liderar grupos com usuários. As

equipes conhecem os objetivos de produtividade (número de consultas, número de visitas domiciliares) e as prioridades estratégicas (acompanhamento de gestantes, recém-nascidos, diabéticos, hipertensos) e se organizam buscando o cumprimento de tais objetivos.

Os médicos apresentem variações significativas na composição de suas agendas, porém, uma análise das atividades realizadas por eles indica que distribuem de modo semelhante o próprio tempo de trabalho entre as diferentes atividades, conforme ilustramos no gráfico a seguir:

Gráfico 1 : Distribuição aproximada das atividades dos médicos das Equipes ESF, elaborado pela autora, com base na análise das agendas dos 6 entrevistados.

Observamos que 70% do tempo dos médicos é utilizado em atividades nas quais o profissional tem contato direto com os usuários de sua equipe: Consultas, Visitas Domiciliares (VDs), Grupos de Usuários e Atendimento Geral à Equipe. Também é significativa a quantidade de tempo empregado em reuniões de trabalho: 16%. Os profissionais relatam desempenhar atividades burocráticas e administrativas, tais como preenchimento de planilhas de produtividade, organização de agendas, atualização de prontuários, entretanto, não reservam tempo nas agendas para tais atividades. Os médicos mencionam que elas vão sendo realizadas durante as atividades ou nas "brechas" entre as tarefas.

Uma análise semelhante, relativa à distribuição das atividades dos enfermeiros, indica que 57% do tempo dos mesmos é utilizado em atividades nas quais o

profissional tem contato direto com os usuários de sua equipe. Também é significativa a quantidade de tempo empregado em reuniões de trabalho: 16%. Diferentemente do que ocorre com os médicos, os enfermeiros empregam em média 21% de seu tempo em atividades relacionadas aos processos da UBS, tais como coleta de papanicolau e supervisão de coleta laboratorial e cerca de 6% do seu tempo para atividades burocráticas e administrativas, tanto da equipe, quanto da UBS.

Gráfico 2 : Distribuição aproximada das atividades dos enfermeiros das Equipes ESF, elaborado pela autora, com base na análise das agendas dos 6 entrevistados.

Uma aproximação na distribuição do tempo dos profissionais para as atividades já era esperada, uma vez que as metas de produtividade acabam por direcionar de alguma maneira a composição das agendas. Contudo, também era esperado encontrar diferenças entre agendas, resultantes da autonomia atribuída aos profissionais e da necessidade de customização à realidade da área. Esta análise mostra-se interessante por revelar que estas diferenças existem e são coerentes com os momentos vividos pelas equipes, no entanto, são pequenas e não impedem que se componha um retrato que auxilie na compreensão das atividades dos profissionais, de uma forma geral.

5.3. O CONCEITO DE SERVIÇO

A análise de documentos, elaborados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que contém as diretrizes para a Atenção Básica e para a Estratégia Saúde da Família, foi realizada com o objetivo de compreender a proposição do serviço oferecido.

O Programa Saúde da Família foi concebido com objetivos ambiciosos: ampliar e fortalecer a Atenção Básica, reestruturar o acesso ao sistema de saúde, ampliar o foco da assistência, abrangendo o indivíduo, a família e a comunidade e promover a atenção integral. Conceitualmente, este novo modelo traz uma série de mudanças nas maneiras tradicionais de atender e trabalhar dos diferentes profissionais que integram as equipes de saúde.

De acordo com Sznelwar e Abrahão (2007, p. 110):

A eles (profissionais da ESF) não é atribuído apenas o papel de dar vazão e atender às demandas da população. Devem também desenvolver todo um sistema de serviços que considere as condições de vida, as deficiências nos atendimentos, as dificuldades para as pessoas transitarem nos diferentes níveis de atendimento à saúde e, sobretudo, a grande proximidade com a comunidade e o relacionamento com as famílias, que não termina na porta do edifício das unidades de saúde, estendendo-se às casas, às ruas daquela comunidade.

Nesse contexto, os documentos norteadores procuraram definir a responsabilidade das equipes ESF, bem como caracterizar as formas de ação:

A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde; por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade. (BRASIL, 2012a)

Para compreender os desafios que as equipes enfrentam, é necessário considerar as exigências que os conceitos e princípios que sustentam o SUS, a Atenção Básica e a ESF, trazem para o trabalho dos profissionais.

O conceito ampliado de saúde, aliado ao conceito de atenção integral, passa a exigir dos profissionais, além do conhecimento específico da sua profissão, o reconhecimento do território sob sua responsabilidade, o conhecimento dos indivíduos e famílias que ali vivem, e a capacidade de lidar com os múltiplos fatores que podem vir a interferir na condição de saúde dos usuários, tais como aspectos sociais, econômicos e familiares.

Os processos de trabalho tornam-se mais abrangentes e complexos, pois passam a depender da reunião e articulação de diversas ações e diferentes atores. A efetivação da integralidade ocorre na integração de ações programáticas e demanda espontânea; na articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; no trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e na coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2007a).

As possibilidades de atuação dentro de um determinado território dependem da disponibilidade e estrutura dos equipamentos de diferentes setores (saúde, educação, saneamento, social) na região ao qual a equipe está inserida. A diversidade de situações das famílias, das condições de vida de cada comunidade e das condições de trabalho em cada território faz com que não seja possível estabelecer uma padronização da operação de serviço, fazendo recair sobre os profissionais da equipe uma parte importante da definição do processo operacional.

Uma vez que desempenham o papel de ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde para os usuários, o acesso às equipes deve ser facilitado. As diretrizes da ESF buscam a ampliação do acesso e da utilização dos serviços de Atenção Básica ao proporem que as unidades de saúde estejam próximas ao local de moradia das pessoas, bem como por estabelecerem a vinculação populacional e a responsabilidade pelo território. Entretanto, como boa parte dos processos operacionais é definida internamente, parte da responsabilidade pela facilitação do acesso ao usuário recai sobre as equipes.

Para que possam, de fato, atuar como elo entre o usuário e o sistema, as equipes devem ser capazes de traduzir para o sistema as necessidades do usuário e, traduzir para o usuário o funcionamento do sistema. Este fato, aliado a responsabilidade pela coordenação do cuidado do usuário traz para os profissionais,

a necessidade de conhecer a configuração da rede de atenção, bem como as possibilidades de encaminhamento dos casos no interior dessa rede.

A responsabilidade por estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população se relaciona à longitudinalidade da Atenção Básica (BRASIL, 2007a). Pressupõe que por meio do relacionamento contínuo, as equipes atuem no sentido de conscientizar o usuário para a importância do seu envolvimento no cuidado de sua saúde, de sua família e de sua comunidade, o que traz para os profissionais a responsabilidade de incluir a população atendida nos processos de promoção, prevenção e tratamento da saúde.

Após a avaliação documental, o passo seguinte foi a realização do trabalho de campo, cujo objetivo foi compreender os aspectos mais relevantes do trabalho das equipes, avaliando o conteúdo do trabalho, a dinâmica de atuação dos profissionais e o papel relativo do usuário junto à equipe no processo de produção.

5.4. O TRABALHO EM EQUIPE

O trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar foi apontado pela totalidade dos profissionais entrevistados como sendo o instrumento que permite a execução da atenção, tal como proposta pela ESF, pois possibilita que o trabalho seja realizado continuamente e simultaneamente, pelos vários integrantes da equipe, em várias frentes (assistência, promoção, prevenção) e em vários espaços (UBS, domicílios, espaços da comunidade). A complementaridade de conhecimentos e de experiências propiciada pela formação da equipe foi apontada como outro fator que não só qualifica a atenção, mas também funciona como instrumento de suporte e de capacitação entre os profissionais, favorecendo uma melhor resolatividade das ações.

Por outro lado, buscar o entendimento comum e o consenso em um grupo que reúne pessoas com diferentes formações, ideais, tempo de experiência, salários, expectativas, personalidades, interesses e nível de comprometimento com o objetivo comum, foi apontado como um desafio pela totalidade dos profissionais.

(...) eu tive pouca formação teórica em trabalho em equipe, minha formação em trabalho de equipe foi... predominantemente prática, na equipe... Eu acho que você reunir pessoas com formações diferentes, ideais diferentes, salários diferentes, tempos diferentes de trabalho

numa mesma equipe, desgastes diferentes, e botar elas pra trabalhar em torno de um objetivo comum, é uma dificuldade muito grande, muito grande (...) (m2)

Os profissionais afirmam não terem tido o desenvolvimento de habilidades de trabalho em equipe em sua formação teórica, tais como comunicação, negociação e liderança, e afirmam que estas vão sendo adquiridas na prática, nas relações que vão sendo construídas ao longo do tempo, nas diversas oportunidades de interação.

(...)eu acho que essas reuniões que a gente faz... servem pra isso, trazer (do individual) pra equipe. As vezes tem opiniões divergentes mesmo e a gente meio que entra num consenso e fala: " _ olha, então vamos tentar essa estratégia primeiro", e a gente tenta e vê se da certo... Como a saúde não é exata, a gente não consegue muitas vezes dar uma receitinha de bolo pras coisas...É um teste mas a gente se entende bem, acho que isso parte de um esforço... de um respeitar o trabalho do outro... respeitar os diferentes conhecimentos também (...) (m1)

Observamos que, na maioria das vezes, a liderança da equipe é compartilhada pelo médico e pelo enfermeiro. Ainda que com menor frequência, é comum observar um profissional do NASF, uma ACS ou um auxiliar de enfermagem liderando determinada ação ou respondendo pela equipe sobre uma determinada atividade junto à gestão, indicando que a liderança operacional muda de mãos de acordo com o conhecimento necessário para a realização da atividade que está sendo desenvolvida no momento. Este comportamento é apontado como uma das características das equipes contemporâneas (WAGEMAN et al. 2012).

5.4.1. A ampliação do objeto de trabalho

O conceito ampliado de saúde, aliado ao conceito de atenção integral, traz para os profissionais das equipes a necessidade de conviver com situações para as quais os profissionais não se sentem preparados ou não têm condições de atuar, tais como, violência doméstica, vulnerabilidade social, etc.

(...)as maiores demandas do meu trabalho são as demandas sociais... problemas que vão além do tratamento clínico de uma doença... problemas que muitas vezes não podemos resolver (...) (m3)

(...)existe uma demanda que eu acho que é cultural, que o modelo reforça, e que eu não estou de acordo: de que você pode resolver a

vida da comunidade... é isso, eu sou responsável pela saúde de uma comunidade... isso não é verdade... tem muita coisa envolvida pra comunidade se tornar saudável (...) (m2)

(...)a gente tem problemas ocupacionais muito grandes. Por exemplo, diaristas que sofrem muito de dores osteomusculares... então, no fim, o que elas precisam é remédio, fisioterapia e mudar de emprego e elas conseguem só remédio, não tem referência de fisioterapia adequada, ou é muito limitada, e trocar de emprego com frequência também não é uma opção (...) (m4)

Se por um lado, a compreensão dos múltiplos fatores que podem estar interferindo na saúde de um usuário possibilita uma atuação mais efetiva, por outro, faz recair sobre os profissionais problemas de diferentes naturezas cuja solução, em muitos casos, está além da capacidade de atuação da equipe. Ou seja, está claro para o profissional que ele deve conhecer com profundidade os problemas de seus usuários para atuar com maior resolutividade, porém, não está claro até onde ele tem condições de intervir nesses problemas, tornando as fronteiras de sua atuação indefinidas.

5.4.2. Papéis e responsabilidades

Como consequência da impossibilidade de delimitação das fronteiras de atuação, identificamos certa falta de clareza dos profissionais em relação aos limites de responsabilidade da própria equipe, como ilustramos na CASO ⁵ apresentado a seguir:

CASO 1: Na Equipe 6, o médico encaminhou um idoso com uma séria cardiopatia para a atenção especializada. Após nova avaliação, a equipe entendeu que, embora apresentasse grande interesse, a família não dispunha de condições para o cuidado efetivo do paciente e o caso estava se agravando. Para parte dos integrantes, o caso ultrapassava os limites de atuação da equipe, uma vez que o quadro não se configurava como abandono de idoso e o encaminhamento para o especialista já havia sido realizado. Outros integrantes entendiam que a responsabilidade continuava nas mãos da equipe, uma vez que o problema se agravava e nenhuma

⁵ As descrições das situações observadas que possibilitaram um melhor entendimento dos processos de trabalho coletivo, são mencionadas nesta pesquisa como "casos".

solução efetiva havia sido encontrada. Ao final, após diversas discussões, a equipe decidiu que o ACS e o auxiliar de enfermagem iriam se revezar, diariamente, em visitas domiciliares para ministrar os medicamentos e fazer o acompanhamento da situação por determinado período, até que a família pudesse encontrar alguma solução. Ao ilustrar o caso, a médica da equipe relata:

(...) é na verdade assim; uma demanda só, e diferentes entendimentos daquela questão, então assim... eu entendia que a família tinha que cuidar mais, alguém entendia que a gente que tinha que cuidar, aí acabou que no final a gente falou assim: "Não, mas a gente tem que resolver, e para resolver a gente vai ter que se unir e aí vai ter que ter uma palavra única aqui." Aí a gente fez isso (...) (m6)

Nesse caso, os profissionais apresentavam entendimentos diferentes tanto em relação à responsabilidade da equipe sobre o caso, quanto em relação às formas de conduzi-lo, e para atuarem como equipe, precisaram negociar e buscar um consenso. O serviço realizado pela equipe foi fruto de um acordo negociado a partir de um conjunto de diferentes interpretações para a mesma situação. A conduta para o caso poderia ter sido outra se o resultado da negociação tivesse sido diferente. Consequentemente, os acordos realizados pelas equipes podem se refletir em diferenças nos serviços prestados por elas, pois os limites de atuação são passíveis da interpretação dos seus membros.

A variabilidade nos processos de serviços apresenta-se como uma característica dos serviços profissionais (GIANESI e CORREA, 2010), no entanto, ela torna-se ainda mais acentuada em função da intangibilidade que permeia os processos de trabalho da ESF.

Observamos que negociações são utilizadas também para minimizar os impactos e os desgastes em situações nas quais os profissionais apresentem diferenças de entendimento ou de expectativas em relação ao próprio papel ou em relação ao papel dos seus colegas dentro da equipe.

Nas equipes, a interação entre os envolvidos, observada nas frequentes discussões, troca de ideias, negociações e estabelecimento de acordos, se apresenta como um importante recurso, utilizado para aproximar as diferentes perspectivas e interpretações (GITTELL, 2002; OKHUYSEN e BECHKY, 2009; PEDUZZI, 2001). Ao longo do tempo, vai se estabelecendo um entendimento comum em relação à responsabilidade da equipe e em relação ao alcance dos

papéis de seus profissionais, promovendo ajustes contínuos na dinâmica de interação da equipe, facilitando o trabalho coletivo.

