

ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM UMA UNIDADE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Rosalina Alves Simões de Mesquita (EPUSP)

rosa.msq@ig.com.br

Fausto Leopoldo Mascia (EPUSP)

fmascia@usp.br



O propósito do presente trabalho é apresentar os resultados da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) de profissionais que atuam em equipes nas unidades básicas prestadoras de serviços públicos de saúde, na cidade de São Paulo. O objetivo da análise era responder a uma demanda do Ministério da Saúde, que buscava avaliar o funcionamento do Programa Saúde da Família (PSF) para expandi-lo às demais cidades do Estado. Outros objetivos eram o de compreender as dificuldades encontradas para que as metas de produção fossem atingidas, apontando-se soluções de melhoria e fazer uma avaliação dos riscos e das possibilidades de melhoria do ponto de vista da saúde dos trabalhadores envolvidos. Foram realizadas reuniões preliminares feitas por categoria profissional, incluindo-se a gerência da unidade, para a apresentação do estudo. Para análise da atividade de trabalho utilizou-se a técnica de observação direta junto aos profissionais das equipes. Foram realizadas entrevistas livres e com roteiro semi-estruturado, para o levantamento de informações sobre os processos, as tarefas e as dificuldades operacionais das mesmas. Com os resultados da Análise Ergonômica do Trabalho buscou-se apontar os pontos de melhoria no projeto do trabalho e as transformações necessárias na organização do trabalho.

Palavras-chaves: Serviços de Saúde, Ergonomia, Trabalho em Grupo

1. Introdução

No cenário atual, muitas organizações estão revendo suas estruturas e a forma como organizam o trabalho e os processos de produção, adotando modelos mais flexíveis, com redução das grandes estruturas verticalizadas e com maior descentralização da gestão, para atender demandas flutuantes, agilizar a tomada de decisão em mercados cada vez mais instáveis e para atender as necessidades dos clientes, entre os principais motivos.

Pode-se citar o caso de grandes empresas de manufatura, que buscam implementar o modelo de grupos semi-autônomos, com maior autonomia no trabalho e na tomada de decisão, revendo o modelo clássico de organização (MARX, 1998).

O conceito de trabalho em grupo surgiu em contraposição à abordagem clássica, a partir de estudos sobre o trabalho em minas de carvão, realizados pelo Tavistock Institute, com o aparecimento da chamada Escola Sociotécnica, que questionava a carga prescritiva e o planejamento externalizado do trabalho (SALERNO, 1999).

Este esquema de trabalho contempla tanto o aspecto social quanto o aspecto técnico do trabalho. A característica principal deste esquema é que uma equipe de trabalhadores executa, cooperativamente, as tarefas que lhes são designadas, sem que haja uma predefinição de funções para a equipe.

Segundo Salerno (1999), a atividade direta de trabalho não deve ser planejada externalizadamente ao executante e a um conjunto de pessoas deve ser atribuído um objetivo de produção (que pode ser negociado, nos casos mais avançados) e estabelecidas as condições para que se consiga atingi-lo – equipamentos, suprimentos etc., sendo que as pessoas têm a prerrogativa de se organizarem da melhor forma. Não há uma prescrição de como o trabalho deve ser feito, desde que cumpridas as normas técnicas e as relações de precedência técnica relativas ao processo em si. Por outro lado, o grupo deve atender uma prescrição de objetivos e metas, como quantidades, qualidade, prazos etc.

O setor de serviços, que apresenta fortes características do modelo clássico taylorista como destaca Mintzberg (1997), também vem passando por transformações. Muitos projetos de produção e também do trabalho, implantados no setor de serviços, surgiram dos modelos adotados na produção industrial, que por muito tempo basearam-se no paradigma clássico de produção, proposto pela Administração Científica do Trabalho de Taylor, que fragmentava os processos de produção e simplificava as tarefas.

