



Organização do Cuidado a partir de Problemas:

**Uma Alternativa Metodológica
para Atuação da Equipe
de Saúde da Família**

Organização do Cuidado a partir de Problemas:
Uma Alternativa Metodológica para a Atuação
da Equipe de Saúde da Família

**Organização do Cuidado a partir de Problemas:
Uma Alternativa Metodológica para a Atuação
da Equipe de Saúde da Família**

Método de capacitação elaborado pelo
Programa de Desenvolvimento de RH da
OPAS – Representação do Brasil,
em parceria com o Pólo de Capacitação
em Saúde da Família da UFMG:
NESCON/Faculdade de Medicina
e Escola de Enfermagem

Outubro de 2.000

Organização do Cuidado a partir de Problemas:

Uma Alternativa Metodológica para a Atuação da Equipe de Saúde da Família

Organização Pan-Americana da Saúde - Representação do Brasil**Organização Mundial da Saúde**

É permitida a reprodução total ou parcial deste livro, desde que citada a fonte.

Tiragem: 2.000 exemplares

Impresso no Brasil

Organização Pan-Americana da Saúde - Representação do Brasil

Setor de Embaixadas Norte – Lote 19 – Brasília, DF.

CEP 70800-400

Caixa Postal – 08729 – CEP 70312-970

Telefone: 0 (* *) 61 312 6565 – Telefax: 0 (* *) 61 321 1922

Projeto gráfico e diagramação:

Formatos Design e Informática

Revisão:

Claudia Camargos

Ficha Catalográfica

O68o

Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família / José Paranaquá de Santana (org.); colaboração do Ministério da Saúde e do Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG: NESCON- Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem. — Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Representação do Brasil, 2000.

80p.

1. Programa Saúde da Família - Metodologia. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Santana, José Paranaquá de. II. Título.

CDU – 614.39(81)

Organização do Cuidado a partir de Problemas:

Uma Alternativa Metodológica para a Atuação da Equipe de Saúde da Família

Equipe de Elaboração

UFMG - Pólo de Capacitação em Saúde da Família

NESCON-Faculdade de Medicina

Francisco Eduardo de Campos

Soraya de Almeida Belisário

Carlos Haroldo Piancastelli

Horácio Pereira de Faria

Maria Christina Fekete

Escola de Enfermagem

Roseni Rosângela de Sena

Marília Resende da Silveira

MS/SPS – Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos

Izabel dos Santos

OPAS – Representação do Brasil

José Paranguá de Santana

(Coordenador)

Conteúdo

Apresentação	09
Introdução	11
O Trabalho da Equipe de Saúde da Família	13
A Proposta Pedagógica	17
Programa do Curso:	21
Unidade Didática I	23
Unidade Didática II	35
Textos de Apoio:	43
O Trabalho em Equipe	45
Carlos Haroldo Piancastelli	
Horácio Pereira de Faria	
Marília Resende da Silveira	
A Qualidade na Prestação do Cuidado em Saúde	51
Maria Christina Fekete	
O Trabalho em Serviços de Saúde	59
Roberto Passos Nogueira	
Comunicação, Informação e Ação Social	65
Valdir de Castro Oliveira	
Cronograma da Capacitação de Instrutores	75

Apresentação

O desenvolvimento desta metodologia de capacitação em gerenciamento do cuidado, destinada à equipe básica do Programa de Saúde da Família (PSF), resultou de uma iniciativa de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde - Projeto BRA/06: Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS.

O trabalho foi elaborado por equipe técnica composta por essas duas instituições, em parceria com o Pólo de Capacitação em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, por intermédio do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem.

A execução da metodologia deu-se em dois momentos: desenvolvimento da proposta de capacitação, que originou um guia curricular; e, a seguir, sua aplicação em dois municípios¹, visando a preparação da primeira equipe de instrutores encarregada de disseminação da metodologia. O caminho percorrido foi longo, toda a equipe envolvida em sua elaboração participou intensamente das discussões e buscou construir uma proposta inovadora e condizente com a realidade.

O objetivo a ser alcançado com a publicação dessa metodologia é contribuir para o fortalecimento da atuação das equipes de saúde da família (ESF), como parte da estratégia de reorganização da atenção básica no contexto do novo modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹ O treinamento foi realizado em Santa Luzia e Ibiá - Minas Gerais, municípios com características gerais bastantes distintas e em diferentes estágios de desenvolvimento do PSF.

Introdução

A prestação de serviços de saúde, nos diferentes contextos assistenciais, é um processo que se fundamenta numa determinada composição de trabalho¹. Alguns exemplos podem ser citados, a título de ilustração, em situações tão díspares como o controle de endemias, o atendimento ambulatorial em policlínicas, a assistência em serviços de emergência ou urgência e a realização de intervenções em centros cirúrgicos. Em todos esses casos, observa-se a participação de trabalhadores com diferentes qualificações, desde aqueles com elevada formação educacional, os profissionais especializados, até os que dominam apenas conhecimentos mais simples, reconhecidos sob a denominação genérica de pessoal auxiliar. A participação dos diferentes trabalhadores que integram cada uma dessas equipes de saúde está modulada pela experiência acumulada ao longo de muito tempo, embora isto seja objeto de permanente preocupação dos gerentes e gestores dos serviços, na busca de formas de organização de trabalho que apresentem maior produtividade ou, o que é ainda mais importante, alcancem maior efetividade. Há, portanto, dois aspectos imbricados no funcionamento de uma equipe de trabalho: a presença de diferentes “atores” e a necessidade de um “esquema” de atuação que assegure direcionalidade e eficiência à atuação dos mesmos.

A implementação do PSF, entendido como uma proposta de reorganização do modelo assistencial a partir de uma nova configuração do sistema de atenção básica, tem por base a atuação de uma determinada equipe de trabalhadores, em cuja composição participam tanto profissionais com graus de educação superior e médio, quanto agentes comunitários de saúde. O caráter inovador dessa proposta expõe desafios de naturezas variadas, havendo ainda certa polêmica quanto a aspectos fundamentais como o perfil de competências desses trabalhadores, e portanto, seus requerimentos educacionais e processos de formação correspondentes. Relacionada à qualificação específica de cada trabalhador dessa equipe, há a questão de como orientar sua participação de forma harmônica e complementar.

¹ Esse é um conceito geral que se aplica a qualquer processo de produção, não sendo portanto uma exclusividade da prestação de serviços de saúde.

Introdução

As equipes de saúde que atuam em contextos ou processos mais tradicionais, como as citadas anteriormente, tiveram suas composições, em termos de perfis de trabalho e esquemas de atuação, consagradas por longos anos de experiência. Isto não significa que está tudo bem ou não há necessidade de mudanças. O que interessa ressaltar, nessa linha de pensamento, é o contraste entre a experiência consagrada pela histórica presença dessas equipes na área de saúde e a novidade em que se constitui a ESF. Sem o peso da tradição, o desenvolvimento dessa nova equipe de saúde possibilita inovações e alimenta a esperança quanto ao enfrentamento de problemas que não puderam ser equacionados ao longo da experiência acumulada pelo sistema de saúde.

Essa possibilidade e esperança foram a motivação e diretriz norteadoras da formulação da metodologia de capacitação que ora se apresenta. Uma metodologia que busca oferecer à ESF indicações para construção, por seus próprios integrantes, num esforço solidário, da sua proposta de atuação.

O programa de capacitação está composto por duas unidades didáticas, a serem desenvolvidas num período de aproximadamente 80 horas. Suas atividades foram organizadas segundo princípios pedagógicos que articulam conteúdos, métodos e técnicas de ensino-aprendizagem. Os textos didáticos incluídos na publicação foram elaborados especificamente para apoiar esse processo de aprendizagem.