(...) para mim, as meninas (as ACS's) são os meus pares de olhos, os meus pares de pernas, os meus pares de braço lá fora, e para isso se refletir mesmo, tem que ter uma coerência, uma coesão muito grande interna, tem que ter uma coisa muito forte de você confiar muito no trabalho do outro, de você conhecer muito o trabalho do outro, e às vezes isso é muito difícil de construir (...) (m6)

O relato anterior ilustra a preocupação da profissional com a coerência das ações e atitudes dos diferentes profissionais das equipes, vindo ao encontro com a colocação de Wageman et al. (2012) e Hackman (2012). Estes pesquisadores reforçam que os integrantes da equipe devem representá-la de maneira tal, a possibilitar que ela seja percebida como uma entidade, tanto pelos seus membros, quanto pelos seus usuários.

Notamos que em todas as equipes, é possível presenciar, em pelo menos uma das reuniões de trabalho, a realização de confraternizações. Semanalmente, os integrantes levam sanduiches, bolos e sucos para compartilhar com os colegas durante a reunião, para celebrar os aniversariantes do mês, comemorar uma atividade coletiva bem sucedida (por exemplo, uma campanha de cuidados da saúde da mulher) ou mesmo sem motivo específico. Pequenas confraternizações ocorrem com frequência, também nas reuniões realizadas pela UBS, com a presença de profissionais das várias equipes, administrativos e gestores. Os profissionais declaram que estes espaços informais de interação favorecem a aproximação e a familiaridade, promovendo a coesão da equipe.

(...) não dá pra trabalhar em PSF se você não tem uma boa equipe. Não dá pra você trabalhar com uma enfermeira que você não tá de acordo sabe? É muito duro... todo dia você tá lá com a pessoa, e você compartilha... então acho que por isso que se faz tanta festa, essa coisa toda, porque você tem que criar um clima bom (...) (m4)

A familiaridade entre os membros da equipe facilita o trabalho coletivo por possibilitar o fortalecimento dos relacionamentos (OKHUYSEN E BECHKY, 2009), o estabelecimento da confiança e do respeito mútuo (GITTELL, 2002).

5.4.3. Principais atividades coletivas

As atividades realizadas com a participação da maioria ou da totalidade dos membros da equipe são de especial interesse para esta pesquisa por possibilitarem a identificação e análise da dinâmica coletiva de trabalho. Tais atividades são detalhadas a seguir:

5.4.3.1. Reuniões de equipe

Reuniões de equipe são realizadas periodicamente com a presença de todos os integrantes. Observamos semelhança nos propósitos e na dinâmica de condução das reuniões entre as equipes. As reuniões são lideradas de maneira informal, compartilhadas pelo médico e pelo enfermeiro e têm por objetivo:

- avaliação, discussão e encaminhamento dos casos;
- compartilhamento das atividades individuais para o grupo;
- compartilhamento de informações oriundas da gestão ou da comunidade;
- planejamento e avaliação das ações da equipe;
- avaliação de produtividade;
- ajustes nas atividades de trabalho; e,
- discussão de temas considerados de interesse do grupo.

Diferenças significativas relativas à periodicidade de realização e às ferramentas utilizadas para o registro das atividades foram observadas. Das 6 equipes, 2 realizavam reuniões diárias de aproximadamente 1 hora, sendo que em um destes dias a reunião contava com a presença adicional de profissionais do NASF, e tinha duração de 2 horas. As outras 4 equipes realizavam duas reuniões semanais com o membros do grupo, e uma terceira reunião com a presença adicional dos profissionais do NASF, todas com duração de 2 horas. Diferenças na distribuição dos usuários e dos ACSs nas áreas geográficas e diferenças no sistema de transporte coletivo disponível nas microáreas, foram identificadas como as principais razões para que as equipes compusessem rotinas de reuniões diferentes.

Os recursos utilizados para o registro das ocorrências das reuniões e controle de atividades da equipe mostram-se bem diferentes entre elas. Somente as Equipes 3 e 4 faziam registros em atas de reunião, a Equipe 2 utilizava uma planilha Excel,

desenvolvida pelo médico e alimentada pelas ACSs, para a realização de alguns controles de prioridades. Nenhuma outra equipe apresentou ferramenta semelhante.

Questionados sobre tais diferenças, os entrevistados afirmam não haver necessidade de padronização desde que sejam capazes de fornecer as informações de produtividade, solicitadas mensalmente pela gestão e repassadas para a OS e para a SMS. Não existe um processo formal para o compartilhamento de práticas das equipes. Os entrevistados afirmam que esta troca ocorre de modo informal quando sentem necessidade. Os gestores apontam os espaços das reuniões técnica e mensal para este tipo de troca.

Os profissionais são unânimes em apontar a falta de processos e de sistemas de informação integrados, que possam auxiliá-los no compartilhamento das informações sobre as condições dos usuários, como um fator que dificulta a realização do trabalho. Parte das informações encontra-se nos prontuários, feitos em papel e armazenados em uma área específica da UBS, no entanto, a maior parte da informação fica dispersa em diversos documentos, planilhas e cadernos que vão sendo alimentados pelos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACSs nas diferentes atividades realizadas por eles. Assim, o compartilhamento dessas informações torna-se totalmente dependente da interação entre os profissionais.

A falta de integração de sistemas de informação dificulta também a avaliação de informações que poderiam ser utilizadas para a otimização e gestão dos processos de trabalho da equipe:

(...) por exemplo, se eu tivesse acesso ao GSS, que é o sistema da farmácia..... se isso fosse integrado, eu teria como saber quais pacientes não pegaram o medicamento no tempo que deveriam pegar, ou seja, esse cara tá "mal aderente", ele não tá pegando medicação, ele não tá tomando... nós poderíamos ir atrás... Para ser feito manualmente....isso demandaria muita energia... e a gente não tem "perna" pra isso (...) (m1)

O relato ilustra que os profissionais identificam maneiras de otimizar seus processos de trabalho, mas a falta de recursos apropriados inibe a efetivação das melhorias, causando impacto para a qualidade de trabalho dos mesmos.

Os gestores reconhecem a carência de recursos e processos de apoio e atribuem a complexidade da estrutura administrativa a dificuldade de se obter tais recursos. Eles declaram haver um limite de atuação, uma vez que a implementação de qualquer solução depende do processo de coordenação e da articulação das ações

nas diferentes entidades e esferas de governo envolvidas no processo decisório, remetendo à dificuldade apontada por Dussault (1992), em relação à autonomia dos gestores nos serviços públicos.

5.4.3.2. Grupos de usuários

Outra diferença significativa entre as equipes foi observada na formação e nas realizações de grupos de usuários. Das 6 equipes, 4 afirmaram haver grande incidência de hipertensos na área, mas somente duas, as Equipes 2 e 3, estavam realizando uma atividade em grupo para o controle e orientação dos hipertensos. A Equipe 1 relatou que realizava grupo de hipertensos anteriormente, com periodicidade mensal, porém, com o passar do tempo, a participação dos usuários no grupo não se apresentava regular, pois, na comunidade atendida, grande parte dos hipertensos não podia se ausentar do trabalho para participar da atividade nos horários propostos. Assim, em consenso, resolveram dissolver o grupo e realizar o controle e orientação dos usuários por meio de um processo de agendamento de consulta regular.

Observamos que a formação e realização de grupos não só atende às necessidades específicas da população como também pode servir de instrumento para que a equipe venha a cumprir suas necessidades de produção, como ilustramos no CASO 2, a seguir.

CASO 2: A Equipe 4 atende uma comunidade distante e de condições sociais muito precárias, que engloba um conjunto habitacional popular com centenas de famílias. Para avaliar as numerosas crianças, com regularidade, a equipe decidiu criar um grupo, de frequência mensal, que vai à comunidade realizar "contação de história" para as crianças. As crianças são convidadas a participar da atividade e, nessas reuniões, os profissionais avaliam suas condições gerais, fazendo o controle do peso, da altura, das vacinas, e identificando alguma situação de provável agravo à saúde. Essa foi a forma encontrada pela equipe para acompanhar as crianças da área, nas condições de trabalho presentes. Não seria possível acomodar o acompanhamento de todas elas, individualmente, nas agendas de consultas do médico e do enfermeiro da equipe.

Questionada sobre como a equipe apresentou a ideia de criar o grupo de "contação de história", a médica relatou que sua mãe era contadora de história e que este fato acabou contribuindo para a realização da ideia, aceita rapidamente pela equipe e pela gestão, ilustrando a autonomia da equipe na definição de seus processos internos. Outros exemplos de atendimento e de acompanhamento dos usuários, com processos bem diferentes, também foram observados nas equipes, evidenciando a autonomia operacional.

5.4.3.3. Processo de atendimento geral aos usuários

Todas as equipes reservam um período em suas agendas, no qual parte ou todos os seus membros se encontram à disposição na UBS para atender usuários sem que haja a necessidade de agendamento prévio. Os usuários são recebidos por ordem de chegada e suas solicitações são avaliadas pelo médico ou pelo enfermeiro que os orientam sobre a ação a ser realizada. Embora todas as equipes disponibilizem este atendimento aberto aos usuários, o nome atribuído a ele, sua periodicidade, a participação de seus membros e o processo estabelecido se apresenta bem diferente em cada uma das equipes. "Acolhimento", "Pequenas Queixas", "Marcação de consultas", "Atendimento", "Resolutividade", são os nomes atribuídos pelas equipes a esse processo.

As práticas de atendimento se apresentam muito diferentes, tanto em relação ao conjunto de profissionais participantes, quanto em relação aos processos de atendimento e de encaminhamentos. Os profissionais afirmam que tais diferenças são resultantes da necessidade de acomodação ao perfil das comunidades atendidas, entretanto, foi possível observar diferenças relacionadas à habilidade de otimização de processos, e uma oportunidade para discussão e compartilhamento de práticas poderia trazer benefícios.

Observamos nesse processo de trabalho que a insuficiência de recursos acarreta limitações à autonomia das equipes por restringir as possibilidades operacionais, gerando frustração para os profissionais que reconhecem lacunas na oferta de serviços.

CASO 3: Os profissionais da equipe 5 estão presentes na unidade para atender seus usuários todas às terças-feiras, das 14h às 17h00. Entretanto, muitos usuários

trabalham e não podem estar presentes exatamente nesse período. A ausência de um processo informatizado (agendamento eletrônico) e de processos de apoio mais flexíveis, foram apontados pelo médico como fatores de restrição aos processos de serviços oferecidos pela equipe.

(...) por exemplo, você (usuário de um sistema privado de saúde) escolhe passar com o médico, você pega o telefone e liga pro seu médico, "_ quero passar naquele dia". Gostaria que meus pacientes tivessem isso aqui, mas eles (usuários da ESF) não têm. A gente cria dias e horários pros pacientes virem aqui e agendar suas consultas... eu espero fazer essa transformação porque é um desafio real de que a gente ofereça melhor acesso, melhor acessibilidade aos nossos pacientes (...) (m5)

(...) a gente tem um dia só na semana que abre nosso agendamento, isso na minha cabeça é uma maneira de estar limitando! A gente prega tanto que é do SUS, é porta aberta, é acolhimento, mas a gente tem um dia só na semana (...) (e1)

Observamos que o processo interno de trabalho das equipes vai se delineando a partir das necessidades dos usuários e da comunidade, das possibilidades de assistência da região, das habilidades dos seus profissionais, e dos recursos disponíveis para a realização deste trabalho.

5.4.4. Coordenação do trabalho

Dentre as atividades realizadas na fase de coleta de dados, foi durante as observações das reuniões de equipe que identificamos mais claramente a dinâmica de trabalho coletivo e os mecanismos utilizados para coordenar este trabalho. Ao acompanharmos as primeiras reuniões, reconhecemos claramente a presença dos seguintes elementos: *planos e rotinas de trabalho sendo seguidos, papéis e responsabilidades estabelecidos, construção do conhecimento coletivo e criação de um referencial comum.*

A dificuldade se apresentava ao buscarmos identificar de que modo esses elementos estavam contribuindo para a coordenação e em que momentos eles assumiam maior grau de importância. Ao trabalharmos nesta dificuldade, obtivemos o primeiro resultado relevante: a percepção da coexistência de dois processos distintos de coordenação sendo realizados de modo dinâmico em uma mesma atividade de trabalho. Um deles relaciona-se às atividades rotineiras que envolvem

procedimentos operacionais ou administrativos do cuidado da saúde e que, de alguma maneira, seguem um padrão pré-estabelecido ou uma sequência lógica de ações que indicam o caminho para a solução, e o outro, que se relaciona com a construção do diagnóstico, da análise das possíveis soluções e da decisão para o encaminhamento do caso.

Identificamos, em várias situações, um processo de coordenação, que denominamos *coordenação operacional*, e reconhecemos, em todas as equipes, a presença de três elementos relacionados a esta coordenação: *planos de trabalho, papéis e responsabilidades e rotinas conhecidas*.

As equipes atuam seguindo um plano de trabalho previamente estabelecido pelos próprios integrantes das equipes, conforme ilustramos no CASO 4.

CASO 4: A equipe 1, estabeleceu que as reuniões de equipe devem ocorrer diariamente, das 8h às 9h, com a presença de todos os integrantes, exceto às quartas-feiras, nas quais o grupo também se reúne, das 7h às 10h, para a atividade de atendimento aberto a todos os usuários da área. A equipe também estabeleceu que a participação adicional dos especialistas do NASF deve ocorrer na reunião de sexta-feira e, por este motivo, a reunião tem mais tempo de duração. Este período também pode ser utilizado para atividades de capacitação do grupo em relação a uma determinada patologia, a um procedimento operacional ou a algum tema de interesse para o grupo no momento. As tardes das quartas-feiras estão reservadas para as visitas domiciliares do médico em conjunto com o ACS em sua respectiva microárea. Uma escala é estabelecida pela equipe, contemplando o rodízio semanal das microáreas para que todas sejam cobertas. Um membro da equipe é responsável por controlar essa escala. Dessa maneira, o plano da equipe contempla as atividades coletivas, direciona os planos de trabalho individuais e comunica em que momento os profissionais estarão reunidos para desempenhar determinadas tarefas. Os ACSs sabem que devem planejar suas visitas à comunidade em horários não comprometidos com as atividades de grupo na UBS. Sempre que um integrante identifica uma possível alteração no plano para melhor acomodação das atividades, apresenta ao grupo, que avalia e a implementa, quando conveniente.

Esse plano de trabalho se apresenta como um elemento de coordenação das atividades de equipe e identificamos variações consideráveis entre as equipes em relação ao plano, demonstrando que ele é desenvolvido de maneira flexível que permite adaptação para as necessidades das comunidades atendidas.

Embora exista certa fluidez nos limites de atuação de cada profissional na equipe, observamos, entre as equipes, diferenças importantes relativas à dinâmica de atribuição de responsabilidades sobre as tarefas.