Sznelwar *et al.* (2004) afirmam que estes projetos adotados desconsideram as especificidades das atividades deste setor, como a complexidade da relação com o cliente e a variação constante da demanda de serviços, existindo certas incompatibilidades na realização do trabalho apesar dos resultados positivos obtidos pelas organizações. Este fato seria responsável por um aumento significativo do sofrimento e do adoecimento dos trabalhadores.

Nota-se que o movimento de reestruturação das organizações também vem ocorrendo em organizações públicas, adotando, em parte ou no todo, modelos aplicados no setor privado.

No início da década de 1990 deu-se a implementação do SUS no Brasil, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde - as Normas Operacionais Básicas (NOBs), que regulamentam o sistema. Estas normas determinam a forma de transferência dos recursos entre as instâncias de governo e as modalidades de pagamento dos serviços de saúde, além de orientar o processo de

descentralização e de construção da rede de serviços.

O SUS conforma o novo modelo público de prestação de serviços e ações de saúde em âmbito nacional, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. Em sua concepção original, visa integrar os subsistemas de saúde pública e de assistência previdenciária - os ramos da medicina preventiva e curativa -, bem como os serviços públicos e privados, em regime de contrato ou convênio, num sistema único e nacional, de acesso universal e igualitário, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada nível de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade visando ao controle social (VIANA *et al.*, 2002).

Com a reformulação do Sistema de Saúde, surgem programas remodeladores da assistência, como o Programa Saúde da Família (PSF), que tem como princípio a organização dos “distritos de saúde”, onde atuam equipes multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes de gestão e agentes comunitários de saúde.

Este programa de saúde tem, segundo o próprio Ministério, o propósito de “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional” (MS, 2000).

A implantação deste modelo visa ampliação do acesso, humanização do atendimento e atendimento das demandas em realidades específicas, substituindo ou complementando o modelo anterior, que requer o trabalho de especialistas em grandes áreas.

No processo de reestruturação da prestação do serviço de saúde do país foi adotada a forma de organização do trabalho em grupos, compostos por diferentes categorias que atuam de forma cooperativa e integrada. A própria gestão deve ser, segundo a SMS, descentralizada e o atendimento menos burocrático e focado no cliente e nas suas necessidades, dentro de um contexto local específico.

Este artigo analisa a organização do trabalho em grupo, em uma instituição prestadora de serviços de saúde, discutindo a sua forma de implantação e os resultados obtidos. Para tanto é feita uma breve revisão conceitual, sobre a abordagem da ergonomia da atividade de trabalho, na seção 2. Em seguida, a metodologia de pesquisa utilizada no presente trabalho é detalhada na seção 3, para então proceder à análise dos dados do estudo de caso realizado (descrição, resultados e discussão) na seção 4. Finalmente são feitas as considerações finais sobre o trabalho.

2. A ergonomia da atividade do trabalho

Poucos estudos sobre organização abordam a atividade de trabalho, que está diretamente ligada à organização e ao funcionamento de qualquer sistema.

A Ergonomia da Atividade é uma perspectiva desenvolvida nos países de língua francesa, em meados dos anos 60, que tem uma proposta teórico-metodológica e prática para abordar os problemas relacionados às condições de trabalho, a partir da análise das atividades dos trabalhadores. Nessa metodologia, assegura-se que os trabalhadores participem continuamente na construção da intervenção.

O estudo da atividade do trabalho pode servir de base nas análises sobre formas de organização do trabalho, uma vez que ela permite revelar as dificuldades das pessoas do ponto de vista do trabalho, ao prestarem um serviço, bem como mostrar como o sistema se organiza.

A referência à tarefa é importante porém não é suficiente, na medida em que na atividade do

próprio trabalhador acentua-se a possibilidade de definição de seus objetivos, ou ainda nas situações em que o operador é levado a gerir (dentro de um conjunto de determinantes que não podem ser reduzidos à tarefa e que constituem o alvo da ação do ergonomista) (DANIELLOU, 2004).