Além do programa de capacitação, considerou-se importante incluir na publicação uma síntese das discussões realizadas² sobre dois temas – “o trabalho da ESF” e “a proposta pedagógica” –, apresentados a seguir. A finalidade dessas apresentações não é somente registrar o produto dos debates efetuados, mas que essas anotações sirvam como subsídio e estímulo para novas discussões a serem travadas pelas equipes de instrutores e pelas próprias equipes do PSF sobre esses aspectos fundamentais, cuja importância para a construção do novo projeto de saúde pode ser resumida na expressão “como trabalhar aprendendo e como aprender trabalhando”.

² A equipe que elaborou a metodologia realizou quatro oficinas de trabalho, sediadas no NESCON/UFMG, onde foram intensamente debatidos os temas referidos.

O Trabalho da Equipe de Saúde da Família

A implantação do SUS tem-se constituído um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo. O caminho percorrido ao longo da sua primeira década de funcionamento apresenta experiências bastante variadas e ricas nos diferentes aspectos e cenários de construção deste projeto. Em muitos casos, os aspectos relacionados ao controle social transcendem os limites do setor saúde, por representar um espaço privilegiado para o aprendizado coletivo de exercício da democracia e cidadania. Como regra geral, a descentralização do processo de decisão e a municipalização têm possibilitado uma melhor visualização dos problemas a serem enfrentados, assim como das possibilidades e limites das intervenções. A discussão dos aspectos técnico, político e ideológico que envolvem a saúde transborda os meios técnicos e acadêmicos e espalha-se pela comunidade. A busca por um novo modelo assistencial ganha sentido prático no esforço de dar respostas a necessidades bastante concretas.

O Programa de Saúde da Família representa um exemplo desta busca. O contexto de sua implantação nos municípios, assim como o entendimento desta proposta têm sido bastante variados; como também, obviamente, o próprio desenvolvimento do programa e seus resultados práticos. De qualquer modo, é a alternativa em curso para a reorganização da atenção básica de saúde e de reorientação do modelo assistencial.

O processo de trabalho da ESF apresenta peculiaridades claramente relacionadas às questões de ordem mais geral acima referidas. Nessa perspectiva, redefinem-se permanentemente, na prática cotidiana, o objeto e os instrumentos de trabalho dessa nova equipe de saúde – ainda em processo de conformação, em termos do perfil de competências e habilidades de seus integrantes. Ou, avançando mais na polêmica, uma equipe cuja composição básica está estabelecida, mas que poderá alterar-se no futuro ou adaptar-se no presente, conforme ditames da realidade nos diferentes contextos sociais, econômicos e culturais deste vasto Brasil.

Como outras equipes que atuam em segmentos mais tradicionais do sistema de saúde, anteriormente citadas a título ilustrativo, o funcionamento da ESF enfrenta dificuldade pelo fato de envolver diversos sujeitos, com formações diferentes, que devem trabalhar em prol de objetivos comuns. Talvez o caráter distintivo dessa nova equipe em relação às demais seja o grau de cooperação e

complementaridade, o requerimento de discussão na tomada de decisões que devam ser pactuadas e o planejamento mais amigável; o que implica em responsabilidades mais compartilhadas entre os atores envolvidos. Registre-se novamente que todos esses aspectos têm a ver com as questões mais gerais, no bojo das quais situa-se a concepção e desenvolvimento do PSF, não apenas como mais uma iniciativa no campo da atenção primária de saúde, mas como estratégia de reorganização do SUS.

Desse modo, não se pode adotar uma postura dogmática ao abordar o tema do processo de trabalho da ESF. Por outro lado, há que cercar-se de cuidados para evitar armadilhas, ao ponto de admitir possibilidades que beiram a fantasia ou o delírio. Até certo ponto, o trabalho desta equipe pode e deve ser a ponte para um novo cenário no contexto dos serviços de saúde. Mas outras iniciativas no campo das políticas públicas e da ação de outros setores do governo e da própria sociedade podem e devem ser também consideradas, sem a pretensão de incluí-las no rol de trabalho de uma equipe de saúde que, de outro modo, poderia adquirir contornos de panacéia.

A despeito da criatividade com que deve ser focado o trabalho da ESF, alguns princípios foram adotados como ponto de partida para a construção da metodologia para organização desse trabalho. Um elemento de orientação fundamental é que a organização do cuidado em saúde se faz em torno do conceito de problema e suas implicações práticas. Nesse sentido, o trabalho da ESF desenvolve-se como um processo que visa identificar “problemas de saúde” em sua área de responsabilidade, fazer um levantamento das tecnologias disponíveis e apropriadas e, por meio de planejamento conjunto, estabelecer um plano de intervenção e acompanhamento das ações implementadas. A organização do cuidado da ESF a partir de problemas apresenta, portanto, as seguintes características:

- é uma iniciativa conduzida pela equipe,
- tem o problema caracterizado pela percepção de todos (não apenas do médico),
- leva em consideração a realidade local,
- está delimitada pela disponibilidade de recursos locais,
- envolve ações e responsabilização de toda a equipe,
- requer acompanhamento e avaliação contínuas.

Este processo implica em reconhecer que as normas, os desafios e o amplo espectro de criatividade e possibilidades para a intervenção sobre problemas de saúde em determinada área de abrangência não existem, *a priori*; e o caminho para a realização de um trabalho em equipe – visando qualidade na prestação e

recebimento do cuidado – passa, necessariamente, por um caminho de intermediação e construção coletiva.

Outro aspecto importante ao tratar da organização do cuidado é a delimitação do processo a que se refere essa proposta organizacional. Para evitar superposições ou confusão no entendimento, foram adotados os seguintes pressupostos:

- reconhecimento da diferença existente entre a gerência do cuidado feita pela ESF e a gerência de programas ou de unidades assistenciais;
- a gerência do cuidado prestado pela ESF envolve o processo de trabalho de toda a equipe, no caso, formada pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde;
- o processo de trabalho está intimamente associado ao processo geral de produção do cuidado em saúde e, portanto, pode ser decomposto em funções de planejamento, execução e acompanhamento/avaliação;
- a gerência do processo de trabalho da ESF é um processo que não deve ser confundido com a elaboração de protocolos clínicos ou com a atuação preconizada pelo enfoque hoje, tão em moda, da medicina baseada em evidências.

Durante as oficinas de trabalho para elaboração desta metodologia, o debate em torno desses aspectos foi muito interessante e recheado de exemplos oriundos de experiências em curso em muitos municípios. Entretanto, como foi dito, a síntese ora apresentada não pretende ser exaustiva e tem como objetivo mais importante estimular debates semelhantes por parte daqueles que venham a utilizar a metodologia proposta.

A Proposta Pedagógica

Muitas propostas de capacitação estão atualmente em andamento e buscam diminuir a distância entre o perfil do recurso humano disponível e o desejável para a consolidação da estratégia de saúde da família. De maneira geral, essas propostas contemplam, em seu conteúdo, os aspectos relacionados aos conceitos de saúde e doença, modelo assistencial, trabalho interdisciplinar e planejamento em saúde; e empregam metodologias que vão desde os cursos tradicionais àquelas que utilizam os enfoques de aprendizado baseado em problemas (PBL). No que se refere à clientela, observa-se frequentemente diferenciação entre a oferta de cursos destinada aos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) e aos demais integrantes da ESF (auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde).