CASO 5: Em uma das equipes, os membros se propuseram a fazer um mutirão para atendimento e avaliação de mulheres usuárias de dispositivos intrauterinos, estabelecendo um marco para melhor acompanhamento posterior das mesmas. Todas as usuárias nessas condições receberiam um convite para comparecer na UBS em um determinado dia, no qual a equipe estaria dedicada à avaliação e pronta para esclarecer quaisquer dúvidas. Após consenso sobre quem deveria ser convidada, como deveria ser a abordagem de conscientização sobre a importância da ação, a enfermeira levantou questões de cunho operacional, tais como: "Teremos maca suficiente?", "Há material disponível para o número de usuários esperados?", "Quem vai avisar a recepção sobre a ação para que os funcionários possam melhor informar os usuários?". Todas essas questões receberam respostas evasivas, tais como: "eu vou ver...", "nós temos que checar...", entre outras.

O profissional cujo papel poderia compreender estas responsabilidades não as reconheceu como dele, e o líder da iniciativa não as atribuiu claramente a nenhum membro da equipe, resultando na ocorrência de problemas operacionais, que pudemos presenciar no dia da ação.

Em uma situação semelhante, observada em outra equipe, percebemos que à medida que as questões de cunho operacional eram apresentadas, determinados membros da equipe já as reconheciam como suas as responsabilidades e tomavam para si a iniciativa de providenciá-las e, quando isso não ocorria o líder negociava a atribuição entre os membros do grupo ("Quem pode se encarregar disto?") ou efetuava um direcionamento direto para algum membro do grupo ("Você se encarrega de informar o grupo administrativo?").

Observamos, então, a importância do papel do líder no processo de articulação das interdependências do trabalho das equipes. Quando o líder da ação não

entende como seu o papel de associar a tarefa, o responsável e as dependências, o processo de trabalho pode sofrer quebras que acarretam em prejuízos operacionais. Okhuysen e Bechky (2009) reforçam a importância da atribuição dos *papéis e responsabilidades* no trabalho coletivo, por auxiliar na identificação de quem deve fazer o quê no processo do trabalho e argumentam que eles podem ser estruturados sem rigidez e negociados frente a eventualidades ou frente a novas necessidades.

Os *protocolos e rotinas*, também são identificados como mecanismos de coordenação do trabalho. Sua presença é observada em vários momentos: na condução das reuniões de equipe, no processo de atendimento aberto aos usuários da área e, principalmente, no encaminhamento de uma atividade relativa ao caso, após sua determinação, em um processo pré-estabelecido de cuidado da saúde. Por exemplo, no início de cada reunião, o líder (médico ou enfermeiro) questiona quem tem casos para passar, levantando o número de casos e sua complexidade. Com essa informação, estabelece a ordem da reunião, determinando uma sequência para a participação de todos e controlando o tempo.

O profissional que reporta o caso, após fornecer informações que identificam o usuário para o grupo (nome, número, família), comunica o local no qual ocorreu o encontro com o usuário (."fui à residência" ou "o usuário esteve aqui") e o problema em questão. Observamos que para cada caso, uma das duas seguintes situações pode ocorrer: a condição do usuário é rapidamente apreendida pelo grupo e a ação a ser tomada é de reconhecimento rápido, seguindo um processo de trabalho pré-estabelecido ou, a condição do usuário ou da família pode se apresentar mais complexa e indefinida e o reconhecimento da próxima ação a ser tomada é resultante de um processo de detalhamento e exploração que ocorre por meio do que denominamos de *coordenação diagnóstica*.

Na primeira situação, observamos que a coordenação é realizada apoiada em rotinas e procedimentos conhecidos. Por exemplo: uma ACS informa que realizou uma visita a um usuário que reportou apresentar tontura após ter trocado de medicamento, o médico rapidamente avalia a questão e determina que uma consulta seja agendada para o usuário nos dias subsequentes. A ACS então consulta a agenda do médico, efetua o agendamento da consulta e anota esta informação em seu caderno, para que possa comunicar o usuário posteriormente.

As rotinas foram, por muito tempo, vistas como ações programadas, estáveis e inflexíveis que deveriam ser rigidamente seguidas, entretanto, estudos recentes

mostram que as rotinas podem se configurar de diferentes maneiras (GITTELL, 2002; FARAJ e XIAO, 2006; ORKHUYSEN e BECHKY, 2009), podendo também apresentar uma estrutura flexível que permita que diferentes caminhos sejam seguido após pontos de decisão.

Gittel (2002) argumenta que as rotinas facilitam a ação coordenada por pré-especificar as tarefas a serem executas e sua sequência, além de poder incorporar em sua estrutura as lições aprendidas de experiências prévias, permitindo a codificação de melhores práticas. Como ilustrado, notamos a presença de rotinas implícitas e conhecidas, transmitidas por meio da vivencia do trabalho, facilitando a ação coordenada no trabalho das equipes ESF.

Quando a equipe se depara com a segunda situação descrita anteriormente, na qual a condição do usuário ou da família pode se apresentar mais complexa ou menos definida, a coordenação operacional automaticamente cede lugar a outro processo de coordenação da ação coletiva, que denominamos de *coordenação diagnóstica*. Ela pode ser descrita como um processo interativo no qual os membros da equipe vão aportando informações, de maneira responsiva ou espontânea, que vão sendo reunidas para compor um cenário virtual representativo da situação que servirá, posteriormente, como referencial comum para uma tomada de decisão sobre a melhor ação a ser realizada. O CASO 6 exemplifica esta situação:

CASO 6: O enfermeiro relatou o caso de um idoso de 67 anos, que apresentava sequelas decorrentes de um AVC e dificuldade para caminhar resultante de uma paralisia do lado esquerdo. A preocupação apresentada por ele relacionava-se a um aumento contínuo de peso, com acréscimo de 10 kg em 6 meses, que estava agravando a obesidade pré-existente. O enfermeiro questionou a equipe sobre o que poderia ser feito. O médico solicitou à ACS que fornecesse informações sobre sua família. A ACS relatou que ele não era casado, mas tinha uma companheira, também idosa, havia 20 anos. Ela também vinha apresentando fortes dores por conta de uma cifose e escoliose acentuadas porém não tinha “ânimo” para ir a uma consulta.

Perguntas sobre como era a casa, se havia escadas ou pontos de difícil locomoção, sobre quem cozinhou, sobre o grau de instrução dos moradores, se tinham apoio de algum membro mais jovem na família, entre outras, compuseram um quadro que permitiu a avaliação da melhor conduta entre várias possíveis.

Como conclusão de todo o quadro, a equipe entendeu que possivelmente este senhor estava apresentando um quadro depressivo em resposta ao AVC sofrido e que isto deveria ser melhor avaliado para que, se confirmado, o idoso pudesse ser encaminhado ao especialista. Foi decidido que a melhor conduta seria realizar uma visita domiciliar, pelo enfermeiro e pela ACS, para que orientações, tanto relativas à alimentação, quanto relativas à mobilidade do usuário em sua própria casa fossem fornecidas, além de estender o cuidado à senhora que resistia em procurar o auxílio da equipe na UBS, buscando estabelecer um vínculo com ela. Decidiram também que, após esta visita, o enfermeiro e a ACS iriam atualizar o grupo sobre o resultado da mesma e uma nova avaliação seria realizada para decisão de condutas futuras.

Esse processo de coordenação diagnóstica encerrou-se no momento em que as ações a serem tomadas foram estabelecidas pela equipe e nesse ponto, observamos o retorno automático para a coordenação operacional: enfermeiro e ACS registraram a visita domiciliar em suas agendas, o médico efetuou as anotações devidas no prontuário e o grupo passou para o caso seguinte.

Notamos que as alternativas vão sendo construídas por meio de combinações do cenário de referência com elementos das rotinas pré-estabelecidas de trabalho, em um processo interativo de suposições. No caso 6, o grupo gerou três alternativas: “e se utilizássemos uma abordagem de conscientização durante uma consulta médica?”, “e se o convidássemos para participar do grupo de nutrição?”, “e se fizéssemos uma visita domiciliar?”, avaliando os possíveis efeitos de procedimentos conhecidos sobre o cenário, para só então definirem a ação a ser tomada.

Em todas as observações deste processo de coordenação diagnóstica, reconhecemos que na medida em que os membros da equipe compartilham informações sobre os usuários e suas condições, forma-se um repositório virtual de conhecimento tácito que acaba por se tornar uma importante recurso imaterial da equipe. A construção desse repositório é realizada em blocos, que incorporam as diferentes perspectivas advindas dos profissionais e vão sendo adicionados ao repositório gradualmente, nas diversas oportunidades de interação da equipe.

Para Beckhy (2003), a coordenação é facilitada na medida em que esse repositório de conhecimento coletivo, gradualmente armazenado nas memórias dos integrantes do grupo, vai sendo utilizado para facilitar a identificação de possíveis ações a serem tomadas, quer seja por fornecer informações para o caso em

questão, quer seja por analogia entre os casos. A estabilidade dos membros da equipe apresenta-se, então, como um importante fator para o trabalho coletivo. A rotatividade de profissionais poderia provocar interrupções no processo de formação do *conhecimento coletivo* e na construção do cenário de *referência comum*, claramente identificados como fortes elementos de facilitação da coordenação diagnóstica.

Encontramos no processo de coordenação diagnóstica, uma ilustração do que foi caracterizado por Faraj e Xiao (2006) como trabalho realizado no contexto de trajetórias possíveis. Para estes pesquisadores, a gestão do trabalho baseado em trajetórias deve colocar ênfase na progressão em direção a um objetivo, no controle dos desvios, no desenrolar das ações e nas interações que lhe dão forma. Notamos que tais aspectos foram todos observados durante o desdobramento do caso. Entretanto, em adição aos mesmos, observamos que as rotinas e os procedimentos pré-estabelecidos, que atuam como importantes mecanismos na coordenação de modo operacional, se apresentam na coordenação diagnóstica como recursos de apoio à identificação das possíveis sequências de ação em direção ao objetivo. A ausência desses procedimentos prejudica a construção e avaliação das alternativas possíveis, dificultando a evolução do trabalho, o que foi observado em diversas situações cuja continuidade da ação ultrapassava as fronteiras de atuação da equipe ou da UBS, como ilustramos na próxima seção.

5.4.4.1. Articulação do trabalho na rede de assistência

Presenciamos diversas situações nas quais os profissionais apresentaram dúvidas relativas às possibilidades de encaminhamento para outros equipamentos ou mostraram ter havido mudanças nos fluxos e procedimentos dentro da rede de assistência sem que uma comunicação efetiva, referente a estas mudanças, tivesse ocorrido. Os relatos a seguir ilustram algumas situações:

(...) (nós temos problemas) nos fluxos né? ... A rede ainda não tá bem formada né?... Então... a gente sabe que tem que notificar caso de violência, (até) mesmo a suspeita. Mas aí você notifica, e você vai mandar pra onde?... eu pelo menos nunca enviei por escrito. E toda essa dinâmica de atendimento... a gente atende (aqui na UBS), mas daqui pra frente, pra outra instância é que "empaca"... E aí a gente vai perguntando pra outra equipe, se alguma já teve uma experiência

parecida... (para saber as possibilidades de encaminhamento)... ou envolve a assistente social (...) (e1)

(...) às vezes mudou algum fluxo e você não sabe... ai você vai e pergunta pra outra equipe.... "_ não, mas esse paciente a gente mandava pro CS Escola (Centro de Saúde Escola da USP - Saúde Mental) , pra tomar 'haldol', mas agora não é mais..... Só que mudou e a gente meio que não fica sabendo ...Você manda o paciente onde você acha que é pra mandar, ai ele volta porque não era lá, ai fica igual 'ping-pong', manda e volta (...) (e1)

Os profissionais referiram dificuldades em obter informação sobre a rede de assistência e relatam tomar conhecimento das possibilidades de encaminhamento para outros serviços por meio de interações com os gestores das UBSs, com os profissionais do NASF, e com os profissionais das outras equipes. No entanto, estas possibilidades, frequentemente, sofrem alterações que, nem sempre, chegam ao conhecimento dos envolvidos. Quando os processos de trabalho não se apresentam claros, ou por não terem sido estabelecidos previamente, ou por não terem sido documentados ou divulgados adequadamente, a interação entre os profissionais é utilizada em substituição aos procedimentos formais para dar conta das interdependências entre atividades.

As dúvidas referentes à configuração e às regras de funcionamento da rede de assistência disponível acabam gerando muitos problemas de coordenação do trabalho. Pelo modelo assistencial, os profissionais deveriam ter condições de identificar a situação de saúde do usuário e reconhecer as possibilidades de encaminhamento na rede de assistência, para orientá-lo e acompanhá-lo em todas as etapas de seu cuidado. Contudo, os profissionais apontam problemas relacionados à estrutura da rede de assistência na qual as equipes estão inseridas (cadeia produtiva), em relação às dependências entre os elementos desta rede (processos operacionais e fluxos de comunicação) e em relação à disponibilidade de informação, que se refletem na qualidade do serviço prestado ao usuário.

(...) a barreira da atenção primária pra atenção secundária é o grande gargalo do SUS na minha opinião, porque você tem um sistema de atenção primária estruturado, com muita coisa pra melhorar, mas razoavelmente estruturado, só que você tem um serviço de referência e contra-referência muito ruim ainda, ou pela indisponibilidade de profissionais e serviços de atenção secundária, ou pela contra-referência muito ruim que a gente tem. A gente recebe muito mal os pacientes de volta, provavelmente porque os médicos do setor secundário também estão sobrecarregados. A gente quase não

recebe relatório por escrito, tem perda de seguimento. A gente não entende direito os itinerários terapêuticos do paciente depois que ele é encaminhado, que ele sai do posto né? E era pro médico de família coordenar esse cuidado do paciente e às vezes não consegue isso, isso é outro desafio (...) (m2)

Por meio do mecanismo de referência e contra-referência, o modelo operacional prevê um canal de comunicação entre os diferentes níveis da rede de atenção, através do qual os profissionais deveriam compartilhar informações sobre as condições de saúde dos usuários. Assim, quando necessitam dos serviços de saúde de maior complexidade, os usuários devem ser encaminhados pelas equipes para outros níveis de atenção (referência), e quando atendidos, devem ser reencaminhados para as equipes (contra-referência), para que estas possam dar seguimento ao cuidado.

Entretanto, observamos que este mecanismo não está consolidado e os profissionais apontam possíveis fatores para esse fato: o papel da ESF na Atenção Básica não é compreendido por grande parte dos integrantes dos outros serviços, que consequentemente não entendem a importância do compartilhamento de informações com os profissionais da ESF; inexistência de um sistema de informação que facilite a comunicação entre os profissionais dos diferentes serviços e há sobrecarga dos profissionais dos outros serviços.