Nas situações de trabalho surgem diversos imprevistos que os trabalhadores devem lidar e resolver e dessa forma a tarefa prescrita torna-se secundária.

Clot (1995) *apud* Daniellou (2004), vê na tarefa “um modelo arrefecido” da atividade dos projetistas e dos organizadores do trabalho. Como a tarefa de uns é o resultado da atividade dos outros, o problema da gestão da discrepância entre o prescrito e a realidade é, então, designado como um problema de comunicação, e até de negociação, entre os encarregados de produzir prescrições e aqueles a quem elas se destinam.

A ergonomia tem como finalidade a transformação do trabalho, contribuindo para a concepção de situações de trabalho que não alterem a saúde dos trabalhadores, e nas quais estes possam exercer suas competências ao mesmo tempo num plano individual e coletivo, encontrando possibilidades de valorização de suas capacidades e alcançando os objetivos econômicos determinados pela empresa, em função dos investimentos realizados ou futuros (GUÉRIN *et al.*, 2001).

3. Definição do Objeto de Pesquisa e Desenvolvimento do Estudo

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na Zona Oeste do Município de São Paulo, que funciona desde 1973. Antes de se tornar uma unidade do PSF, atendia nos moldes tradicionais do sistema de saúde, ou seja, com o enfoque de tratamento nas seguintes especialidades: ginecologia/obstetrícia, clínica médica, pediatria e saúde bucal. A Unidade também realizava procedimentos básicos de enfermagem, distribuição de medicamentos e vacinação.

Em 2001, iniciou-se a implantação do Programa Saúde da Família na Unidade. Embora a Unidade tenha uma parte da sua atuação voltada para a assistência, o enfoque preconizado passou a ser a prevenção e a promoção da saúde. Segundo os moldes do programa, ela passou a integrar o primeiro nível das ações e serviços do sistema local de assistência, estando vinculada à rede de serviços de referência para apoio diagnóstico e de assistência de maior complexidade, de forma a garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias.

No início da implantação do PSF, algumas vagas foram preenchidas por profissionais que se encontravam em outros setores da Prefeitura e as demais foram preenchidas por concurso público. Na data da pesquisa, a Unidade contava com 51 funcionários, sendo que 20 deles eram funcionários públicos municipais e os demais ligados a uma entidade parceira.

A forma de atuação das instituições parceiras junto ao PSF é variável. No caso específico desta Unidade, a parceria foi estabelecida com a Universidade Federal de São Paulo. O seu principal vínculo se estabelece via recursos humanos, uma vez que parte dos profissionais da unidade foi contratada por esta instituição.

Inicialmente, foram previstas quatro equipes nucleares para a Unidade funcionar nos moldes do PSF. Este dimensionamento foi elaborado com base no Documento Norteador do PSF, do Ministério da Saúde e em função da população a ser atendida pela área de cobertura da Unidade, sendo a referência o senso do IBGE de 2000. De acordo com as diretrizes do programa, cada equipe seria responsável pela cobertura de um território específico, incluindo de 800 a 1000 famílias, com limite máximo de 4.500 pessoas.

No entanto, essa meta ainda não havia sido concretizada, sendo que no momento da pesquisa, a Unidade contava com três equipes, cada uma composta pelos seguintes profissionais: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde (ACS). A Unidade também atua na área da saúde bucal, com três dentistas alocados. Possuía ainda outros profissionais como: agentes de apoio, assistente social, assistentes de gestão de políticas públicas, atendentes de enfermagem, auxiliares de consultório odontológico, fonoaudióloga e nutricionista.

A Unidade atende o público de segunda a sexta-feira, das 07h00 às 20h00, sendo que duas equipes funcionam no horário das 08h00 às 17h00 e a terceira equipe das 11h00 e às 20h00. Eventualmente, em função de campanhas específicas realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, a Unidade pode abrir nos finais de semana.