Esta metodologia de capacitação objetiva qualificar a ESF para a organização do cuidado em saúde que se confunde com seu próprio processo de trabalho, visando a efetividade deste e a satisfação dos atores envolvidos: equipe e população. Trata-se, portanto, de uma proposta direcionada a toda a ESF que, ao refletir sobre seu processo de trabalho, procura (re)organizá-lo mediante a elaboração de um instrumento norteador (o qual pode ser identificado como um guia ou protocolo de trabalho¹), na perspectiva de buscar resultados que garantam a qualidade do cuidado. Parte-se do pressuposto que a qualidade do cuidado prestado não depende apenas das competências individuais dos diferentes atores envolvidos, sendo indispensável estabelecer os limites e a interface do fazer de cada integrante com os “fazeres” dos demais. Assim, as equipes poderão superar as práticas usuais nas quais a prestação do cuidado é apenas a soma dos trabalhos isolados e diferenciados que raramente redundam em pleno sucesso.

Dentre as concepções pedagógicas existentes, optou-se por uma metodologia calcada na problematização da realidade identificada pela ESF e pela comunidade, num processo de aproximações sucessivas ao objeto a ser abordado. Esta metodologia já é amplamente utilizada em programas de capacitação na rede básica de saúde, como o caso do Projeto GERUS, destinado à especialização de gerentes de centros de saúde ou, numa denominação mais ampla, de unidades básicas de saúde.

¹ A denominação escolhida pela equipe de elaboração dessa metodologia foi “**Protocolo da ESF baseado em Problema**”.

A Proposta Pedagógica

Tal concepção pedagógica está baseada nos princípios da “indivisibilidade método-conteúdo, coerência do método com a natureza do objeto de conhecimento em construção e apropriação da estrutura do conhecimento pelo ator da aprendizagem”, buscando “subordinar a ação pedagógica ao conteúdo (os conhecimentos, sua estrutura formal, os conceitos, princípios e fatos) na perspectiva da totalidade dialética do objeto em construção, tudo isso relacionado à capacidade de apreensão do aluno”².

Ao longo da aplicação da metodologia, os participantes realizam operações de descrição da realidade: estabelecem comparações e diferenciações entre aspectos dessa realidade, analisam informações e formulam explicações em trabalhos de grupo, num processo de aproximações sucessivas aos problemas a serem enfrentados. A seguir, propõem planos de intervenção, com metas e objetivos, opções tecnológicas, definição de responsabilidades e atribuições. O ciclo reinicia-se com o processo de acompanhamento e avaliação, gerador de novas reflexões e propostas de intervenção.

Por privilegiar a integração ensino-serviço-comunidade, esta metodologia de capacitação propicia uma reflexão sobre os papéis dos sujeitos que aprendem, o objeto a ser aprendido, o conhecimento que deriva desta integração, atuando o instrutor como facilitador deste processo.

O instrutor assume papel importante como planejador e condutor das atividades didáticas. Cabe a ele estabelecer relações entre a teoria e a prática em situações concretas, considerando que o sujeito aprende a partir de seu referencial. Sua função limita-se a coadjuvar o sujeito, sem jamais interpor-se como espelho reflexivo entre ele e o objeto, dificultando o estabelecimento da relação direta entre os mesmos.

O programa de capacitação inclui duas unidades didáticas compostas de:

- propósito e objetivos,
- seqüência de atividades,
- textos de apoio.

No início de cada unidade didática, o instrutor deve orientar a leitura de toda a programação, a fim de familiarizar os participantes com sua utilização. No desenvolvimento das seqüências de atividade, estão previstos trabalhos de grupos para debates e leitura de textos, bem como sessões plenárias.

² Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 1997 (p.6).

A técnica de descrever as orientações para o aluno e o instrutor em colunas tem por objetivo facilitar a visualização e compreensão da proposta pedagógica de cada atividade, bem como do conjunto da seqüência.

A Unidade Didática I – “Repensando o Trabalho da Equipe de Saúde da Família na Prestação do Cuidado em sua Área de Responsabilidade” – tem como propósito uma reflexão sobre os conceitos do processo de trabalho em saúde, trabalho em equipe, processo saúde e doença, cuidado em saúde e comunicação, visando a reorganização do trabalho em ESF na prestação do cuidado em saúde. O ponto de partida é a descrição das atividades rotineiramente desenvolvidas pelos componentes da ESF, (re)elaborando os conceitos acima citados com base na análise desse conjunto de atividades.

A Unidade Didática II – “Construindo Novas Bases Metodológicas para a (Re)Organização do Trabalho em Equipe de Saúde da Família: em busca da qualidade do cuidado” – tem como propósito a construção de competências da ESF para o desenvolvimento e utilização da metodologia de organização do cuidado a partir de problemas, utilizando todos os recursos disponíveis na busca de resultados que garantam a qualidade da atenção à saúde.

A utilização desta metodologia didática exige treinamento prévio para sua boa execução, especialmente para aqueles que não estão familiarizados com a opção pedagógica da problematização. Nesse sentido, foi elaborado um cronograma de atividades para capacitação de instrutores³, que deverá ser adotado na preparação de equipes encarregadas da disseminação da metodologia.

A oferta de cursos para conjuntos de Equipes de Saúde da Família pressupõe cuidadosa programação, a cargo de instrutor(es) capacitado(s), levando em consideração os seguintes componentes:

- Cronograma: dimensionamento da carga horária de cada unidade didática, distribuída em módulos de tempo compatíveis com as peculiaridades dos serviços aos quais se vinculam as ESF que participarão do curso. Estima-se uma carga horária total em torno de 80 horas.
- Material didático: disponibilidade de um exemplar desta publicação para cada participante.
- Apoio docente: previsão do apoio de especialistas, na qualidade de docentes convidados para atividades específicas, em função da qualificação do próprio monitor e do contexto em que atuam as ESF.

³ Anexado no final desta publicação.

A Proposta Pedagógica

- Atividades preparatórias: local, recursos didáticos, apoio logístico; critérios de ingresso e certificação de realização do curso; liberação de atividade rotineiras, tanto das ESF como dos instrutores.
- Acompanhamento e avaliação: aspectos pedagógicos, institucionais e políticos.

Por fim, convém explicitar uma recomendação quanto aos instrutores: devem ser profissionais médicos ou enfermeiros vinculados aos Pólos de Capacitação do PSF ou às equipes de coordenação do PSF nos Estados ou Municípios, evitando sobrecarregar os médicos ou enfermeiros integrantes das próprias Equipes de Saúde da Família com essa função. A importância da formação médica ou em enfermagem para o exercício dessa função resulta da própria concepção pedagógica, que reserva ao instrutor um papel de mediador entre o ator da aprendizagem (a ESF) e seu objeto (o processo de trabalho da ESF, modulada pela presença destes dois tipos profissionais). Instrutores com outra formação profissional terão, certamente, maior dificuldade de interagir com a ESF, particularmente no que diz respeito ao campo das competências técnicas e dos atributos profissionais.

Organização do Cuidado a partir de Problemas:

Uma Alternativa Metodológica para a Atuação da Equipe de Saúde da Família

Programa do Curso

Unidade Didática I

Propósito

Objetivos

Sequência de Atividades I

Sequência de Atividades II

Unidade Didática II

Propósito

Objetivos

Sequência de Atividades I

Unidade Didática I

Repensando o Trabalho da Equipe de Saúde da Família na Prestação do Cuidado em sua Área de Responsabilidade

Propósito:

Esta Unidade Didática propõe uma reflexão sobre os conceitos de processo de trabalho em saúde e seus elementos constitutivos, e ainda sobre os conceitos de trabalho em equipe, processo saúde e doença, comunicação e cuidado em saúde, com vistas à reorganização do trabalho das equipes de saúde da família na prestação do cuidado em suas respectivas áreas de abrangência.