(...)eu também mando carta pra especialista, entendeu? Pro cardiologista eu mando uma cartinha... pro hospital do câncer... Não são todos que respondem, mas eu faço a rotina de pedir. Eu já ouvi barbaridades do tipo: " _ Ah, fala pro médico do postinho que ele não tem nada a ver com isso (...) (m4)

Os profissionais declaram que, mesmo diante da inexistência de um sistema de informações, encontram mais facilidade de comunicação com outros equipamentos da atenção básica, principalmente os ligados à OS ou à Faculdade de Medicina da USP, pois eles entendem melhor o papel das equipes e, em muitos casos, se reconhecem como colaboradores, no contexto do SUS. Esse fato indica que o conceito de serviço da ESF não é compreendido da mesma forma por todos os elementos do sistema de saúde.

O Ministério da Saúde reconhece e corrobora a importância da articulação da rede de saúde para o resultado do serviço ao afirmar que

a construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa[...]. Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção (BRASIL, 2009, p.8).

No entanto, constatou-se que a falta de articulação efetiva na rede de atenção à saúde, se reflete no serviço prestado aos usuários, em sua satisfação relativa ao serviço recebido e na satisfação dos profissionais, que veem seu trabalho obstruído e precisam contornar as dificuldades já mencionadas.

5.4.5. A estabilidade das equipes

Quando necessária, a introdução de novos membros apresenta a necessidade de ajustes de papéis, de construção da familiaridade, e de ajustes na dinâmica da interação da equipe, o que demanda um esforço adicional dos profissionais para acomodação à nova situação.

(...) a gente tem que aprender a lidar com a equipe, não é fácil, principalmente no início. Quando chegou o NASF foi bem complicado, até a gente começar a se entender e caminhar junto. Precisa de dedicação mesmo, as pessoas precisam querer isso, querer que a coisa funcione. Mas agora tá muito bom, muito bom (...) (m1)

O relacionamento próximo e contínuo entre os membros de uma equipe passa a ser um fator essencial para a criação da dinâmica de atuação e do fortalecimento do trabalho coletivo, fazendo com que a retenção do profissional na organização adquira uma relevância ainda maior para o modelo organizacional proposto. Nesse aspecto, o fato de não haver plano de carreira, cargos ou salários, apresenta-se como um fator de insatisfação dos profissionais e como um fator de risco para sua estabilidade.

(...) se você for pegar entre todos os estudos (na área médica) de possibilidades no Brasil, ser médico de família é um dos menos desejados pelas pessoas. Por quê? Porque é um trabalho normalmente em um serviço público que tem os seus problemas de trabalho em serviço público, com carga horária de 40 horas semanais, por exemplo, com uma grande demanda de atos médicos, de trabalho, volume de trabalho, que muitas vezes você não consegue dar conta naquele horário estabelecido e acaba que você tem uma remuneração

que hoje em dia é o maior salário do médico de entrada, mas o salário no futuro, por não ter planos de cargos, carreira e salários é muito ruim (...) (m5)

(...) para mim em particular, (eu estou aqui)... porque eu faço o que gosto, por eu gostar dessa carreira... mas o problema é que no PSF ... o plano de carreira pro médico ainda não existe. Então se eu quiser fazer só isso da minha vida, eu vou ter que aceitar, que eu vou "tá ganhando" o mesmo salário daqui dez anos. Apesar de estar fazendo o que eu gosto (...) (m6)

(...) Ah, pra mim (o que me segura) é realização... porque o que eu gosto é isso, é esse contato, não só com a comunidade, com a equipe, com essa visão de você tá querendo resolver, tá querendo ajudar, eu me vejo ajudando né? ... Eu gosto muito do cotidiano da medicina de família.. (mas) O reconhecimento profissional é péssimo e o salário realmente também não é tudo isso que falam... (sobre o reconhecimento do usuário) isso o paciente também não tem, "ela é a médica do postinho". "Eu gosto da medica do postinho, a gente se da bem, ela me ajuda, mas quando eu tiver um problema mesmo, eu quero ir num doutor do HC". Isso assim, entre profissionais... entre os médicos não é uma profissão reconhecida né? entre os pacientes, entre os familiares, de uma forma mais ampla, de sociedade, não é reconhecida (...) (m4)

Estudos apontam alta rotatividade dos profissionais das equipes ESF (CAMPOS e MALIK, 2008; MARSIGLIA, 2012) em São Paulo. Segundo Campos e Malik (2008), o índice geral de rotatividade dos médicos da ESF, de julho 2004 a junho de 2005, era de 37,4% no município de São Paulo. Marsiglia (2012) afirma que entre todas as categorias profissionais da ESF, a categoria médica é a que apresenta a maior rotatividade. Insatisfação com o salário, localização das UBSs e condições de trabalho aparecem como fatores que estimulam o profissional a procurar outras oportunidades.

Interessante notar que nas UBSs estudadas a rotatividade dos médicos e enfermeiros apresenta-se baixa. Durante os dois anos de realização desta pesquisa, observamos a saída de apenas 1 médico, nas 6 equipes analisadas. Esse profissional assumiu uma posição vinculada ao Ensino e Pesquisa na unidade e foi substituído por um colega que atuava como residente em outra equipe da mesma UBS.

A principal razão apontada pelos entrevistados para a baixa rotatividade dos médicos e enfermeiros das equipes é o fato destas UBSs estarem subordinadas a uma OS ligada ao ensino e pesquisa e também estarem vinculadas à Faculdade de Medicina da USP. Os programas de residência, as pesquisas, e o vínculo com a

área acadêmica apresentam-se como um diferencial positivo para os profissionais, que encontram nas parcerias uma oportunidade de atualização. Consequentemente, tal fato é apresentado como um fator de retenção do profissional, argumento corroborado por Campos e Malik (2008).

(...) (sobre os fatores que impactam positivamente no trabalho): Assim, nós estamos aqui hoje numa unidade de ensino, mais uma vez eu tô repetindo, se você fosse fazer esse estudo em outros locais você teria outros olhares, né? Então esse aqui talvez seja um olhar de um grupo que quer fazer isso aqui funcionar, que acredita na atenção primária como organizador do sistema de saúde, basicamente isso. Então nós estamos com pessoas que têm vontade de fazer isso aqui funcionar (...) (m5)

(...) tudo isso que eu acredito, e que aqui onde eu estou hoje funciona incrivelmente (me motiva)... Aqui é um lugar que produz ciência, então (esta unidade) é um centro de referência, é um centro de estudos. Então as pessoas que estão aqui, elas vêm pra cá pra estudar isso.... é uma unidade escola praticamente e isso faz a diferença... por estar ligado de alguma forma com a universidade... a gente tem os residentes aqui, que vêm para cá para aprender, e o aprender deles tem que ser um aprender num lugar onde faça sentido.... O papel da OS é... implantar e fazer funcionar o PSF... e ela tem várias unidades que não recebem residente... A OS vai nortear como tem que ser o trabalho ali, vai organizar o trabalho, vai dizer como que precisa funcionar e ela (OS) implanta lá o PSF. A Faculdade, ela escolhe essas unidades que funcionam bem... e ajudam a nortear o estudo da residência, então são duas coisas diferentes (a função da OS e a função da Faculdade de Medicina da USP). E aqui aconteceu as duas coisas. (e6)

Conforme abordamos anteriormente, na seção 5.2.2, os profissionais apontaram a identificação com os princípios do SUS e o fato de acreditarem em um modelo de assistência nos moldes propostos pela ESF, como sendo os principais fatores de decisão de escolha pela medicina de família e para o ingresso na Atenção Básica. Contudo, identificamos também que esses fatores apresentam-se importantes para a continuidade do profissional na ESF.

5.5. PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO

5.5.1. Perfil dos usuários atendidos

O Quadro 4 apresenta o perfil da população de referência de cada uma das equipes e foi elaborado a partir da descrição realizada pelos médicos e enfermeiros.

Quadro 4 - Perfil dos usuários atendidos pelas equipes. Desenvolvido pela autora, com base nas descrições realizadas pelos médicos e enfermeiros das equipes.

Equipe 1	Metade da área é considerada classe média (três microáreas) e conta com uma população grande de idosos, acamados e portadores de patologias crônicas: hipertensos e diabéticos. Metade da área é considerada sócio economicamente carente (três microáreas) e conta com população jovem em sua maioria, há grande índice de violência, drogadição e etilismo e muita dificuldade financeira.
Equipe 2	Maioria de classe-média-baixa, com duas micro-áreas de muita pobreza. Maior presença de adultos jovens até meia-idade (50 anos). Alta incidência de problemas osteo-musculares e saúde mental, hipertensão e diabetes. Poucas gestantes.
Equipe 3	População de baixa renda, perfil etário misto; idosos, jovens adultos e crianças em fase escolar. Grande número de mulheres, número de gestantes tem crescido. Alta incidência de problemas de saúde relacionados com as atividades de trabalho predominantes; trabalhadoras domésticas, manicures, trabalhadores braçais. Problemas osteo musculares, hipertensão, diabetes.
Equipe 4	Comunidade geograficamente mais distante da Unidade, economicamente carente e vulnerável socialmente. Alta concentração de usuários em conjuntos habitacionais. Grande número de mulheres, jovens adolescentes e crianças. Alto índice de drogadição, etilismo e violência. Poucos idosos. Grande parte dos usuários cadastrados em programas sociais, como o Bolsa Família.
Equipe 5	"Quase homogênea". Pequena área de classe média baixa e o restante da área são considerados economicamente muito carentes. Das 6 microáreas, 5 são de "ocupação". Moradias em favelas, cortiços e em palafitas (à beira de um córrego). Grande número de moradias abrigam 3 ou mais famílias. Heterogeneidade de estrutura familiar. Alta incidência de doenças crônicas, tais como hipertensão e diabetes e muita vulnerabilidade social: etilismo, drogadição, problemas de estrutura familiar.
Equipe 6	População muito variada. Pequena parte é considerada classe média e a maior parte é carente sócio e economicamente. Proporcionalmente apresentam maior quantidade de idosos, hipertensos e diabéticos em relação às outras equipes da Unidade. Alta incidência de problemas de saúde mental. Muitos usuários vivem da renda obtida de programas sociais, como o Bolsa Família.

É possível observar variações entre populações atendidas, com relação ao perfil etário, ao conjunto de problemas de saúde prevalentes, condições econômicas, moradia e condições de saneamento básico das comunidades atendidas. As

Equipes 1, 4 e 5, por exemplo, reportam atender áreas de maior vulnerabilidade social, com grande incidência de problemas que envolvem dependência química, violência e alcoolismo. Observamos, ainda que de forma heterogênea, que problemas sociais e econômicos fazem parte da realidade de boa parte da população atendida pelas equipes participantes deste estudo, o que traz para os profissionais o desafio de conviver diariamente com problemas de difícil solução.

Conhecer o perfil da comunidade atendida apresenta-se, para as equipes e gestores, como essencial para o estabelecimento dos processos de trabalho. Por exemplo, a gestora entende que a Equipe 4, por apresentar grande volume de dependentes químicos e etilistas, necessita de maior apoio dos profissionais especialistas (assistente social e psicólogo - esta UBS não possui NASF implantado), tanto para a discussão dos casos, quanto para a articulação das ações na rede de assistência, e procura promover maior aproximação entre esses especialistas e os profissionais da equipe.

5.5.2. O papel do profissional e o do usuário na relação de serviço

Os entrevistados declaram compreender a posição do usuário no modelo ESF, tanto no que se refere aos seus direitos, quanto no que se refere à sua responsabilidade nos processos de atenção à saúde. Os profissionais trabalham com as seguintes premissas: a atenção básica é a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde e portanto, o usuário deve ser sempre atendido e ouvido pelos profissionais da UBS para que o vínculo seja estabelecido ("portas abertas", "acolhimento", "escuta ativa", "humanização do atendimento"); o vínculo, quando fortalecido, permite o conhecimento das necessidades do usuário e seu envolvimento no processo de cuidado à saúde, favorecendo sua colaboração; os usuários devem ser estimulados a participar no processo de seu próprio cuidado e devem ser coresponsabilizados; e, o livre-arbítrio deve ser preservado, ou seja, o "querer" do usuário deve ser respeitado.

A compreensão dos princípios do SUS, da Atenção Básica e do modelo ESF, o compartilhamento de ideias realizado na UBS, as interações com a OS e com a Faculdade de Medicina, além da formação em Medicina de Família, aparecem como fatores que promovem a consonância de visão entre todos os profissionais

envolvidos. No entanto, essa visão nem sempre é compartilhada pelo usuário e cabe aos profissionais esclarecer qual é o papel que se espera deles.

Os profissionais relatam que a reorientação do modelo da atenção básica ainda não foi totalmente absorvida pelos usuários. Grande parte dos usuários ainda restringe o conceito de saúde à ausência de doença e limita o cuidado à saúde às ações de recuperação e manutenção dirigidas pelo médico e realizadas em hospital. Esse entendimento muitas vezes conduz a expectativa do usuário em relação ao serviço prestado. Consequentemente, o conceito de atenção integral e a importância das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, precisam ser disseminados pelos profissionais em um processo educacional contínuo que vai sendo realizado em todas as oportunidades de interação com o usuário.

(...) às vezes isso é muito difícil, de construir, de conseguir o pacto com a comunidade. Aqui é uma comunidade que conhece o PSF há tantos anos e ainda assim não entende tanto o papel inteiro, pleno do trabalho da gente. Então é um trabalho desgastante, porque todo dia você tá ensinando, explicando, dividindo, pactuando. Não é nem tanto a assistência, mas o como você divide o tempo entre a sua assistência, educação e tudo mais (...) (m6)

Os profissionais assumem o papel de disseminar o conceito de serviço para os usuários nas diferentes oportunidades de encontro como nas consultas, VDs e grupos. É por meio da interação frequente que os profissionais se aproximam de seus usuários, conhecem suas necessidades, especificidades, limitações e disseminam os propósitos da ESF.

É um trabalho de formiguinha, eu acho que é uma coisa bem nova pra eles... o enfermeiro atender... em consulta. Antigamente (o usuário) faltava muito com a (consulta da) enfermeira. Agora, hoje, eu não vejo que faltam muito. Eu vejo que eles dão importância pro atendimento da enfermeira... mas assim: são oito anos, vai pra nove anos... Questão de cultura, questão de tempo, de vínculo (...) (e2)

A coresponsabilização passa por um processo contínuo de conscientização sobre a importância da participação do usuário no seu próprio cuidado e no de sua família. Com a continuidade das relações, o usuário passa a ter uma nova compreensão sobre o seu papel, o que facilita o trabalho de todos da equipe.

Os médicos declararam terem sido bem preparados para o relacionamento com os usuários no curso de Medicina de Família. Na fala dos médicos e enfermeiros, a

expressão "fechar contrato com o usuário" aparece com muita frequência, indicando a importância da negociação na relação profissional-usuário. A base desta relação reúne a conscientização a coresponsabilização, o entendimento das reais condições do usuário e o livre-arbítrio.