A Unidade possui 13.800 pessoas cadastradas, em 3.944 famílias, o que corresponde à cobertura de 76% da população da área de abrangência desta Unidade de Saúde. Cada equipe atende aproximadamente 4.600 pessoas ou cerca de 1.300 famílias. Vale lembrar que o dimensionamento foi elaborado partindo do pressuposto que cada família teria quatro pessoas, porém este número pode variar. O crescimento populacional foi maior do que o previsto pelo Programa e isto trouxe reflexos para o funcionamento da Unidade de um modo geral e para o trabalho dos profissionais que integram as equipes.

Esta pesquisa está inserida em um projeto maior realizado com o Ministério da Saúde, cujo objetivo era fazer uma avaliação geral da organização e do trabalho das equipes PSF, baseando-se em alguns estudos de casos, dentro do Estado de São Paulo. Outros objetivos eram o de compreender as dificuldades encontradas para que as metas de produção fossem atingidas, apontando-se soluções de melhoria e fazer uma avaliação dos riscos e das possibilidades de melhoria do ponto de vista da saúde dos trabalhadores envolvidos.

Realizou-se a Análise do Trabalho dos seguintes profissionais: agentes comunitários, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e agentes administrativos. Foram entrevistados os responsáveis da Unidade para identificação das características operacionais e um levantamento sobre o processo operacional do PSF e de dados de saúde dos trabalhadores envolvidos no estudo, bem como identificação dos principais riscos a saúde dos mesmos.

Avaliaram-se as tarefas, identificando-se as principais dificuldades para o desenvolvimento do trabalho. Em outra etapa da pesquisa, o estudo foi apresentado aos trabalhadores, que participaram de entrevistas com roteiro semi-estruturado, para o levantamento de informações sobre os processos, as tarefas e as dificuldades operacionais das mesmas. A partir desse levantamento realizaram-se observações abertas do trabalho dos principais profissionais envolvidos, segundo o consentimento dos mesmos e respeitando-se a privacidade dos pacientes. Realizaram-se ainda observações sistemáticas da atividade de trabalho.

A partir dos dados coletados foram feitas reuniões de validação das análises com os profissionais, apontando-se as dificuldades operacionais e os constrangimentos do trabalho que podem comprometer a saúde dos trabalhadores e a qualidade do serviço prestado.

4. Resultados e discussão

Apresentamos, a seguir, alguns resultados da pesquisa, com foco no trabalho dos ACS's.

A forma de implantação do PSF nesta Unidade congregou profissionais oriundos de outros modelos de atenção à saúde – médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem – e profissionais com experiências em outras áreas, que se tornaram agentes comunitários de

saúde. Estes profissionais, de forma geral não tinham formação específica para atuação em saúde da família. Os cursos e treinamentos foram concomitantes com a implantação e com o pleno funcionamento da unidade, ainda no modelo anterior, porém não apresentaram conteúdo para suprir suas necessidades por maiores competências técnicas e de relações sociais. Estas lacunas geraram dificuldades para todas as categorias profissionais, tanto de ordem de capacitação específica em sua especialidade, como de interação em equipe.

No entanto, as entrevistas e observações do trabalho dos profissionais das equipes PSF mostraram que estes conseguiram transpor essas dificuldades, proporcionando respostas às demandas da população, mesmo com as limitações dos meios disponíveis. De fato, foi possível identificar estratégias de funcionamento das equipes fundamentadas em ações integradas entre as diferentes categorias. Devido a este elevado entrosamento e comunicação entre as equipes, bem como o profundo conhecimento dos indivíduos e famílias cadastradas, os profissionais conseguem atender o volume de trabalho a eles colocado, buscando um ajuste contínuo dos recursos, meios e infra-estrutura disponíveis na Unidade.

Tentamos agrupar as tarefas dos agentes em duas grandes categorias. A primeira consiste no trabalho realizado na própria UBS, referente ao planejamento das tarefas da sua equipe e das tarefas administrativas, que são os registros dos dados das ações realizadas em campo ou nos domicílios da população atendida, em formulários específicos ou no sistema informatizado.