Objetivos:

1. Elaborar o conceito de processo de trabalho em saúde, identificando seus elementos constitutivos;
2. Identificar as características de atuação dos diferentes tipos de equipe, discutindo as implicações para a organização do trabalho da Equipe de Saúde da Família – ESF;
3. Refletir sobre o processo saúde e doença e seus determinantes, tomando como referência a realidade da área de abrangência de cada equipe;
4. Conceituar comunicação, reconhecendo sua importância no exercício da prestação do cuidado pela ESF;
5. Identificar diferentes formas de comunicação e suas aplicações no campo da saúde;
6. Conceituar cuidado em saúde, reconhecendo suas diferentes dimensões;
7. Analisar o processo de planejamento do cuidado prestado pela ESF, identificando seus elementos fundamentais e ressaltando sua importância para a eficácia do cuidado.

Unidade Didática I

Seqüência de Atividades I

Orientação para o Aluno

1. Descreva as ações que você realiza, como membro da ESF, no seu local de trabalho.

2. Apresente, em plenária, o resultado da discussão dos grupos.

3. Leia, discuta e analise os casos descritos a seguir:

Caso A: Sr. José

Sr. José, 53 anos, é portador de diabetes e está sendo acompanhado pela ESF. Há cerca de 1 semana, foi atendido pelo médico da equipe que lhe prescreveu insulina. Hoje, o agente comunitário de saúde, em uma visita programada, encontrou o Sr. José queixando-se de fraqueza, tonteira e suando muito. O agente comunitário de saúde foi informado pela esposa que o Sr. José estava fazendo uso regular da insulina e não havia se alimentado bem desde o dia

Orientação para o Instrutor

1. Agrupar os participantes por categoria profissional. Estimular a discussão, sem emitir juízo de valor, para que cada um identifique o que faz, quando faz, porque faz e para quem faz. Orientar para que o resultado da discussão seja registrado pelos grupos.

2. Coordenar a plenária, levando o grupo a identificar as semelhanças, diferenças e especificidades do trabalho de cada categoria profissional.

3. Agrupar os participantes por equipes e apoiar as discussões, de modo que identifiquem:

- A especificidade do trabalho de cada categoria profissional envolvida na prestação do cuidado ao Sr. José e à D. Maria;
- As competências e os limites de cada categoria profissional;
- A interface do trabalho entre as categorias profissionais;
- O resultado esperado do trabalho de cada um e do conjunto da equipe para garantir a qualidade do cuidado prestado.

Orientar ainda o registro das discussões e a sistematização para apresentação em Plenária.

anterior, embora tenha mantido seu ritmo de trabalho. Imediatamente o agente comunicou o caso ao médico da equipe.

Com base nas informações do agente e nos registros do prontuário do Sr. José, o médico decidiu fazer-lhe uma visita domiciliar. Preparou o material e dirigiu-se à sua casa. Após avaliação do quadro e realização de glicemia, concluiu tratar-se de um quadro de hipoglicemia leve. Decidiu indicar a ingestão de uma solução glicosada (água com açúcar), bem como manter a dieta e medicação prescrita. Observou a conservação do medicamento e avaliou se sua administração estava sendo feita de maneira correta. Então combinou com o Sr. José seu retorno à unidade de saúde. Reforçou com este e seus familiares a importância da dieta e do uso correto da medicação, e procurou estimulá-lo a participar do grupo operativo. Retornou à unidade, registrou o caso nos formulários pertinentes, comunicou-o aos demais membros da equipe, agendou o retorno do Sr. José à unidade, programou sua participação no grupo operativo e incluiu o caso na pauta da reunião semanal da equipe, para discussão.

Caso B: Dona Maria

Dona Maria, 65 anos, hipertensa, apresentou quadro de derrame cerebral e foi internada no hospital de sua cidade. Após um mês, recebeu alta hospitalar com limitações importantes de movimentos.

Três dias depois da alta, o agente comunitário de saúde toma conhecimento de sua saída do hospital e comunica o fato a um dos membros da ESF.

Quinze dias após a alta hospitalar de D. Maria, seus familiares solicitam uma visita domiciliar à equipe. O auxiliar de enfermagem realiza a visita no mesmo dia e identifica a paciente emagrecida, com cuidados higiênicos precários, níveis pressóricos elevados, uso irregular da medicação e escaras de decúbito. Frente a esta situação, o auxiliar realiza um curativo nas escaras, orienta sobre o uso correto da medicação e os cuidados com as escaras. Retornando à unidade, comunica o caso à enfermeira da equipe que decide agendar uma visita para a semana seguinte, junto com o auxiliar de enfermagem.

Em sua visita à D. Maria, a enfermeira constata a paciente bastante debilitada, com níveis pressóricos elevados e com escaras apresentando sinais de infecção. Diante deste quadro, orienta os familiares quanto ao uso da medicação, aos cuidados gerais e à alimentação de D. Maria. Aproveita a ocasião para

demonstrar aos familiares e ao auxiliar de enfermagem a técnica e os cuidados a serem prestados a pacientes que desenvolvem ou encontram-se sob risco de desenvolver escaras de decúbito. Concluído o atendimento, retornam à unidade, registram o caso no prontuário de D. Maria e agendam a visita do médico da equipe para a mesma semana.

4. Apresente em plenária os resultados da atividade anterior.

5. Leia, discuta e analise o texto: **“O Trabalho em Equipe”**

6. Retome os dados das atividades **2** e **4**, bem como as conclusões da atividade 5, destacando como está organizado o trabalho da ESF e identificando as conseqüências desta organização na prestação do cuidado.

4. Coordenar a plenária, orientando os participantes a refletir sobre o conceito de trabalho em equipe. Ressaltar as diferenças de competência, os limites de atuação de cada categoria profissional e os aspectos legais que regulamentam suas práticas.

5. Retomar os agrupamentos por equipe e orientar a leitura do texto, estimulando-os a relacionar a composição e organização dos diferentes tipos de equipe referidos no texto com os resultados esperados.

6. Manter os participantes agrupados por equipe, estimulando-os a identificar como está organizado o trabalho da ESF e as conseqüências desta forma de organização, destacando:

- Fragmentação x cooperação,
- Desintegração x complementaridade,
- Indiferenciação x especificidade do trabalho.

Unidade Didática I
Seqüência de Atividades I

7. Retome o caso de D. Maria analisado na atividade 3 e discuta quais foram as ações (atos) realizadas na prestação do cuidado, identificando aquelas consideradas eficazes para a recuperação, reabilitação e prevenção de novas complicações, bem como para a promoção da saúde daquela senhora.

8. Apresente, em plenária, os resultados da discussão das atividades 6 e 7.

9. Leia e discuta o texto: **“A Qualidade na Prestação do Cuidado em Saúde”**.

10. Discuta a seguinte questão: quais os elementos que constituem o trabalho humano?

11. Descrever como se organiza o trabalho:

- Em uma fábrica (sapato, cerveja, roupa, etc.);
- No setor saúde, considerando a realização de uma atividade específica

7. Manter os participantes divididos por equipes, estimulando-os a enumerar as ações (atos) realizadas, classificando-as e estimando sua eficácia. Orientar a utilização dos conceitos de recuperação, reabilitação, prevenção e promoção neste exercício de classificação. Apresentar, também, o conceito de eficácia como relação entre atos (ações) úteis e o conjunto de atos realizados.

Eficácia = Atos Úteis/Atos Realizados.