(...) são duas situações um pouco diferentes, ele pode não querer se cuidar, então aí é a questão da autonomia, ele decide pela saúde dele, tá? E uma outra questão é: "_ olha doutor eu não topo insulina", que é um exemplo clássico, o da insulina, "_ mas eu topo remédio...", "_ Então vamos mudar a dieta?" ... Então a gente vai formando contratos, é uma das ferramentas que a gente utiliza, mas quando o paciente não quer, eu deixo, ele tá na escolha dele (...) (m5)

(...) então é dividir o tempo todo as tarefas com ele, é explicar para ele o que ele tem e ver se vale a pena para ele. "_ não doutora, para mim é muito importante fumar, eu não quero parar agora". "...._ tá bom, não pare. Mas dá prá fazer caminhada? Dá prá mudar outro hábito? Dá para fazer outras coisas ?" Ele fala "_ então, isso dá. (m6)

(...) eu tento sempre entender quais são as expectativas deles a respeito daquele encontro que ele tá tendo comigo né? ... então como é que ele espera que eu o ajude, o que ele acha da doença, do problema que ele tá trazendo, quais são as soluções que ele já tentou, quais são as soluções que ele achava que deveria tentar. Muitas vezes a gente discorda sobre o entendimento daquela doença, então a gente tem que conversar a respeito. Então, ele tem espaço pra discordar né?... Entender também quais são as limitações e a disposição pra fazer determinados tratamentos, participando a construção de seguimento (...)(m2)

5.5.3. Inserção do usuário no processo de cuidado à saúde

O modelo ESF dispõe como instrumentos de orientação para o usuário, a realização de consultas, grupos e visitas domiciliares. A consulta apresenta-se como uma oportunidade de explicar ao usuário o que ele pode e deve fazer para melhorar sua condição de saúde. É uma oportunidade de fazer com que o usuário compreenda a importância do medicamento, da higiene, dos hábitos alimentares, e de outros tantos aspectos que estão envolvidos com a qualidade de sua saúde. Grupos de usuários são utilizados como um importante instrumento de educação, motivação e acompanhamento da evolução da situação de saúde dos usuários, principalmente nos casos considerados prioritários para o SUS, que incluem as enfermidades crônicas mais frequentes (diabéticos, hipertensos, etc) e situações que requerem cuidados especiais (gestantes, recém-nascidos, idosos, etc). Os profissionais declaram que as visitas domiciliares também são utilizadas como

poderoso instrumento de capacitação para o usuário, porque a real condição deles é avaliada, propiciando uma maior adequação da orientação oferecida à sua realidade.

O modelo cria novas ferramentas, cria espaços de trabalho que transpõe o medicamento, entendeu? Aumentar vínculo, aumentar a rede, melhorar a relação entre os familiares e outras coisas mais... então é mais uma ferramenta de trabalho, é orientação familiar. Como eu tava falando pra você no início, é um dos nossos princípios né? É orientar em direção a família (...) (m5)

(...) Se for, por exemplo, uma paciente que é analfabeta, não sabe aplicar insulina, a gente treina o filho, o neto, o vizinho, quem precisar, para ajudar nisso. Quem não sabe fazer curativo, por exemplo, o marido acamado, a gente vai lá e ensina o cuidador a cuidar dessas feridas. Isso é bárbaro mesmo! É a pessoa que não toma o remédio direito, a gente pede para alguém ir lá, dar uma atenção organizada, ou a gente mesmo. Então..a gente consegue fazer sim... as atividades educativas ou até assistenciais in loco. (m6)

No relato anterior, quando o médico identificou que o usuário não seguia a instrução prescrita em relação aos medicamentos, sabia que podia contar com outro membro da equipe para a devida orientação. Nos casos observados, foi possível identificar que as funções relacionadas à inserção do usuário no processo de seu cuidado são entendidas como atribuições coletivas da equipe ESF. Todos os integrantes assumem o papel de conscientizar, coresponsabilizar, envolver e orientar os usuários para que possam atuar da maneira mais adequada possível no próprio cuidado. A coordenação destas funções torna-se então outra atividade coletiva.

A troca de informações entre os profissionais é essencial para identificar o tipo de ação educativa ou de orientação adequada para cada caso, e a reunião de equipe apresenta-se como espaço tanto para o planejamento das ações com os usuários, como para a identificação das particularidades de cada caso e monitoramento.

A função de gerir as atividades dos usuários, também é entendida como uma atribuição coletiva da equipe, o que faz com que os profissionais da equipe se sintam apoiados na relação profissional-usuário. Os integrantes trocam informações que permitem compor um retrato mais fiel da situação e do comportamento dos usuários, dividem ações que podem auxiliar na avaliação de sua atuação e tomam decisões maneira conjunta.

(...) por exemplo, paciente com tuberculose que não vem colher o exame... que a família não vem colher o exame, eu mando (alguém) lá. Eu vou lá... eu não posso esperar só dele, porque ai tá envolvendo outras pessoas, ai eu vou.... ou a enfermeira vai, ou a auxiliar vai, ou a residente vai, alguém vai lá. (m6)

Ai tem muita gente para ajudar... eu posso chegar e falar para minha auxiliar de enfermagem: "_ por favor, vai lá na casa do seu João e vê se ele tá tomando o remédio direito, porque ele me disse que tá tomando, na consulta, mas eu achei que ele tava só falando para me agradar." Ela pode ir lá, contar os remédios, conversar com ele, tentar de outro jeito (...) (m6)

A colaboração dos usuários é essencial nas atividades de serviços realizadas pelas equipes. Hubault (2011) argumenta que para que o usuário tenha condições de cooperar, é necessário que a organização disponibilize os recursos materiais e cognitivos necessários à sua participação na atividade. Observa-se que as orientações, as ações educativas e acompanhamento das ações dos usuários por parte da equipe suprem parte desta necessidade. Entretanto, pela natureza dos serviços da ESF, nem sempre é possível oferecer os recursos apropriados à participação efetiva dos usuários no cuidado da própria saúde.

As restrições de recursos decorrentes das condições sócioeconômicas da população atendida, trazem para os profissionais da ESF a necessidade de desenvolver suas atividades num cenário que não apresenta as condições necessárias, e sim, as condições possíveis para o trabalho. Nesse contexto, passam a ser exigidos, dos profissionais, a capacidade de percepção, a capacidade de adaptação e recursos emocionais para interagir com os usuários.

(...) quando você vem pra cá (atenção básica), você começa a ver.... que o paciente não tem condição financeira de comprar verdura, de comprar fruta, de comer fibra. Então o que ele tem as vezes é a linguiça calabresa... a mortadela, a salsicha, cheio de sódio, de gordura. E é o que ele tem! Então se ele não comer aquilo ele não vai poder trabalhar. Então, é um monte de aspecto que tá envolvido ali (...) (e1)

(...) tenho pacientes numa situação socioeconômica ruim mesmo né? ... se você pede um encaminhamento pra um especialista que demanda transporte, já tem dificuldade (financeira) pra ir, é difícil mesmo, é um área bem carente mesmo (...) (m1)

Em algumas situações, os profissionais relatam sentimentos de angústia e de frustração frente a tantas restrições, o que torna a atividade profissional

emocionalmente muito desgastante. As gestoras apontaram o estresse emocional do grupo de profissionais da ESF como um dos maiores problemas para a gestão. Elas investem parte significativa do tempo de trabalho em conversas com médicos e enfermeiros, que sentem a necessidade de compartilhar estas angústias. Do conjunto de entrevistados, as 3 gestoras e 3 dos 6 médicos apontaram a necessidade de se considerar a oferta de um serviço de apoio psicológico aos profissionais da atenção básica, principalmente no modelo ESF.

(...) o trabalho da gente é ouvir as pessoas falando dos mais diversos sofrimentos, uma atrás da outra, todos os dias, 40 horas por semana e ... muitas vezes, você entende qual é o problema, sensibiliza com aquele problema, solidariza com aquele problema e não é capaz de oferecer uma solução eficaz, ou disponível. Então lidar com o sofrimento e lidar com a frustração de não ser capaz de ajudar essas pessoas que sofrem, é muito desgastante (...) (m2)

As gestoras afirmam que no, caso dos ACSs, o problema se agrava. Em média, do quadro total de ACSs da UBS1, 18% encontra-se afastado das atividades de trabalho em licença médica por estresse emocional, o que equivale à ausência de 1 ACS por equipe, por mês. Por ser morador da área, o ACS tem uma convivência ainda maior com os problemas de seus usuários, que o encontram em todos os espaços e momentos de seu cotidiano, em uma relação que mescla os aspectos profissionais aos vínculos pessoais.

Em muitos casos, o usuário depende da colaboração da família para o seu cuidado. Por vezes, esta colaboração não ocorre, por falta de condição adequada (financeira, emocional, estrutura familiar), por falta de interesse da própria família ou por falta de entendimento da família sobre seu papel. Esses são casos mais complexos e acabam por envolver a equipe de maneira mais intensa em diferentes frentes no mesmo caso.

(...)a gente tem uma reunião que chama equipe trans, onde vai a terapeuta ocupacional, vai todos os multi (especialistas) e lá a gente discute alguns casos assim, e a partir dali a gente começa a pensar em envolver todos os familiares naquele processo da saúde do paciente. (e4)

Quando se esgotam as possibilidades de condução do caso, as equipes precisam decidir qual será o encaminhamento em outras instâncias. Em situações de maus

tratos com crianças ou idosos, por exemplo, a equipe precisa acionar a promotoria do idoso ou o conselho tutelar. Entretanto, os profissionais apontam algumas dificuldades enfrentadas pelas equipes neste tipo de situação.

CASO 7: A Equipe 1 identificou situação de abandono de crianças em uma determinada família, depois de muitas tentativas de conscientização e negociação, a equipe, em consenso, avaliou que o encaminhamento adequado seria o acionamento do Conselho Tutelar. Porém, os pais das crianças eram usuários de drogas, possuíam histórico de ações de violência na comunidade e ameaçavam constantemente os profissionais da equipe, principalmente a ACS, também moradora da área e vizinha da família em questão. A equipe sentia-se acuada e mostrava-se em um impasse em relação à continuidade da ação.

Os profissionais declaram que estes problemas poderiam ser minimizados se eles pudessem contar com serviços de apoio mais estruturados na rede de assistência. A articulação mais efetiva com outros equipamentos (assistência social, centros de atenção psicossociais) e o estabelecimento de processos entre eles poderiam promover ações intersetoriais mais efetivas:

(...) você não tem aquela teia (intersetorial) bem formada, né?.. Por exemplo, eu vou acionar o conselho tutelar, mas eu posso (situação hipotética) acionar esse conselho tutelar via uma outra entidade, por exemplo, um CRAS né? Um Centro de Referência a Assistência Social. Eu passo o caso pro CRAS, o CRAS se "empodera", e o CRAS aciona... Ele vai fazer uma visita e se ele, CRAS, achar necessário ele aciona. (isto não tem)... Então fica meio que a gente muito frente a frente de tomar esse tipo de decisão, isso eu acho que é um complicador (...) (e1)

A falta de processos de apoio necessários a atuação junto aos usuários, além de dificultar as ações das equipes, faz com que os profissionais se sintam isolados em muitas situações de trabalho, comprometendo a satisfação dos mesmos em relação às suas atividades.

6. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

6.1. DESAFIOS DECORRENTES DA INTANGIBILIDADE DO OBJETO DE TRABALHO

Pelo conceito ampliado de saúde, ela passa a ser entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Se, por um lado, essa definição se apresenta robusta por explicitar que a saúde está atrelada a fatores de diferentes naturezas (biológicos, sociais, econômicos, ambientais, comportamentais, etc.), apresentando uma força capaz de promover uma alteração estrutural na lógica do sistema de saúde, por outro lado, aumenta a amplitude e a subjetividade do objeto de trabalho, trazendo desafios para o cotidiano dos envolvidos no serviço.

A análise dos casos permitiu identificar alguns dos desafios para os profissionais das equipes, dentre os quais destacamos: imprecisão das fronteiras da responsabilidade, tanto das equipes, quanto dos profissionais de maneira individual, e dificuldades para a coordenação do trabalho cotidiano.

6.1.1. Imprecisão das fronteiras da responsabilidade das equipes e dos profissionais

Nos 6 casos analisados, os profissionais declararam conhecer o conceito de serviço proposto a ponto de apontar a convergência dos seus valores individuais aos da organização como um dos principais motivos de ingresso e permanência na atividade de trabalho. Os profissionais declararam também compreender suas atribuições dentro da ESF e conhecer os instrumentos disponibilizados pelo modelo para que possam cumprir tais atribuições (realização de grupos, visitas domiciliares, matriciamento, etc.), apoiando-se nos documentos norteadores para o planejamento de suas atividades. Observamos que o papel dos profissionais e suas atribuições são definidos pela organização por meio do conjunto do conceito de serviço com os documentos norteadores.

Os gestores das UBSs atuam no sentido de continuamente reforçar e esclarecer o papel das equipes e dos profissionais no modelo, o que é feito por meio de discussões e troca de experiências nas diversas reuniões realizadas na UBS. Os treinamentos oferecidos, tais como o "Momento 1" e "Momento 2", são utilizados para avivar esta comunicação.

Os médicos veem na formação em Medicina de Família um dos fatores preponderantes para a compreensão do conceito de serviço e de seu papel na ESF. Os enfermeiros, por sua vez, atribuem ao tempo de experiência na Atenção Básica o fator que possibilita a maior compreensão de seu papel (destacou-se que, entre os entrevistados, o enfermeiro com menor tempo na ESF contava com 6 anos de experiência no modelo).

Assim, nos casos estudados, ao colocar como pré-requisito, no processo seletivo, a formação ou especialização em Medicina de Família, para os médicos e a experiência em atenção básica para os enfermeiros, a OS facilita o processo de apreensão do conceito de serviço, propicia o alinhamento e promove a reunião de pessoas motivadas em torno de objetivos comuns, indo de encontro às colocações de Zarifian (2001).

Destacou-se, nos casos estudados, que as atividades relacionadas ao ensino e pesquisa contribuem ainda mais para a comunicação e para o esclarecimento dos papéis de todos os envolvidos na ESF, uma vez que as atividades com os residentes, estagiários e alunos demandam discussões contínuas sobre o tema.

Diversos autores apontam que possuir um objetivo comum e entender com clareza o papel do grupo e dos profissionais individualmente são condições facilitadores para o trabalho em equipe (GITTELL; 2002; OKHUYSEN e BECKHY, 2009; HACKMAN, 2012), porém, nos casos analisados, observamos que tais condições não se mostram suficientes para delimitar as responsabilidades dos envolvidos frente aos problemas enfrentados no cotidiano.

A subjetividade que permeia os serviços oferecidos permite que diferentes interpretações sejam dadas para a mesma situação (BOWEN e FORD, 2002; GADREY, 2011; HUBAULT, 2011). Nestas equipes de saúde, as questões éticas, valores morais, e as diferentes formações e vivências dos integrantes somadas à amplitude do objeto de trabalho, intensificam os efeitos da intangibilidade. Em diversos momentos, foi possível observar os profissionais apresentando entendimentos diferentes em relação à responsabilidade da equipe sobre uma determinada situação. Com frequência, o serviço oferecido e realizado pelas equipes ESF é fruto de um acordo negociado a partir de um conjunto de diferentes interpretações para a mesma situação.