Além disso, os agentes têm como atribuição realizar o acolhimento dos usuários que se deslocam até a Unidade, seja através de agendamento ou espontaneamente. Nesses casos, os agentes são encarregados de acolher os usuários e encaminhá-los para os procedimentos necessários de acordo com a sua demanda.

A segunda categoria de tarefas está relacionada ao trabalho realizado junto à comunidade, com atuação nas residências da população atendida pela Unidade. Essas tarefas envolvem o cadastro das famílias, atualização do mapeamento da micro-área, coleta e registro dos dados de saúde, situações de risco das famílias e ações de vigilância sanitária e epidemiológica. A visita domiciliar, que deve ser realizada pelo menos uma vez por mês para cada família, também se enquadra nessas tarefas. Ao passar pelos domicílios, o agente comunitário também tem como tarefa prestar assistência básica e fornecer orientações relacionadas à saúde, higiene e limpeza, aos indivíduos e famílias.

Os documentos elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde indicam que os agentes devem dedicar 12 horas semanais ao trabalho interno e 28 horas semanais ao trabalho externo.

A Análise do Trabalho dos agentes revelou que os mesmos desempenham um importante papel no funcionamento das equipes, pois eles detêm um profundo conhecimento sobre a população que lhes foi confiada. Durante as observações foi possível evidenciar um forte vínculo dos pacientes com os agentes e médicos. Isto permite uma boa interação e mais qualidade no serviço prestado, pois os agentes conhecem a fundo o funcionamento da unidade e os recursos disponíveis para o atendimento. No dia a dia, este conhecimento contribui no atendimento de pacientes na Unidade.

Há uma elaboração permanente: o agente acompanha a história de cada um, especialmente de saúde e social. O contato com os pacientes revela aspectos de suas vidas que têm reflexos sobre o trabalho do agente e dos demais integrantes da equipe, seja na conduta (aumentando o número de visitas, obtendo informações de vizinhos e conhecidos) seja devido aos aspectos de segurança (brigas nas famílias, tráfico e violência na micro-área, entre outras).

O agente faz acompanhamento dos pacientes estabelecendo prioridades no atendimento, pois

conhece as rotinas de cada paciente e suas demandas específicas. Assim, o agente sabe quando um determinado paciente precisará trocar uma receita de uso contínuo, quando programar cuidados de enfermagem para um paciente acamado ou a visita do próprio médico.

O Planejamento do trabalho do ACS está voltado para as atividades prioritárias do Programa, mas também inclui as várias demandas diárias da população atendida pela Unidade.

Diariamente os agentes trazem demandas que são comunicadas aos integrantes da sua equipe. Esta comunicação que se estabelece, tanto através de reuniões formais quanto de contatos informais, é muito importante. Através dela os profissionais atualizam suas informações e revêm suas ações, procedimentos, processos, esclarecem suas dúvidas, em função da disponibilidade e capacidade interna da Unidade.

Os profissionais buscam atender todas as demandas da população, mas muitas vezes são confrontados com situações que, por maior que seja seu engajamento, não conseguem resolver. Assim, a integração dos profissionais da equipe é fundamental para o desenvolvimento do trabalho e para o cumprimento das diretrizes da atenção à saúde da população de sua área.

O Planejamento do trabalho é um pouco distinto entre cada uma das equipes, devido à dinâmica própria de cada uma delas. A variabilidade nas características das equipes traz algumas especificidades no sistema de trabalho, devido ao grau de autonomia que o modelo estabelece, conforme já observado por Mesquita (2008). Isto proporciona às equipes, a possibilidade de estabelecer o ritmo e o planejamento da “produção” ou de como realizarão suas atividades, de acordo com as capacidades em determinado momento. Este aspecto pode trazer muitos benefícios, uma vez que permite uma melhor distribuição das atividades, evitando-se o acúmulo de tarefas em determinados períodos, como por exemplo, no início da jornada de trabalho.