8. Coordenar a plenária, buscando sistematizar o reconhecimento da importância do trabalho em equipe para a concretização de “atos úteis” com vistas a garantir a efetividade do cuidado e a satisfação do usuário e dos membros da equipe.

9. Agrupar os participantes por equipes, orientando a discussão do texto, esclarecendo as dúvidas e apoiando a construção do conceito de qualidade na prestação do cuidado.

10. Manter o agrupamento por equipes, estimulando-os a identificar e a exemplificar, com base em situações reais vivenciadas pelos participantes, os elementos fundamentais do processo de trabalho (objeto, agentes e meios).

11. Manter a divisão dos participantes por equipes, orientando-os a descrever a organização do processo de trabalho nos setores assinalados e identificando objeto, agentes e meios em cada caso. Estimular os participantes a refletir

- | | |
|---|---|
| (vacinação, vigilância epidemiológica, assistência pré-natal, etc.). | sobre as diferenças que permeiam o processo de trabalho nos dois setores. Ressaltar as características dos serviços de saúde (dependente do cliente; relação entre sujeitos; consumido no ato da produção). |
| 12. Apresente, em plenária, os resultados das atividades 10 e 11 . | 12. Coordenar a plenária, destacando os elementos constitutivos do processo de trabalho e reforçando o conceito de processo de trabalho em saúde. |
| 13. Ler, discutir e analisar o texto: “ O Trabalho em Serviços de Saúde ”. | 13. Dividir os participantes em pequenos grupos, orientando a discussão do texto, esclarecendo as dúvidas e completando informações. |

Unidade Didática I

Seqüência de Atividades II

Orientação para o Aluno

1. Discuta a seguinte questão: Como vive, adocece e morre a população de sua área de abrangência?

2. Discuta a seguinte questão: Como você explica as diferenças do modo de viver, adoecer e morrer dos diferentes grupos de sua área de abrangência?

3. Identifique as formas pelas quais podemos conhecer a opinião da população sobre os modos de viver, adoecer e morrer.

4. Escolha uma das formas identificadas na atividade 3 e prepare uma dramatização.

5. Apresentar em plenária a dramatização.

6. Prepare um roteiro para levantamento da percepção da população sobre o modo de viver, adoecer e morrer.

Orientação para o Instrutor

1. Agrupar os participantes por equipes, estimulando-os a identificar os diferentes modos de viver, adoecer e morrer.

2. Manter os participantes divididos por equipes e apoiar a análise dos determinantes do processo de adoecer e morrer, relacionando-os com as condições de vida (trabalho, alimentação, lazer, moradia, crenças, etc.).

3. Manter os participantes agrupados por equipe, estimulando-os a relacionar as diferentes formas de conhecer a opinião da população (entrevista, reunião, cadastro, consulta, estimativa rápida, etc.).

4. Manter os participantes divididos por equipes, apoiando o preparo da dramatização e fornecendo material.

5. Coordenar a plenária, levando os participantes a identificar as diferentes formas de comunicação (verbal e não-verbal).

6. Retomar os agrupamentos por equipes, apoiando a elaboração do roteiro (conteúdo, formas de comunicação, registro e sistematização dos dados).

7. Leia e discuta o texto: “**Comunicação, Informação e Ação Social**” e busque elementos para revisão do roteiro elaborado na atividade anterior.
 8. Realize o levantamento da percepção da população sobre os modos de viver, adoecer e morrer.
 9. Apresentar os resultados do levantamento efetuado na comunidade.
 10. Retome os resultados das atividades **2** e **9**, compare as percepções sobre os modos de viver, adoecer e morrer e discuta a seguinte questão: quais as implicações decorrentes destas diferentes percepções para a prática da ESF?
 11. Compare os resultados da atividade **2** da Sequência I e da atividade **10** da Sequência II e responda: “as atividades desenvolvidas pela ESF são suficientes e adequadas para resolver as situações apresentadas?”
 12. Retome o caso de D. Maria analisado nas atividades **3** e **7** da Sequência I, identifique as ações desenvolvidas ou que deveriam ser desenvolvidas para garantir a cooperação, complementaridade e especificidade do trabalho de cada membro da equipe na prestação do cuidado adequado à D. Maria.
7. Manter os agrupamentos por equipes, orientando a leitura do texto e enfatizando as diferentes formas de comunicação. Apoiar a revisão do roteiro.
 8. Orientar cada equipe no levantamento e na sistematização dos dados.
 9. Orientar a organização e realização de um seminário, exercitando diferentes modalidades de apresentação dos resultados e formas de comunicação.
 10. Agrupar os participantes por equipes, orientando a análise das diferenças e semelhanças entre as percepções dos profissionais de saúde e da população sobre os modos de viver, adoecer e morrer. Estimular o debate da questão proposta.
 11. Manter os participantes agrupados por equipes e apoiar a comparação dos dados, identificando os limites e as possibilidades da ESF para atuar na promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação e reabilitação dos indivíduos.
 12. Manter os participantes agrupados por equipes, apoiando a discussão em torno das ações/atividades relacionadas à gerência do processo de trabalho da ESF: plano de cuidados, comunicação, registros, retreinamento, etc.

- | | |
|--|---|
| 13. Apresente, em plenária, os resultados das das atividades 10 , 11 e 12 . | 13. Coordenar a plenária, buscando esclarecer dúvidas; reforçar os conceitos de cooperação, complementaridade e equipe; e enfatizar o conceito de cuidado em saúde e suas dimensões: promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. |
| 14. Discuta a seguinte questão: como a ESF tem planejado, executado e avaliado suas intervenções frente aos problemas de saúde identificados em sua área de abrangência? | 14. Retomar os agrupamentos por equipes, estimulando-os a identificar os componentes do processo de organização do cuidado: planejamento (análise da situação, estabelecimento de necessidades, definição de prioridades), execução e avaliação. Questionar sua importância e significado para a ESF. |
| 15. Apresente as conclusões da atividade anterior. | 15.Coordenar a plenária, estimulando os participantes a reconhecerem a importância da organização do trabalho da ESF. Ressaltar, também, a importância da participação da população nesse processo. |
| 16. Discuta a seguinte questão: a quem se atribui a gerência do cuidado prestado pela ESF? | 16. Retomar a organização por equipes, estimulando-as a identificar as ações de natureza gerencial inerentes ao trabalho de cada membro da ESF. |
| 17. Discuta a seguinte questão: o que você entende por responsabilização e suas relações com a qualidade do cuidado? | 17. Manter os participantes agrupados por equipes, apoiando-os na construção do conceito de responsabilização, considerando as especificidades de cada membro da equipe e a qualidade do cuidado. |

18. Apresente em plenária os resultados das discussões das atividades **16** e **17**.

18. Coordenar a plenária, ressaltando os elementos fundamentais das conclusões de cada grupo. Proceder à sistematização dos conceitos de gerência do cuidado e responsabilização.

Unidade Didática II

Construindo Novas Bases Metodológicas para a (Re)Organização do Trabalho da Equipe de Saúde da Família: Em Busca da Qualidade do Cuidado

Propósito

Esta Unidade Didática propõe a construção de competências da equipe de saúde da família para o desenvolvimento e utilização de metodologias – elaboração e aplicação de protocolos de cuidado – que propiciem sua atuação sobre problemas de saúde, mediante o manejo dos recursos disponíveis com eficiência, eficácia e efetividade, na busca de resultados que garantam a qualidade do cuidado.