Nos casos analisados, identificamos como consequência da imprecisão dos limites de responsabilidade das equipes a grande necessidade de interação entre os

membros da equipe e a possibilidade de diferenças nos serviços oferecidos pelas equipes.

a) grande necessidade de interação entre os membros da equipe

Nas equipes, a constante interação entre os envolvidos, observada nas frequentes discussões, troca de ideias e negociações, se apresenta como um importante recurso utilizado para aproximar as diferentes perspectivas e interpretações (GITTELL, 2002; OKHUYSEN e BECHKY, 2009; PEDUZZI, 2001). É por meio desta interação contínua que os integrantes vão gerando um entendimento comum em relação à responsabilidade do grupo e em relação ao alcance dos papéis de seus profissionais, promovendo ajustes contínuos na dinâmica do trabalho coletivo. Oportunidades de interação são previstas e estimuladas no modelo ESF que coloca como atribuição das equipes, a realização de reuniões frequentes para discussão de casos, planejamento e controle de ações.

O processo de comunicação e gestão da UBS com as equipes é também realizado por meio de reuniões periódicas. Observamos que os profissionais (médicos e enfermeiros) utilizam, em média, 16% do tempo participando de reuniões com os profissionais que interagem em seu cotidiano, sem contar o tempo envolvido em atividades de ensino e pesquisa.

Alguns aspectos chamaram a atenção para este ponto, o primeiro é relativo à inadequação de espaço físico utilizado para tais interações, pois não há salas, mobiliário e nem recursos adequados para tais atividades. Embora não impeça que as reuniões ocorram, acaba por trazer prejuízos ao conforto e bem-estar dos profissionais e uma aparente falta de valorização do ambiente de trabalho das equipes por parte da organização. O segundo, refere-se ao conjunto de habilidades necessárias a este tipo de interação, pois os profissionais são unânimes em apontar a importância do trabalho em equipe multiprofissional e multidisciplinar no contexto da ESF, porém, reportam dificuldades e desgastes ao se buscar o entendimento comum e o consenso, num grupo que reúne pessoas com diferentes formações, ideais, tempo de experiência, salários, expectativas, personalidades, interesses e níveis de comprometimento com o objetivo comum. Os profissionais precisam dispor de habilidades necessárias à interação, tais como comunicação, negociação e liderança, cujo desenvolvimento não é previsto em seu processo de formação.

Treinamentos em trabalho em equipe poderiam ser oferecidos como forma de desenvolver os profissionais para esta modalidade de trabalho.

Diante da possibilidade das diferentes interpretações relativas aos problemas, às soluções e aos limites das responsabilidades individuais e coletivas, o conceito de serviço, por mostrar-se como elemento comum, acaba atuando como um balizador para os integrantes das equipes nas negociações.

Por último, chamou a atenção a frequência de interações informais realizadas pelas equipes, em forma de pequenas celebrações, que são incentivadas pelos gestores que enxergam em tais práticas, oportunidades de aproximação e coesão dos membros das equipes e dos profissionais da UBS. O trabalho coletivo é facilitado quando há familiaridade entre os integrantes da equipe (OKHUYSEN e BECHKY, 2009).

Percebemos, então, que a necessidade da interação é reconhecida e incentivada, porém, investimentos em espaço físico e em treinamentos poderiam contribuir para o trabalho das equipes.

Independentemente do grau de intangibilidade do objeto de trabalho, espaços de interação e de comunicação foram apontados como facilitadores do trabalho em grupo por possibilitar a articulação das ações, a integração dos conhecimentos e a definição conjunta das regras de produção (GITTELL, 2002; MARX 2010; SALERNO, 1999; PEDUZZI, 2001). Entretanto, em atividades com alto grau de intangibilidade, estes espaços tornam-se essenciais por possibilitar os ajustes relativos às fronteiras de responsabilidade do grupo e de seus integrantes.

b) possibilidade de diferenças nos serviços oferecidos pelas equipes

Considerando que o serviço oferecido e realizado pelas equipes frequentemente é fruto de um acordo negociado entre seus integrantes, condutas distintas podem ser adotadas em função das várias possibilidades de interpretação das equipes sobre os limites de sua responsabilidade, gerando experiências de serviços diferentes para os usuários.

A variabilidade nos processos de serviços reflete a autonomia atribuída aos profissionais pela organização e se apresenta como uma característica nos serviços profissionais (GIANESI e CORRÊA, 2010), no entanto, esta variabilidade pode mostrar-se ainda mais acentuada em função da intangibilidade. Como apontado por

Dussault (1992), facilitar o trabalho autônomo e ao mesmo tempo garantir que este trabalho seja coerente com os objetivos organizacionais torna-se um desafio para as organizações de serviços profissionais de saúde.

Nos casos avaliados, embora não tenham participação na definição das metas de produção, as equipes têm autonomia para organizar o trabalho da maneira que consideram mais apropriadas para o perfil de seus profissionais e da comunidade atendida. Essa autonomia pode se refletir tanto em diferenças nos processos internos de trabalho, quanto nos serviços prestados aos usuários. Os gestores declaram respeitar ao máximo a autonomia das equipes, porém apontam que as ações das mesmas devem estar em conformidade com os papéis, com as atribuições e com as prioridades definidas nos documentos norteadores, bem como atender aos indicadores de produtividade estabelecidos pela OS e SMS.

Ao avaliarmos as atividades das 6 equipes (seção 5.2.3), observamos que os parâmetros de produtividade e as prioridades acabam por aproximar o comportamento das mesmas em relação ao tempo dedicado para as distintas atividades. Observamos também uma forte convergência da visão dos profissionais relativa ao papel das equipes no contexto do SUS e da ESF.

A autonomia necessária ao modelo ESF e a subjetividade presente nos processos de trabalho, impossibilitam a inserção de mecanismos rígidos de controle que inibam variações nos serviços ofertados e realizados.

Nesse ponto, torna-se interessante avaliar os conceitos da Escola Sociotécnica frente às demandas das atividades de produção de serviços intangíveis. Estes conceitos pressupõem que as atividades realizadas pelos grupos semi-autônomos devem ser direcionadas menos por prescrições e mais por objetivos a serem alcançados, e ressaltam a importância da alta especificação desses objetivos como instrumento de orientação sobre o que deve ser produzido (para todos os envolvidos) e como instrumento de controle de desvios (BIAZZI, 1994; CHERNS, 1976).

No entanto, devemos considerar que diferentemente do que ocorre na maioria das atividades de produção de bens tangíveis, não é possível especificar de maneira precisa o resultado a ser obtido em atividades de serviços com alto grau de intangibilidade (BOWEN e FORD, 2002; HUBAULT, 2011). Nesses casos, o conceito de serviço assume alto grau de importância, por auxiliar na construção de uma visão comum sobre o que se pretende oferecer e facilitar o alinhamento em direção a um

propósito comum (JOHNSTON e CLARK, 2010; CORRÊA e CAON, 2010). Dessa forma, a disseminação do conceito do serviço e do papel esperado dos profissionais pela organização, ainda que não impeça que as variações ocorram, pode promover coerência dos serviços oferecidos pelas equipes com os propósitos organizacionais.

6.1.2. Dificuldade para a coordenação do trabalho

O conteúdo do trabalho das equipes é altamente contextualizado. O entendimento sobre as necessidades do usuário, seu contexto familiar, sobre as condições de vida relacionadas à sua saúde e sobre as possibilidades de condução do caso na rede de assistência, apresenta-se como uma pré-condição para que as equipes determinem a sequência de ações a ser executada para cada situação. Foi possível identificar a dinâmica do processo de coordenação das equipes, retratada na seção 5.4.4 pelo entrelaçamento de dois processos, *coordenação operacional* e *coordenação diagnóstica*, e observamos alguns aspectos relevantes para esta pesquisa.

Coincidindo com os diferentes estudos sobre coordenação do trabalho em equipes multiprofissionais (BECHKY, 2003; FARAJ e XIAO, 2006; KELLOGG et al., 2006) identificamos nos processos de trabalho das equipes ESF, elementos que propiciam a criação de uma perspectiva comum fazendo frente à intangibilidade: a construção do *conhecimento coletivo* e a criação de um *referencial comum*, que servem de apoio para que todos, de posse das mesmas informações, possam aproximar suas interpretações, facilitando a identificação do problema, das expectativas em relação ao resultado final, da situação inicial (cenário de referência), das possíveis soluções (processo de suposições) e do caminho a ser seguido, com definição de próximas ações (negociação).

Assim, tais elementos contornam as dificuldades de reconhecimento das tarefas e das interdependências. Adicionalmente, é por meio da interação contínua que os integrantes vão formando um entendimento comum relativo às responsabilidades individuais e coletivas, estabelecendo uma relação de respeito e confiança mútua (GITTELL, 2002) e promovendo ajustes contínuos na dinâmica do trabalho coletivo. Ao longo do tempo, estes ajustes propiciam a coesão do grupo e a coerência das ações individuais e coletivas, permitindo que o grupo seja percebido como uma entidade.

Ainda, observamos na coordenação diagnóstica, o trabalho realizado num contexto de trajetórias possíveis (FARAJ e XIAO, 2006). As ações de trabalho vão sendo definidas em função da avaliação dos resultados da ação anterior (que podem ser diferentes do esperado) e das diferentes possibilidades de condução em direção ao objetivo final (que pode se alterar em função das respostas obtidas no desenrolar da atividade. O conhecimento dos processos operacionais se torna um importante elemento para a elaboração das possíveis sequências de ação em direção ao objetivo.

Uma vez que o processo de coordenação é altamente baseado na interação entre os profissionais, a disponibilização de espaços de comunicação e as habilidades relacionadas ao trabalho em equipe, já exploradas anteriormente, apresentam-se como fatores importantes para a fluidez do trabalho. Além destes, outros três aspectos mostraram-se relevantes para o processo de coordenação: a estabilidade dos integrantes da equipe; a dependência dos recursos, dos fluxos operacionais e dos processos de apoio estabelecidos pela organização para a efetividade do trabalho; e a necessidade de alinhamento entre todos os envolvidos na cadeia produtiva.

a) estabilidade dos integrantes da equipe

A construção do conhecimento coletivo, a dinâmica de trabalho da equipe, o estabelecimento do respeito e confiança, são fortemente dependentes da continuidade das interações entre os envolvidos. Como pôde ser observado em suas diretrizes, a ESF reconhece e promove o fortalecimento do vínculo entre a equipe e a comunidade ao inserir as características de longitudinalidade e de territorialidade no modelo operacional. Entretanto, o mesmo cuidado não é observado em relação ao vínculo da ESF com seus profissionais. O fato de não haver plano de carreira, cargos ou salários, apresentou-se como fator de insatisfação dos profissionais e um fator de risco para a permanência dos mesmos na atividade. A inadequação das condições físicas e das condições operacionais (sistemas integrados, processos de apoio) apresenta-se também como fator de insatisfação e representa para os profissionais uma falta de valorização do trabalho pela organização.

Estudos apontam que a rotatividade dos profissionais da ESF apresenta-se alta no município de São Paulo. Embora não tenha sido objetivo de investigação desta

pesquisa, chamou a atenção que nos casos estudados, a rotatividade dos médicos e enfermeiros apresenta-se baixa. Fazendo contraponto à ausência de políticas de retenção por parte da organização, a identificação com os valores e objetivos organizacionais aparece como importante fator de motivação para a permanência dos profissionais nas UBSs. Estudos realizados com médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de São Paulo (SEIXAS, 2011; SILVEIRA, 2011) apontam como principal motivo de satisfação destes profissionais no trabalho, fazer parte de um modelo de atenção à saúde que eles acreditam e a possibilidade de poder contribuir com a população.

O vínculo com a área de ensino e pesquisa e a consequente possibilidade de atualização contínua, apresenta-se como outro importante fator de retenção dos profissionais nas equipes estudadas. Resultado semelhante foi apontado no estudo de Campos e Malik (2008), indicando uma oportunidade do fortalecimento da relação da organização com seus profissionais.

A implementação de políticas de retenção de recursos humanos (salários, carreira, capacitação) e ações de valorização, com investimentos em recursos e processos de apoio, poderiam favorecer a estabilidade das equipes.

b) dependência dos recursos, dos fluxos operacionais e dos processos de apoio estabelecidos pela organização para a efetividade do trabalho.

Ao colocar as equipes ESF como porta de entrada dos usuários para um sistema complexo de saúde, e atribuir a elas a responsabilidade pela coordenação do cuidado dos usuários nas redes de assistência, o modelo insere as equipes em processos de trabalho abrangentes e complexos, que dependem da reunião e articulação de diversas ações, diferentes atores e diferentes entidades.

As informações sobre as possibilidades de encaminhamento na rede de atenção são muitas, apresentam-se dispersas e sofrem frequentes modificações. Consequentemente, nesses casos, a interação com outros profissionais (gestor da UBS, profissionais do NASF e colegas de outras equipes) é utilizada para contornar as dificuldades relativas aos procedimentos de trabalho que não se apresentam claros, ou por não terem sido estabelecidos ou por não terem sido documentados ou divulgados adequadamente. Os profissionais declaram conviver com problemas relacionados à estrutura da rede de assistência, tais como falta de capacidade de

atendimento dos outros equipamentos para dar vazão aos encaminhamentos realizados pela atenção básica; falta de clareza sobre os elementos constituintes desta rede e sobre as possibilidades de articulação entre eles (configuração, fluxos e processo operacionais) e falta de instrumentos e processos que possibilitem o compartilhamento de informações entre os elementos.

A disponibilização de recursos e o estabelecimento de processos operacionais claros apresentam-se fundamentais em qualquer tipo de atividade produtiva. Nos casos analisados, entretanto, observa-se que parte da atividade é conduzida num contexto de trajetórias possíveis, caracterizado por um movimento contínuo de considerações sobre a ação passada, e decisões sobre a ação futura. As possibilidades de ações futuras são construídas em função do objetivo final com base nas alternativas operacionais possíveis e a falta de clareza dos processos operacionais prejudica esta identificação.

c) necessidade de alinhamento entre todos os envolvidos na cadeia produtiva

Por meio do mecanismo de "referência e contra-referência", o modelo operacional prevê um canal de comunicação entre os diferentes serviços da rede de atenção através do qual os profissionais deveriam trocar informações sobre as condições de saúde dos usuários. Entretanto, esse mecanismo não está consolidado e os profissionais apontam a inexistência de um sistema de informação integrado que possa facilitar o compartilhamento de informações e a falta de compreensão do papel da ESF na Atenção Básica por grande parte dos integrantes dos outros serviços, como os principais fatores que dificultam esta consolidação.