As equipes lidam com grande variabilidade de situações e demandas, cuja resolução exige diferentes estratégias e soluções, logo a autonomia da equipe é um fator importante para a rapidez e qualidade dos atendimentos.

As atividades internas norteiam, em parte, o roteiro estabelecido pelo ACS para a realização do trabalho de campo. O agente faz um planejamento das atividades que realizará externamente e organiza seu material. Quando inicia sua jornada, faz alguns ajustes no roteiro, em função de diversas informações que obtém sobre a abertura de vagas em especialidades, consultas e exames; bem como para atender solicitações diversas de retirada e entrega de medicamentos, kits para exames, novas receitas, agendamentos de consultas ou de exames por solicitação da enfermagem, dos médicos ou odontológicas. Além disso, deve considerar a necessidade das famílias por atendimento em horários diferenciados, as características da população a ser visitada, como no caso de recém-nascidos ou gestantes, que têm prioridade nas visitas dos agentes, e ainda a topografia, as distâncias a percorrer e as condições do clima, que também alteram o planejamento do trabalho.

O ACS visita 100% das famílias no mês e faz em média mais 3 a 4 visitas para cada família que necessitar de atendimentos prioritários (gestantes, bebês, idosos, acamados e outros). O esforço dos agentes para evitar faltas a consultas e exames agendados aumenta o número de visitas a um dado domicílio. É importante ressaltar que esta UBS tem o menor índice de faltosos nos exames e consultas com especialidades, devido a este trabalho de busca feito pelos agentes e dessa forma, a atuação e o esforço de todos os profissionais desta UBS são reconhecidos pela estrutura de serviços, para onde os pacientes são encaminhados.

Cada ACS acompanha um número de famílias muito maior do que o recomendado pelo documento norteador. Este prevê aproximadamente de 150 a 200 famílias e o ACS atende aproximadamente 260 famílias. Este número pode aumentar ainda, devido à invasão de algumas áreas. O número de visitas domiciliares/família mensais é muito maior do que o previsto e do que o registro oficial em planilha permite revelar. Isto obriga o ACS a reduzir o tempo de cada visita, para poder realizar todas as visitas do mês.

O aprendizado do trabalho do ACS é longo e difícil, pois as exigências de contratação não incluíam formação prévia em saúde. Além disso, os treinamentos internos e externos são reduzidos e o respaldo teórico estruturado é deficiente.

A partir de levantamento feito em documentos internos e segundo relatos dos próprios ACS's, foi possível constatar que os mesmos tiveram treinamento externo após a contratação, em curso de capacitação para o trabalho e que receberam algumas orientações mais gerais internamente, por iniciativa de alguns profissionais de enfermagem e também de médicos, pois o trabalho dos agentes requer muitos conhecimentos sobre saúde, ainda que básicos. Observou-se que os ACS's tiveram capacitações externas sobre diferentes aspectos da saúde, como: Saúde da Mulher, Adolescentes, DST/AIDS, Hanseníase e Mortalidade Materno-Infantil.

Outras dificuldades estão ligadas às próprias referências dentro do sistema de regulação, quando o agente tem que priorizar os encaminhamentos frente às necessidades dos usuários, o que gera um grande sofrimento ao ACS.

Assim, o tempo dedicado às visitas e atividades relacionadas a cada paciente é muito variável, pois há situações que exigem mais tempo, devido à resolução de problemas, pacientes carentes (idosos, acamados, solitários e outros), número grande de famílias e a rotatividade das mesmas.

Além disso, o tempo despendido nas visitas à campo, varia também em função dos relevos e distâncias a percorrer. Um ACS percorre de 4 a 6 km/dia (eventualmente é maior que isso), em áreas de aclive e declive, algumas ruas com precária infra-estrutura (calçadas irregulares, escadarias com ou sem corrimão, vielas úmidas e escorregadias) e áreas com predominância de cortiços e favelas.