Objetivos

1. Elaborar e utilizar protocolos de cuidado como estratégia de intervenção que reorienta a prática da ESF;
2. Caracterizar, em conjunto, os problemas de saúde mais importantes da área de abrangência da ESF, definindo, em cada caso, suas dimensões, efeitos e determinantes;
3. Estabelecer, em conjunto, os resultados a serem alcançados com a aplicação dos protocolos de cuidado nas condições concretas de atuação da ESF;
4. Selecionar e utilizar tecnologias adequadas para executar, acompanhar, avaliar e reorientar as ações de saúde que incidem sobre os problemas identificados;
5. Definir as responsabilidades de cada membro e do conjunto da ESF para alcançar os resultados esperados, utilizando as tecnologias selecionadas.

Unidade Didática II

Seqüência de Atividades I

Orientação para o Aluno

1. Retome as conclusões das atividades **15** e **18** da Seqüência II da Unidade Didática I e discuta a seguinte questão: até que ponto o grau de (des)articulação entre os integrantes da ESF afeta os resultados de seu trabalho e a satisfação da população com sua atuação?

2. Apresentar o resultado da discussão da atividade anterior.

3. Analise a seguinte questão: qual seria o “ponto de partida” para a (re)orientação do trabalho da ESF?

4. Apresente, em plenária, as conclusões da análise realizada.

Orientação para o Instrutor

1. Organizar os participantes por equipes, orientando o resgate das conclusões daquelas atividades:

- grau de articulação entre os componentes da ESF;
- grau de alcance dos resultados;
- grau de satisfação dos usuários e da equipe.

Estimular a discussão da questão apresentada, considerando as experiências das equipes.

2. Coordenar a plenária, apoiando a sistematização das conclusões.

3. Organizar os participantes por equipe e orientar a análise sobre o trabalho da ESF, a partir dos seguintes pontos:

- O que fazer?
- Com que objetivo?
- Quem faz?
- Com que recursos e meios?
- Como fazer?

4. Coordenar a plenária, sistematizando as diferentes contribuições:

- Está claro o conceito de ESF?
- Está claro o que faz a ESF?
- A ESF utiliza uma “partitura” ou um “esquema tático” na organização de seu trabalho?

5. Discuta a seguinte questão: quais os elementos essenciais da “partitura” ou “esquema tático” da ESF?

6. Discuta em plenária o resultado das discussões da atividade anterior.

7. Discuta os elementos que caracterizam um “problema de saúde” enfocando:

- O que é? (como é (re)conhecido?)
- Quais as suas causas?
- A quem acomete?
- Que conseqüências traz para as pessoas e para a comunidade?

8. Apresente, em plenária, a sistematização das discussões da atividade anterior.

5. Organizar os participantes por equipe, estimulando a identificação dos aspectos (elementos) que devem ser considerados na (re)organização do processo de trabalho da ESF, para prestação do cuidado:

- Caracterização do problema,
- Plano de intervenção.

6. Coordenar a plenária sistematizando as discussões sobre: as semelhanças e diferenças entre partitura (orquestra), esquema tático (time de futebol) e plano de trabalho (ESF); a necessidade de um instrumento que oriente a (re)organização do processo de trabalho da ESF.

7. Retomar o trabalho em equipes orientando a sistematização dos elementos que caracterizam um problema de saúde:

a) **Dimensões:**

- Magnitude: taxas de morbidade (incidência e prevalência) e mortalidade,
- Transcendência: reconhecimento ou visibilidade do problema pela comunidade,
- Vulnerabilidade: tecnologia disponível para a intervenção;

b) **Efeitos;**

c) **Determinantes.**

8. Coordenar a plenária, orientando a sistematização do conceito de “problema de saúde” a partir dos três elementos básicos de sua caracterização: dimensões, efeitos e determinantes.

9. Discuta os elementos que caracterizam um plano de intervenção da ESF sobre um problema de saúde:

- Que resultados são esperados?
- Como alcançar os resultados (com que recursos e técnicas)?
- Como definir as contribuições (ações) de cada integrante da equipe?
- Como acompanhar e avaliar as ações e os resultados esperados?

10. Participe, em plenária, da sistematização das discussões da atividade anterior.

11. Discuta a seguinte questão:

- Como estabelecer correlações entre o **problema** e o **plano de intervenção** visando a sua **operacionalização**?

12. Apresente, em plenária, as conclusões das discussões da atividade anterior, sistematizando os conceitos sobre “Protocolo da ESF Baseado em Problema”.

9. Retomar as discussões por equipe, orientando a descrição dos elementos que caracterizam um plano de intervenção:

- Objetivos,
- Seleção de tecnologias,
- Responsabilidades compartilhadas,
- Acompanhamento (registros),
- Avaliação (utilização de metas e indicadores quantitativos e qualitativos).

10. Coordenar a plenária, orientando a sistematização do conceito de “Plano de Intervenção”, a partir de seus componentes básicos:

- Objetivos;
- Elenco de atividades e responsáveis (quando se faz, simultaneamente, a identificação e seleção de tecnologias a serem utilizadas);
- Identificação e seleção dos mecanismos de acompanhamento e avaliação.

Ressaltar o caráter dinâmico e interativo com que devem ser tratados esses componentes do plano de intervenção.

11. Retomar a divisão por equipes, ajudando o grupo a formular seu próprio conceito de “Protocolo da Equipe de Saúde da Família Baseado em Problema”.

12. Coordenar a plenária, complementando as apresentações dos grupos e esclarecendo dúvidas, de modo a assegurar a consolidação do conceito de “Protocolo da ESF Baseado em Problema”.

13. Analise o Protocolo para o Problema “Diarréia em menores de 5 anos”, elaborado como exemplo.

13. Retomar a divisão por equipes e apoiar a análise do exemplo, destacando a importância dos seguintes aspectos:

- caracterização do problema e elaboração do plano de intervenção, com a participação de todos os membros da equipe;
- utilização das normas do serviço de saúde na elaboração do plano de intervenção;
- natureza processual da construção e utilização do protocolo, possibilitando seu permanente ajuste às condições vigentes na área de atuação da ESF.

Sugerir que as equipes reflitam sobre os seguintes pontos:

- os resultados esperados do plano de intervenção, tais como: redução dos casos, das internações e dos óbitos por diarreia; diminuição do desmame precoce; melhoria dos hábitos de higiene pessoal, domiciliar e alimentar; elevação do conhecimento da comunidade sobre o problema e sua mobilização a respeito do saneamento básico;
- como essas expectativas podem motivar o cotidiano do trabalho;
- em que medida e como a divulgação desses resultados podem contribuir para a legitimação da ESF.

14. Elabore um Protocolo para um problema de saúde de sua área de abrangência, utilizando o formulário padrão.

14. Manter o trabalho em equipe e apoiar a elaboração do Protocolo (ou seja, orientar como utilizar o formulário padrão).

Unidade Didática II
Seqüência de Atividades I

15. Apresente, em plenária, o Protocolo elaborado pela equipe.

15. Coordenar a plenária, esclarecendo dúvidas e reafirmando conceitos, após cada apresentação. Ao final, destacar os seguintes aspectos:

- a importância da educação continuada garantir a elaboração e implementação de bons Protocolos (caracterização correta e plano de intervenção adequado);
- o significado e os efeitos da dinâmica participativa na metodologia de construção do Protocolo, nos seus diversos momentos;
- a flexibilidade com que o plano de intervenção terá de ser executado, com as indispensáveis reorientações decorrentes do acompanhamento/ avaliação feitos pela própria ESF, o que requer apoio da coordenação municipal do PSF.

16. Execute e avalie, em sua rotina de trabalho, o Protocolo construído, registrando os resultados para apresentação em seminário a realizar-se em cerca de quatro semanas.