Se, por um lado, os profissionais participantes da pesquisa compreendem e valorizam o conceito de serviço e o papel das equipes no modelo da ESF, por outro, seus depoimentos indicam que os integrantes dos outros serviços não têm a compreensão e/ou não se reconhecem como colaboradores no contexto do SUS, prejudicando a efetividade do sistema como um todo. Esse fato ilustra a dificuldade de permear a conceito de serviço da ESF por todo o sistema de saúde, que envolve um grande número de serviços distintos, que podem apresentar propósitos diferentes ou até mesmo conflitantes.

Pela lógica do SUS, a realização da coordenação do cuidado passa a ser essencial para que as equipes ESF e a atenção básica como um todo, possam desempenhar seu papel de base e estrutura do sistema de saúde (BRASIL, 2007a). Avaliações apontam a necessidade da realização de investimentos em recursos, processos e sistemas de apoio à integração dos diversos equipamentos presentes na rede de saúde (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2009), mas ressaltamos a necessidade de que estes investimentos venham acompanhados de ações de disseminação das diretrizes da Atenção Básica e da ESF por todo o sistema de saúde, para que seja possível promover a coerência das ações entre os diferentes equipamentos e a convergência com os objetivos do SUS.

6.2. DESAFIOS DECORRENTES DA PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NO PROCESSO PRODUTIVO

Os entrevistados declararam compreender a posição do usuário no modelo ESF, tanto no que se refere aos seus direitos, quanto no que se refere à responsabilidade dos mesmos nos processos de atenção à saúde. A compreensão dos princípios do SUS, da Atenção Básica e da ESF, aparecem como fatores que promovem esta consonância de visão entre os profissionais envolvidos. Os médicos declaram que a formação em Medicina de Família oferece preparação para a relação profissional-usuário. O vínculo com a Faculdade de Medicina também aparece como fator importante para o entendimento desta relação, por promover frequentes discussões relativas à necessidade de envolvimento e coresponsabilização do usuário nos processos de serviços oferecidos.

O modelo coloca sobre os as equipes a responsabilidade de disseminar a proposição de serviço da ESF e conscientizar o usuário sobre seu papel, o que vai sendo realizado em um processo educacional contínuo, nas diferentes oportunidades de interação. Os profissionais colocam que a base da relação com o usuário reúne alguns elementos fundamentais, tais como a conscientização; a coresponsabilização; o entendimento das necessidades e da realidade do usuário; a negociação e o livre-arbítrio. Esses elementos apresentam um direcionamento comum para as relações profissional-equipe-usuário, promovendo a coerência das ações dos diferentes integrantes da equipe (OKHUYSEN e BECHKY, 2009). Hubault

(2001) aponta que o equilíbrio na relação de serviço contribui para a fluidez das atividades produtivas às quais o usuário está inserido.

É por meio do relacionamento contínuo que os profissionais se aproximam de seus usuários, conhecem suas necessidades, suas limitações, estabelecem acordos e constroem uma relação de confiança. Ressaltamos que, no caso da ESF, o fortalecimento do vínculo entre a equipe e seus usuários é facilitado pela territorialidade e pela longitudinalidade do cuidado, presentes no modelo operacional. Entretanto, a rotatividade de profissionais da equipe poderia provocar quebras no processo de construção do vínculo e da confiança com os usuários, trazendo prejuízos para todos os envolvidos, o que reforça a importância da estabilidade dos profissionais das equipes.

Hubault (2011) afirma que para que os usuários tenham condições de cooperar adequadamente no processo produtivo é necessário que tenham à disposição os recursos (materiais e cognitivos) necessários a sua adequada participação. É função das equipes avaliar o que seus usuários necessitam para atuar adequadamente e prover estes recursos.

As consultas, visitas domiciliares e grupos de usuário, são instrumentos previstos no modelo que facilitam a atuação das equipes na tarefa de auxiliar os usuários para sua adequada participação no processo do cuidado. Chama a atenção o fato de que todas as funções relacionadas à inserção do usuário nos processos de cuidado à saúde são definidas pelo modelo e compreendidas pelos profissionais como atribuições coletivas das equipes ESF. Assim, todos os integrantes assumem o papel de conscientizar, orientar, capacitar, coresponsabilizar e acompanhar os usuários, e para tanto, compartilham informações, dividem ações e tomam decisões conjuntas, o que faz com que os profissionais se sintam apoiados (mutuamente) na relação profissional-usuário. Adicionalmente, este apoio é reforçado pela presença dos profissionais do NASF, dos profissionais multidisciplinares e dos profissionais vinculados à Faculdade de Medicina, nos casos em que estes também participam. Na fala dos profissionais, é na disponibilização destes instrumentos de orientação/capacitação contínua do usuário e no apoio da equipe multiprofissional que se encontra o grande diferencial da ESF.

Além do auxílio e acompanhamento das equipes, é necessário oferecer aos usuários processos e recursos apropriados que facilitem ou possibilitem a atuação dos mesmos (Hubault, 2011). Nesse contexto, dois aspectos mostraram-se

relevantes: a inadequação dos processos operacionais da ESF às necessidades dos usuários e o desgaste emocional.

6.2.1. Inadequação dos processos operacionais às necessidades dos usuários.

Em diferentes situações os profissionais apontaram deficiências na oferta de serviços aos usuários em função da falta de recursos e processos de apoio adequados. Por exemplo, a ausência de um sistema informatizado, torna burocratizado o processo de agendamento de consultas, exigindo a presença física do usuário na UBS em horários pré-determinados e dificultando alterações prévias, trazendo restrições no acesso dos usuários ao serviço. Outra deficiência apontada é relativa ao atendimento dos outros níveis de atenção, que causa demoras ou interrupções no processo de cuidado estabelecido pela equipe em conjunto com os usuário, impedindo a efetividade do mesmo e deixando usuários e profissionais sem alternativa. Adicionalmente, em razão da falta de compartilhamento de informações entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, recai sobre o usuário o papel de repassar informações entre os diferentes profissionais que o atendem e nem sempre o mesmo tem condições de fazê-lo.

Dessa maneira, em algumas situações os usuários sentem-se reféns do sistema e acabam por levar suas insatisfações para os profissionais da equipe, que por definição, são os responsáveis pelo contato dos mesmos com o sistema de saúde. Por sua vez, os profissionais sentem-se isolados na relação de serviço, no sentido usado por Hubault (2011), por não terem o respaldo operacional adequado ao serviço proposto.

6.2.2. Desgaste emocional

Nos casos analisados, os profissionais afirmam que a necessidade de compreender e lidar com os múltiplos fatores que podem estar interferindo na saúde de um usuário possibilita uma atuação mais efetiva do grupo, no entanto, faz recair sobre os profissionais problemas de diferentes naturezas, cuja solução, em muitos casos, pode ultrapassar a capacidade de atuação da equipe. Restrições de recursos decorrentes das condições socioeconômicas da população atendida trazem para os profissionais da ESF a necessidade de desenvolver suas atividades num cenário

que não apresenta as condições necessárias, e sim, as condições possíveis para o trabalho.

Em algumas situações, os profissionais relatam sentimentos de angústia e de frustração frente a esta "incapacidade" de solucionar os problemas, o que torna a atividade profissional emocionalmente muito desgastante. Valores éticos e morais envolvidos nas decisões de grupo com relação ao grau de envolvimento em determinados problemas trazem ainda mais desgastes para a equipe. Os profissionais sentem necessidade de compartilhar suas angústias, o que acaba ocorrendo por meio de conversas com colegas e com os gestores.

Como apontado por Hubault (2011), quando as condições de trabalho não são ajustadas às tensões decorrentes da relação de serviço, o profissional pode se sentir isolado em seu trabalho, trazendo possíveis prejuízos não só à sua atuação, como também à sua saúde. Pelas características da atividade, observou-se a necessidade de se considerar a disponibilização de um serviço de apoio psicológico para os profissionais da atenção básica, principalmente no modelo ESF, que os auxilie a lidar com os desgastes emocionais.

6.3. QUESTÕES DE PESQUISA

Este estudo permitiu identificar condições que favorecem o trabalho em grupo na ESF frente aos desafios decorrentes da intangibilidade do objeto de trabalho, possibilitando contribuir para as questões de pesquisa:

QE.1 Quais condições organizacionais podem favorecer a interação e facilitar a comunicação entre os membros da equipe ESF?

Espaços de Interação

- Espaços formais e informais de interação entre os membros da equipe, com disponibilização de tempo, condições físicas e recursos adequados ao trabalho coletivo: espaço físico, mobiliário e material de apoio;
- Processo de desenvolvimento dos profissionais que inclua habilidades de trabalho em equipe: comunicação, negociação, liderança, gerenciamento de reunião, etc.;
- Disseminação do conceito de serviço e definição clara dos papéis e atribuições da equipe como forma de facilitar a aproximação das perspectivas dos diferentes integrantes da equipe multiprofissional.

Qualidade dos fluxos informacionais

- Recursos que permitam que as informações necessárias à execução e ao planejamento do trabalho estejam disponíveis a tempo para todos que dela necessitarem: processos, recursos e sistemas de informação. Ex. prontuário eletrônico, sistema de apoio ao processo de referência e contra-referência.

Políticas e procedimentos de recursos humanos

- Políticas de seleção de recursos humanos com critérios que considerem a convergência dos valores e projetos individuais com os organizacionais;
- Políticas de retenção de recursos humanos que contemplem sistema de remuneração, plano de carreira e plano de desenvolvimento profissional, como forma de promover a estabilidade dos integrantes da equipe.

QE.2. Quais condições organizacionais podem auxiliar a equipe ESF na definição do processo produtivo num contexto de trajetórias possíveis?

A interação apresenta-se como elemento fundamental no trabalho realizado no contexto de trajetórias possíveis e, portanto as condições identificadas na Questão 1 devem ser todas consideradas.

Processos operacionais

- Estabelecimento e comunicação sobre a configuração da rede de assistência, sobre os elementos constituintes desta rede e sobre as possibilidades de articulação entre os mesmos (configuração, fluxos e processos operacionais).

Os casos avaliados permitiram identificar as condições que favorecem o trabalho em grupo na ESF frente aos desafios decorrentes da participação do usuário no processo produtivo, possibilitando contribuir para as seguintes questões de pesquisa:

QE.3. Quais condições organizacionais podem facilitar a relação de serviço equipe-usuário na ESF?

Definição do papel do usuário e do profissional na relação de serviço

- Estabelecimento e comunicação do papel do usuário e do profissional na relação de serviço, visando o equilíbrio entre os papéis. Definição dos elementos que compõe a base desta relação, de maneira que estes venham a orientar a relação de serviço e promover a coerência das ações dos diferentes integrantes da equipe.

Vínculo - continuidade da relação equipe-usuário

- Estabelecimento de vínculo que permita a continuidade da relação profissional-usuário, como forma de promover a aproximação entre os envolvidos, a familiaridade e o estabelecimento da confiança;

- Políticas de retenção recursos humanos que contemplem sistema de remuneração, plano de carreira e plano de desenvolvimento profissional, como forma de promover a estabilidade dos integrantes da equipe e possibilitar a manutenção do vínculo com os usuários.

Responsabilidade coletiva da equipe ESF sobre todas as funções relacionadas à inserção do usuário no processo produtivo.

- Atribuição de todas as atividades relacionadas à inserção do usuário no processo produtivo (conscientização, orientação, capacitação, coresponsabilização e acompanhamento) como responsabilidade coletiva das equipes ESF. O compartilhamento das ações entre todos os integrantes da equipe e as decisões conjuntas em relação ao usuário, fazem com que os profissionais se sintam apoiados (mutuamente) na relação profissional-usuário e promovem a coerência das ações da equipe.

QE. 4 Quais condições organizacionais podem apoiar/facilitar a atuação do usuário das equipes ESF no processo produtivo?

O equilíbrio da relação de serviço equipe-profissional-usuário contribui para a melhor atuação do usuário nos processos de serviço e, portanto as condições identificadas na Questão 3, devem ser todas consideradas.

Capacitação e Desenvolvimento

- Disponibilização de instrumentos que permitam a conscientização, orientação e a capacitação contínua dos usuários para que estes possam atuar de maneira apropriada no processo de cuidado de sua saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do trabalho das equipes ESF, permitiu compreender quão complexa é a missão de estruturar os serviços públicos de saúde, o quão difícil se torna planejar o trabalho em um contexto onde as questões de saúde estão profundamente inter-relacionadas com questões sociais, e o quão intenso se mostra o trabalho das equipes ESF, que têm que desempenhar suas atividades em meio a restrições de diversas ordens, tanto relativas ao sistema de saúde ao qual estão inseridas, quanto relativas às condições socioeconômicas de seus usuários.

São inúmeros os fatores que podem vir a interferir na dinâmica de trabalho das equipes ESF e, pela natureza do serviço, estes estão todos inter-relacionados. Diante da impossibilidade de se compor um quadro com todos estes fatores e suas interdependências, os diferentes recortes utilizados nas investigações sobre o trabalho destas equipes possibilitam um melhor entendimento sobre ele. Essa consideração torna-se importante no sentido de situar o estudo realizado e os resultados obtidos.

Nesta pesquisa, o objetivo foi avaliar com maior profundidade, sob a perspectiva da Gestão de Serviços, as dificuldades que a intangibilidade do objeto de trabalho e a participação do usuário no processo produtivo trazem para o trabalho das equipes ESF, além de investigar possíveis maneiras de minimizar estas dificuldades. Buscamos, com os resultados obtidos dentro deste recorte, contribuir para o melhor entendimento do trabalho destas equipes e, considerando as particularidades do caso, contribuir para o estudo do trabalho em grupo em atividades de serviços.

Além das condições organizacionais identificadas e ilustradas na seção 6.3, destacou-se outro resultado interessante, específico do caso estudado: O vínculo das UBSs com uma Organização Social ligada ao ensino e pesquisa e com a Faculdade de Medicina da USP, mostrou-se como um diferencial para estas equipes.

Os programas de residência, as pesquisas, e o relacionamento com a área acadêmica apresentam-se como um diferencial positivo para os profissionais, que encontram nestas parcerias uma maior oportunidade de atualização e desenvolvimento profissional, apresentando-se como um fator de motivação para o trabalho e retenção do profissional na OS.

Adicionalmente, as atividades relacionadas ao ensino e pesquisa contribuem para a comunicação e o esclarecimento do conceito de serviço da ESF, dos papéis e atribuições de todos os envolvidos e das bases que fundamentam a relação profissional-equipe-usuário, uma vez que as atividades com os residentes, estagiários e alunos demandam discussões contínuas sobre o modelo ESF.

Esclarecemos que os resultados obtidos neste estudo não devem ser entendidos como recomendações e sim como contribuições. Pelas limitações metodológicas, os resultados estão situados no contexto específico destas 6 equipes estudadas e não permitem generalizações. Estudos semelhantes, realizados com outras equipes ESF, em diferentes contextos, possibilitariam que comparações fossem realizadas, auxiliando no desenvolvimento do tema.