O trabalho nunca tem fim, pois o ACS leva coisas para entregar, porque está no caminho, retorna às residências após seu período de trabalho quando os avisos de exames ou consultas na rede de referência chegam na véspera de sua realização, procura algumas famílias no final de semana e também pelo fato dos usuários serem vizinhos do ACS, fazendo solicitações constantes, a cada encontro com o mesmo.

Alguns atendimentos de urgência ou emergência também leva o agente a ultrapassar os horários de trabalho, sendo que muitas vezes acompanha pacientes a outras unidades pessoalmente, devido ao forte vínculo que foi gerado junto à comunidade.

Devido à grande quantidade de fichas e mapas de produção a serem preenchidos, bem como pela necessidade de organizar o próximo dia de trabalho, o ACS muitas vezes tem que realizar algumas dessas atividades em sua residência, após a jornada de trabalho. Relataram que necessitam de três horas em média, para a realização dessas atividades.

Alguns equipamentos facilitariam o trabalho do ACS quando está em campo, como o uso de um BIP ou rádio para a comunicação do mesmo com a Unidade.

5. Considerações finais

A implantação da forma de trabalho em grupo na Unidade analisada ocorreu com alguma dificuldade, pelo fato de ser uma unidade que já estava em funcionamento segundo os moldes antigos, tendo que lidar com uma mudança de cultura e de valores dos trabalhadores, gerando uma certa resistência dos mesmos. Houve ainda uma revisão dos processos de trabalho e da estrutura.

A adoção da organização de trabalho em equipes multiprofissionais trouxe incrementos na produção, com maior flexibilidade, maior eficiência, melhoria no fluxo das informações e atendimento adaptado às demandas da população. Para isso, a organização percebia a importância de investir na capacitação dos profissionais, porém verificou-se que esse investimento foi muito pequeno e não contemplou todos os profissionais envolvidos no Programa. Este fato gerou uma sensação de não reconhecimento e de não valorização do trabalho dos demais profissionais, como no caso dos agentes de saúde.

Foi possível perceber que a implantação do trabalho em grupo trouxe maior autonomia aos trabalhadores para a tomada de decisão, na solução dos problemas, na organização e planejamento do trabalho, proporcionando a valorização do trabalho das pessoas. O trabalho em grupo permite que os trabalhadores desenvolvam estratégias para enfrentar dificuldades e constrangimentos do trabalho. A organização porém, não elaborou planos de remuneração e de avaliação compatíveis com a nova organização de trabalho, estabelecendo formas de remuneração individuais e não dos grupos, o que contradiz os pressupostos do trabalho em equipe.

Verificou-se que a organização procura especificar metas de produção ou o que espera como resultado do trabalho, deixando uma liberdade para a divisão e organização do trabalho. Estas metas têm gerado muitas discussões e descontentamentos, pois não são indicadores eficientes do trabalho realizado. Através da mobilização coletiva, os profissionais regulam suas ações e re-elaboram as demandas dos usuários, para tentar tornar os objetivos estabelecidos pela organização compatíveis com a situação real de trabalho.

Percebe-se que a organização prestadora do serviço tem uma preocupação com a reformulação do projeto organizacional, de forma a atender as necessidades de mudança, embora esse processo seja ainda um pouco lento no serviço público.

Referências

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

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

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

MESQUITA, R. A. S. *Trabalho coletivo em serviços: estudo de caso em uma Unidade Básica de Saúde.* Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção – Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica – Universidade de São Paulo, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil.* Machado, M.(coord.). Brasília, 2000.

MINTZBERG, H., *Toward Healthier Hospitals.* Health Care Management Review., vol. 22, n.4, 1997.

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

SZNELWAR, L., LANCMAN, S., WU, M.J, ALVARIONO, E., & SANTOS, M. *Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho.* Revista Produção, v. 14, n.3, 2004.

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