16. Orientar as ESF para a fase de atividades de dispersão, quanto à forma de acompanhamento e apoio, tanto na operacionalização do Protocolo quanto na preparação para o seminário.

17. Eleja, durante a fase de dispersão, um problema de relevância de sua área de abrangência e elabore o respectivo Protocolo para ser apresentado no seminário acima referido.

17. Idem atividade 15.

18. Apresente, em seminário, os resultados das atividades da fase de dispersão.

18. Coordenar o seminário, conforme programação previamente estabelecida. Aproveitar os momentos de cada apresentação para promover reflexões de sistematização e síntese conceitual e metodológica. Realizar, ao final, comen-

tários destacando a importância do apoio da coordenação municipal do PSF para continuidade desse processo de construção, utilização e revisão permanente de protocolos pela ESF, como garantia de sua atuação voltada para a qualidade da atenção básica à saúde.

Textos de Apoio

O Trabalho em Equipe

A Qualidade na Prestação do Cuidado em Saúde

O Trabalho em Serviços de Saúde

Comunicação, Informação e Ação Social

O Trabalho em Equipe

Carlos Haroldo Piancastelli¹
Horácio Pereira de Faria²
Marília Rezende da Silveira³

Este texto tem como objetivo discutir o conceito de trabalho em equipe e apresentar alguns elementos fundamentais para a consolidação de uma equipe de trabalho.

A concepção de equipe está vinculada à de processo de trabalho e sujeita-se às transformações pelas quais este vem passando ao longo do tempo. Neste sentido, sem quereremos apontar todos os motivos que justificam a existência desta forma de exercer o trabalho, diríamos que a idéia de equipe advém:

- da necessidade histórica do homem de somar esforços para alcançar objetivos que, isoladamente, não seriam alcançados ou seriam de forma mais trabalhosa ou inadequada; e
- da imposição que o desenvolvimento e a complexidade do mundo moderno têm imposto ao processo de produção, gerando relações de dependência e/ou complementaridade de conhecimentos e habilidades para o alcance dos objetivos.

O trabalho em equipe, portanto, pode ser entendido como uma estratégia, concebida pelo homem, para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador.

Hoje, mais do que nunca, o trabalho em equipe tem sido incentivado em praticamente todas as áreas da atividade humana. Vários autores têm destacado vantagens do trabalho em equipe sobre o trabalho individual. Apesar deste reconhecimento, constatamos, na prática, muitas dificuldades em realizar o trabalho em equipe. Em parte, isto se deve às diferentes percepções do que seja uma equipe de trabalho. Vejamos algumas definições de equipe:

¹ Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG.

² Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG.

³ Professora do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG.

“conjunto ou grupo de pessoas que se aplicam a uma tarefa ou trabalho”

De acordo com esse conceito, para ser uma equipe basta que as pessoas trabalhem numa mesma tarefa. Não importa, neste caso, o significado/objetivo que o trabalho tem para cada um, nem como as pessoas se relacionam neste trabalho. Na medida em que os componentes do grupo não compartilham dos mesmos objetivos, podendo até ter objetivos conflitantes, pode-se encontrar situações nas quais o “fracasso” de membro do grupo seja intencional – o “boicote”.

“conjunto ou grupo de pessoas que partilham de um mesmo objetivo”

Nesse conceito, o fundamental é que as pessoas tenham o mesmo objetivo, não importando como cada um pretende alcançá-lo. É como uma equipe de futebol amador em que os jogadores têm o mesmo objetivo (ganhar o jogo), mas não têm um “esquema tático” para vencê-lo.

“conjunto ou grupo de pessoas que ao desenvolver uma tarefa ou trabalho, almejam um objetivo único, obtido pelo consenso/ negociação”

Esse conceito amplia o anterior na medida em que o objetivo do trabalho não é definido externamente ao grupo ou por parte dos seus componentes. O objetivo é resultante da discussão/negociação entre todos os membros da equipe.

“conjunto ou grupo de pessoas que tem objetivos comuns e está engajado em alcançá-los de forma compartilhada”

Esse conceito avança um pouco mais, na medida em que as pessoas têm o mesmo objetivo e querem alcançá-lo de forma compartilhada. Provavelmente, neste caso, a equipe tem um plano para atingir o seu objetivo.

“conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido”

Nesse conceito, reconhece-se a diversidade de conhecimentos e habilidades entre os membros da equipe, que se complementam e enriquecem o trabalho como um todo, contribuindo desta maneira para que a equipe tenha mais chances de atingir seu objetivo. E mais, o grupo tem um projeto de como alcançá-lo.

Atualmente tem-se agregado, ainda, a idéia de que, no desenvolvimento do processo de trabalho e na busca de seus objetivos, os componentes da equipe deverão criar as condições necessárias ao crescimento individual e do grupo.

O funcionamento da equipe

Quando nos referimos a um determinado tipo de trabalho como sendo de equipe, é necessário que tenhamos claro que não há como conceber equipe como algo que se passa à margem do processo de trabalho.

O funcionamento das equipes pode apresentar diferenças significativas em função do tipo de trabalho que está sendo executado. Este, por sua vez, determina os conhecimentos e habilidades essenciais para o seu desenvolvimento, e a necessidade de uma coordenação e de um plano de trabalho ora mais, ora menos flexíveis. Tomemos, a título de exemplo, dois tipos de equipe: o time de futebol e uma orquestra sinfônica.

O time de futebol: os componentes desta equipe têm objetivos comuns – marcar gols, vencer jogos e ganhar campeonatos –, habilidades diferentes (o goleiro, o beque, o atacante), uma coordenação (o técnico) e um plano de trabalho (o esquema tático). Quando observamos atentamente o seu funcionamento, percebemos alguns detalhes que a fazem um tipo de equipe bastante singular, senão vejamos:

- . Embora as habilidades e até as características físicas de um beque sejam diferentes, se comparadas às de um atacante, nada impede que o beque marque gols, nem que o atacante ajude no trabalho da defesa, ou que ambos substituam o goleiro. Podemos dizer que existe uma certa **inespecificidade** no trabalho dos jogadores.
- . A atuação do técnico (coordenação), no momento de uma partida, pode ser prescindido, sem que isto signifique necessariamente o fracasso da equipe. Temos vários exemplos nos quais o técnico não estava presente (tinha sido expulso) e o time ganhou a partida. Observamos ainda que, no decorrer de uma partida, alguns jogadores podem assumir a coordenação da equipe na execução de uma tarefa específica, por exemplo: organizar a defesa quando o time está sendo atacado, comandar o ataque, preparar uma jogada, etc...
- . O plano de trabalho é bastante flexível e pode mudar de acordo com as circunstâncias, sem que isto implique na derrota da equipe. Aliás, é justamente esta flexibilidade que permite ao time adaptar-se a uma nova realidade, no transcorrer de uma partida, como por exemplo quando da expulsão de um dos seus jogadores ou quando se faz necessário assegurar um resultado que seja considerado satisfatório.

A orquestra sinfônica: os componentes desta equipe têm um objetivo comum – executar uma sinfonia –, conhecimentos e habilidades diferentes (o pianista, o violinista, o clarinetista), uma coordenação (o maestro) e um plano de trabalho (as partituras).

Diferente do time de futebol, na execução de uma sinfonia, o pianista jamais fará o trabalho do violinista ou vice-versa. Podemos dizer que existe uma alta especificidade no trabalho dos músicos, ou seja, o pianista sempre tocará piano e o violinista sempre tocará violino.

O trabalho do maestro é fundamental. Por mais competentes que sejam os músicos, individualmente, sem a coordenação do maestro a equipe não conseguirá alcançar o objetivo de executar uma sinfonia.