REFERÊNCIAS

- BECHKY, B. Sharing meaning across occupational communities: the transformation of understanding on a production floor. **Organizational Science**, v. 14, n. 3, p. 312-330, 2003.
- BECHKY, B.; OKHUYSEN, G. Expecting the unexpected? How SWAT officers and film crews handle surprise. **Academy of Management Journal**, v. 54, n. 2, p. 239-261, 2011.
- BLAZZI Jr., F. O trabalho e as organizações na perspectiva sócio-técnica. **Revista de Administração de Empresas**, v. 34, n.1, p. 30-37, 1994.
- BOWEN, J.; FORD, R.C. Managing service organizations: does having a "thing" make a difference? **Journal of Management**, v. 28, n. 3, p. 447-469, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**; princípios e conquistas. Ministério da Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v. 8. 232p.) Brasília: CONASS, 2007a.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v.9 248p.) Brasília: CONASS, 2007b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família. Apresenta informações sobre a atenção básica**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php>>. 2012a. Acesso em: 06 dez. 2012.
- _____. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Secretaria de Comércio e Serviços. **O setor de serviços brasileiro**. 2012b. Disponível em:<<http://www.desenvolvimento.gov.br/sitio/interna/interna.php?area=4&menu=3123>> Acesso em: 02 out. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Entenda o SUS**. 2012c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/345/entenda-o-sus.html>>. Acesso em: 02 Out. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. 2012d.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos no Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, mar.-abr. 2008.

CHERNS, A. The principles of sociotechnical design. **Human Relations**, v. 29, n. 8, p. 783-792, 1976.

CHILD, J.; McGRATH, R.G.. Organizations unfettered: organizational form in an information-intensive economy. **Academy of Management Journal**, v. 44, n.6, p. 1135–1148, 2001.

COHEN, S.G.; BAILEY, D.E. What makes teams work: group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. **Journal of Management**, v.23, n.3, p. 239-290, 1997.

CORRÊA, H.L.; CAON, M. **Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes**. São Paulo: Atlas, 2010.

EINSENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **The Academy of Management Review**, v.14, p.532-550, 1989.

FARAJ, S.; XIAO, Y. Coordination in fast-response organizations. **Management Science**, v, 52, n.8, p. 1155-1169, 2006.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços – operações, estratégia e tecnologia da informação**. 4. ed.. Porto Alegre: Bookman. 2005.

GADREY, J. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In: SALERNO, M.S, (org.). **Relação de Serviço: Produção e Avaliação**. 1.ed. São Paulo: Editora SENAC, 2001.

GIANESI, I.G.N.; CORRÊA, H.L. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GITTEL, J.H. Coordinating mechanisms in care provider groups: relational coordination as a mediator an input uncertainty as a moderator of performance effects. **Management Science**, v.48, n. 11, p. 1408-1426, 2002.

HACKMAN, J.R. From causes to conditions in group research. **Journal of Organizational Behavior**, v. 33, p. 428-444, 2012.

HESKETT, J.L. **Managing in the service economy**. Boston: Harvard Business School Press, 1986.

HUBAULT, F. Os desafios relacionados à mobilização da subjetividade na relação de serviço. in SZNELWAR, L.I. (org.), **Saúde dos Bancários**, Gráfica Atitude, Brasil, p. 125-149, 2011.

JOHNSTON, R.; CLARK, G. **Administração de operações de serviços**. 4. ed., São Paulo: Atlas, 2010.

KELLOGG, K.C.; ORLIKOWSKI, W.J.; YATES, J. Life in trading zone: structuring coordination across boundaries in postbureaucratic organization. **Organization Science**, v. 17, n.1, p.22-44, 2006.

KUSCHNIR, R.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F; MACHADO, C.V. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: (orgs.) Gondim, R.; Grabois, V; Mendes, Junior, W.V. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD. p.121-151, 2011. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12546&Tipo=B>>.

MALONE, T.W.; CROWSTON, K. The interdisciplinary study of coordination. **ACM Computing Surveys**, v. 26, n. 1, 1994.

MARSIGLIA, R.G. Perfil, rotatividade e satisfação dos trabalhadores dos modelos de Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo. In: (Org.) SILVA, J.A.; SEIXAS, P.H.D.; MARSIGLIA, R.M.G., **Atenção básica em saúde: profissionais, instituições parceiras, usuários, integralidade, formação de recursos humanos**. São Paulo : Memnon: Centro de Estudos CEALAG, 2012. cap. 1, p.23-89.

MARX, R. **Organização para a inovação: avaliação crítica dos projetos e da implantação de trabalho em grupos com autonomia**. Tese(Livre-Docência) - Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MARX, R. **Trabalho em grupo e autonomia como instrumentos de competição**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MEIRELLES, H.L. **Direito administrativo brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 22. ed., 297 p., 1997.

MIGUEL, P. A. C. (coord.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 225 p., 2010.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J.B.; GHOSHAL,S. **The strategy process: concepts, contexts, cases**. NJ, Prentice Hall, 4. ed., 2003.

OKHUYSEN, G.A.; BECHKY,B. Coordination in organizations: an integrative perspective. **The Academy of Management Annals**, v. 3, n.1, p. 463-502, 2009.

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

_____. Trabalho em Equipe. In: PEREIRA, Isabel. **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed., rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família – ESF**. 2012a.. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/index.php?p=17783>. Acesso em: 10 Out. 2012.

_____. Secretaria Executiva de Comunicação. **Saiba mais sobre as organizações sociais e suas formas de atuação**. 2012b. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/comunicacao/noticias/?p=129576>> Acesso em 10 Out. 2012.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família - ESF** - 2012c
Disponível em:
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/equipes_esf_2012.pdf Acesso em: 10 Out. 2012.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Coordenadorias de Saúde**. 2012d.
Disponível em:
<<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>>. Acesso em: 10 Out. 2012.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Supervisões de Saúde**. 2012e. Disponível em:
<<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=5406>>. Acesso em: 10 Out. 2012.

SALERNO, M.S. **Projeto de organizações integradas e flexíveis: processos, grupos e gestão democrática via espaços de comunicação-negociação**. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. Reconfigurable organisation to cope with unpredictable goals. **International Journal of Production Economics**, v. 122, p. 419-428, 2009.

SEIXAS, P.H.D. Os médicos do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. In: org. SILVA, J.A.; SEIXAS, P.H.D.; MARSIGLIA, R.M.G., **Os sujeitos do Programa Saúde da Família na cidade de São Paulo**. São Paulo : CEALAG/Memnon, 2011. cap. 1, p.29-92

SILVA, M.T. et al. 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: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007. (Cadernos de atenção básica: estudos avaliativos; 3) p. 129-206

SILVA, M.T. **A organização do trabalho para a produção de acordo com a lógica de serviço:** Os mecanismos de coordenação em atividades de atendimento ao cliente. Tese (Livre Docência) - Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SILVEIRA, C. Os enfermeiros do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. In: (Org.) SILVA, J.A.; SEIXAS, P.H.D.; MARSIGLIA, R.M.G., **Os sujeitos do Programa Saúde da Família na cidade de São Paulo.** São Paulo : CEALAG/Memnon, 2011. cap. 2, p.93-124

SILVESTRO, R. Positioning services along the volume-variety diagonal: The contingencies of service design, control and improvement. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 19, p. 399-421, 1999.

SZNELWAR, L.I.; ABRAHÃO, J.I.. Introdução: Abordagens e desafios no estudo do trabalho no PSF. In: **Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF.** São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007. (Cadernos de atenção básica: estudos avaliativos; 3) p. 107-128

TAMBELLIN, E.F.; SILVEIRA, C. A Institucionalização das parceiras em atenção básica no setor público de saúde do município de São Paulo. In: (Org.) SILVA, J.A.; SEIXAS, P.H.D.; MARSIGLIA, R.M.G., **Atenção básica em saúde: profissionais, instituições parceiras, usuários, integralidade, formação de recursos humanos.** São Paulo : Memnon: Centro de Estudos CEALAG, 2012. cap. 5, p.278-326.

TEBOUL, J. **Service is front stage.**INSEAD Business Press, Houndmills, 2006.

VAN DE VEN, A.; DELBECQ, A.; KOENIG JR.,R. Determinants of coordination modes within organizations. **American Sociological Review**, v..41, p. 322-338, 1976.

VELTZ, P.; ZARIFIAN, P. Vers de nouveaux modeles d'organization? **Sociologie du Travail**, Paris, XXXV, 1, p. 3-24, 1993.

VOSS, C.; TSIKRIKTSIS, N.; FROHLICH,M. Case research in operations management. **International Journal of Operations & Production Management**. v. 22, n.2, p. 195-219, 2002.

VOSS, C. et al. Managerial choice and performance in service management - a comparison of private sector organizations with further education colleges. **Journal of Operations Management**, v.23, n.2, 2005.

YIN, R. **Estudo de caso.** Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência: por uma nova lógica** São Paulo: Atlas, 2001.

_____. Mutaço dos sistemas produtivos e competncias profissionais: a produo industrial do servio. In: SALERNO, M.S, (Org.) **Relao de servio: produo e avaliao**. 1ed. So Paulo: SENAC, 2001a. p.67-94.

_____. Valor, organizao e competncia na produo de servio: esboo de um modelo de produo de servio. In: SALERNO, M.S., (Org.). **Relao de servio: produo e avaliao**. 1ed. So Paulo: SENAC, 2001b. p.95-150.

WAGEMAN, R.; GARDNER, H.; MORTENSEN, M. The changing ecology of teams: new directions for teams research. **Journal of Organizational Behavior**, v. 33, p. 301-315, 2012.

ANEXO 1

Termo de consentimento livre e esclarecido

Gostaria de convidá-lo para participar da pesquisa "Organização do Trabalho em Equipes de Saúde: estudo de casos na Estratégia Saúde da Família", que tem como objetivo conhecer como é organizado o trabalho das equipes de saúde da família. Mais especificamente este estudo buscará entender do que se compõem as tarefas dos profissionais e em que aspectos podem ser comparadas com o trabalho em outras áreas; como são definidos os principais processos de produção, que recursos são necessários e como são avaliados; e, como se dá o relacionamento com outros órgãos e com o usuário do serviço.

Esperamos que esta pesquisa forneça subsídios para a compreensão e aprimoramento dos mecanismos de planejamento e gestão das equipes de saúde da família, bem como, para a melhoria das políticas públicas.

Para alcançar os objetivos propostos, solicitamos que o Sr.(a) concorde com a realização de procedimentos de pesquisa, tais como entrevistas, discussão em grupo e observação do trabalho. Estes procedimentos serão, na medida do possível, gravados e posteriormente transcritos. Sua participação é voluntária e o Sr.(a) tem o direito de sair da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe acarrete qualquer tipo de prejuízo. O Sr. (a) poderá solicitar os registros ou transcrições da entrevista e das discussões em grupo e, se for o caso, realizar as modificações que considerar necessárias.

Ressaltamos que apenas serão entrevistados profissionais em caráter voluntário e que serão tomadas todas as precauções para que nenhum participante seja identificado em nenhum momento da pesquisa. Todos os dados do estudo serão guardados em local seguro.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou para solicitar sua exclusão da participação nesta pesquisa. Se assim o desejar, entre em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo, cujos dados seguem abaixo.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: MÁRCIA TERRA DA SILVA

ENDEREÇO: Av. Prof. Almeida Prado, 2ª travessa, n. 128.

Departamento de Engenharia de Produção

2º. Andar, sala 215

CEP 05508-900 – São Paulo, SP

Tel: 3091-5363 / Ramal 460

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, na R. General Jardim, n. 36, tel 3397-2000.

Se concordar em participar da pesquisa, pedimos que assine o termo anexo e o devolva ao(à) pesquisador(a).

Obrigada pela atenção,

Márcia Terra da Silva

“Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **"Organização do Trabalho em Equipes de Saúde: estudo de casos na Estratégia Saúde da Família"**.

Eu discuti com a Profa. Márcia Terra da Silva sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Assinatura do entrevistado

Data:

ANEXO 2**Roteiro de Entrevista com o Médico/Enfermeiro**

Entrevistado:

UBS / equipe:

Data :

Há quanto tempo você é médico/enfermeiro?

Há quanto tempo trabalha como médico generalista/enfermeiro da atenção básica, e no PSF? E nesta UBS? E nesta equipe?

Você tem algum histórico anterior como médico especialista/enfermeiro fora da atenção básica?

O que te chamou a atenção na posição? (O que te trouxe aqui?)

Quais são os principais desafios da função.?

Qual é o perfil do usuário atendido?

O fato de o modelo de Atenção Básica ser centrado na família traz demandas diferentes?

Quais as maiores demandas para seu trabalho?

Qual o impacto do atendimento neste modelo (PSF) no resultado para o usuário?

Quais são as principais vantagens de ser médico/enfermeiro do PSF. ? (carreira / realização / remuneração)

Como o usuário é envolvido no processo de cuidado da saúde?

Como ele participa?

Ele sempre participa (sendo atuante)? Quando não, quais as maiores dificuldades e qual é a conduta?

Como ele/família é preparado para participar do próprio cuidado, sendo atuante e responsável pelo resultado?

Descreva sua rotina diária na UBS (entender as atividades desempenhadas dentro dos períodos/entender se há prevalência de atividades)

Descreva uma consulta e os possíveis encaminhamentos resultantes dela .

Qual a atividade que mais demanda seu tempo?

Como é o trabalho em equipe multidisciplinar? Maiores vantagens e desafios?

Existe um líder da equipe? Existem momentos em que a liderança muda de um profissional para outro? Quem controla o andamento dos casos? Como este controle é realizado?

Existem situações imprevistas (não planejadas) em sua rotina? Cite algumas? Como vocês atuam?

Você se lembra de alguma situação ocorrida nos últimos 2 meses em que o entendimento do problema/caso (ou o diagnóstico ou a solução) tenha sido entendido de maneira diferente por diferentes profissionais?

Você se lembra de algum caso que tenha tido o entendimento equivocado por falta de informações?

Você se lembra de alguma situação em que precisou recorrer a outros profissionais da equipe para compor um quadro mais claro do caso em questão? Necessidade de informações sobre o usuário/ necessidade de informações sobre a patologia / etc.

Como vocês medem o desempenho do trabalho? Como você vê este processo?
Está de acordo com a realidade?

Em sua opinião, o que mais impacta negativamente o andamento dos trabalhos?

- Volume de trabalho (número de usuários);
- Preocupação com as metas;
- Número de reuniões;
- Burocracia;
- Falta de sistemas de informação;
- Falta de informação;
- Dificuldade de encaminhamento para atenção secundária ou exames de maior complexidade;
- Demora de retorno da atenção secundária / resultados de exames;
- Falta de infraestrutura física / materiais;
- Estrutura organizacional do modelo;
- Outros.

Em sua opinião, o que mais impacta positivamente o andamento dos trabalhos?

Você como médico/enfermeiro de equipe tem necessidade ou possibilidade de contatar colegas ou especialistas da rede de referencia, de outras equipes ou UBSs para resolver algum caso? Isto é frequente? Cite algum exemplo.