O plano de trabalho é rígido. Um músico jamais poderá substituir sua partitura durante a execução de uma sinfonia.

Estes quatro elementos – objetivos, conhecimentos e habilidades dos membros da equipe, coordenação do trabalho e plano de trabalho – sempre estarão presentes e determinarão o funcionamento de uma equipe.

Como um grupo se torna uma equipe?

Uma das mudanças mais significativas de nossa época é a passagem da ação individual para o trabalho em grupo. No mundo de hoje podemos identificar vários tipos de grupos trabalhando nas mais diferentes situações. Alguns conseguem tornar-se equipes e outros permanecem apenas como grupos. Uma questão surge desta constatação: quais são os elementos fundamentais que marcam esta diferença e o que devemos considerar para construirmos uma equipe de trabalho?

Podemos identificar alguns elementos para a transformação de um grupo de trabalhadores em equipe de trabalho:

- o grupo conseguir vislumbrar vantagens do trabalho em equipe – complementaridade, interdependência e sinergismo das ações – em relação ao trabalho isolado, individual;
- a disposição de compartilhar objetivos, decisões, responsabilidades e também resultados;
- a necessidade de definir com clareza os objetivos e resultados – individuais e do grupo – a serem alcançados;
- a importância de construir, em conjunto, um plano de trabalho e definir a responsabilização de cada membro do grupo, para alcançar os objetivos;
- a necessidade da avaliação constante dos processos e dos resultados;

- a percepção de que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos e que o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe;
- a importância de se garantir a educação permanente de todos os membros da equipe;
- a necessidade de aprimorar as relações interpessoais e de valorizar a comunicação entre os membros da equipe;
- a disposição das pessoas em ouvir e considerar as experiências e saberes de cada membro do grupo. O trabalho em equipe não implica em eliminar as diferenças existentes entre seus membros (sociais, culturais, etc.) e sim trabalhar estas diferenças – os conflitos; e,
- finalmente, é fundamental que os objetivos e resultados definidos se constituam em desafios constantes para o grupo, algo que instigue cada integrante.

Como pode-se perceber, fazer de um grupo de trabalhadores uma equipe de trabalho é realmente um grande desafio. Desafio que passa pelo aprendizado coletivo da necessidade de uma comunicação aberta, de uma prática democrática que permita o exercício pleno das capacidades individuais e uma atuação mais criativa e saudável de cada sujeito, evitando, assim, a cristalização de posições, a rotulação e a deterioração das relações interpessoais. Desta forma, o grupo poderá buscar seus objetivos, responsabilizando-se, solidariamente, pelos sucessos e fracassos.

Bibliografia Consultada

- ADAMS, J. O trabalho em equipe e a criatividade. In: OLIVEIRA, M, de. Energia Emocional. São Paulo: Makron Books, 1997. p.89-101.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO. Desenvolvimento de equipes. In: BOOG, G.G. (coord.) Manual de treinamento e desenvolvimento. São Paulo: Makron Books, 1994. p.415-438.
- DRUCKER, P. A produtividade das novas forças de trabalho. In: DRUCKER, P. Sociedade pós capitalista. São Paulo: Pioneira, 1993. p. 55-66.
- MOSCOVICI, F. Transformação do grupo em equipe, In: MOSCOVICI, F. Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1996. p. 5-25.
- RIBEIRO, A.P.M. Trabalhar em equipe? Euquipe? Quiquipe? Treinamento e desenvolvimento, dez 1998.p.24-27.

A Qualidade na Prestação do Cuidado em Saúde

Maria Christina Fekete¹

Apresentação

O termo “cuidado em saúde” tem interpretação pouco precisa, tal como ocorre com o conceito de qualidade. Assim sendo, tratar da qualidade do cuidado em saúde constitui-se num grande desafio, na medida em que a compreensão de seu significado depende de um conjunto de fatores que derivam de princípios científicos, expectativas individuais e valores sociais.

Neste sentido, a qualidade não pode ser avaliada ou julgada apenas em termos técnicos pelos profissionais de saúde. É preciso reconhecer as preferências individuais e sociais, buscando equacioná-las na garantia da equidade.

A qualidade do cuidado é um conceito que agrega muitos componentes, dentre os quais destacam-se: acessibilidade, eficácia, eficiência e oportunidade.

Considerando-se que, no âmbito da saúde, estes componentes têm tido diversas interpretações, precisar-se-á diante seu alcance, sem pretender que o entendimento dado seja aceito como única alternativa possível, mas deixando claro o significado dos conceitos emitidos.

Cabe ainda referir o contexto em que serão abordados, neste artigo, os aspectos do cuidado em saúde: o trabalho das equipes que atuam no Programa de Saúde da Família. Este trabalho implica na atenção direta aos indivíduos, famílias, grupos sociais e ambiente (natural e social), visando solucionar problemas e satisfazer necessidades prioritárias. Para tanto, requer a elaboração de uma programação que compreenda as ações destinadas a determinar, com certa racionalidade, o tipo, número e destino dos serviços de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Compreende, ainda, a definição das atividades gerenciais necessárias ao desenvolvimento dessas ações.

¹ Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – NESCON/FM/UFMG

Gerência do Cuidado

A gerência, no enfoque que preside a proposta de organização do cuidado em saúde, transcende a simples aplicação de técnicas administrativas e a simples administração de recursos, na medida em que persegue a equidade da atenção e busca dar respostas concretas aos problemas identificados.

Numa compreensão ampliada sobre a determinação do processo saúde-doença, é importante que os profissionais da equipe de saúde tenham uma visão integrada dos problemas e dos recursos necessários ao seu enfrentamento.

Para exercer as funções relativas ao gerenciamento do cuidado, as equipes de saúde necessitam de dois tipos de instrumentos distintos: a programação e o desenho e aplicação de certa “disciplina de desempenho” (normas, regulamentos, rotinas) que orientam a organização do processo de trabalho.

Enquanto função exercida por todos os integrantes da equipe, a gerência da prestação do cuidado tem como uma de suas missões apontar para o alcance da equidade. Para isso, é preciso que não se coloque como meta principal apenas a produção e a produtividade.

Neste sentido, a programação de saúde refere-se a um conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, utiliza como instrumentos de intervenção ações que são articuladas e organizadas para produzir um efeito sobre a saúde nos planos individual e coletivo. Envolve, portanto, a realização de um conjunto de atividades que, se não seguem uma seqüência linear, têm entre si relações de precedência.

Na prática, diversas atividades podem ser realizadas simultaneamente, observando-se o predomínio temporal de algumas delas, o que não deve induzir ao erro de se pensar que elas se completam como etapas sobre as quais só se volta em um próximo ciclo de programação. Ao contrário, essas ‘etapas’ são momentos do processo e sua identificação é dada pelo predomínio de determinada atividade sobre outra, num dado momento.

O processo tem início com a identificação e análise dos problemas, passa pela determinação das prioridades, definição dos objetivos, desenho das operações, identificação dos recursos (inclusive financeiros) necessários e dos instrumentos de avaliação, até o acompanhamento da execução e, se for o caso, a determinação de nova ordem de prioridades.

A equipe de saúde da família não é a única responsável pela programação de saúde. Existem ações que correspondem a competência dos demais níveis do Sistema de Saúde, muitas das quais demandam recursos diferenciados ou especiais.

Nesses casos, é necessário que sejam definidos mecanismos de articulação com os demais níveis para evitar conflito entre metas a serem alcançadas, os recursos a serem empregados e os tempos nos quais se pretendem executar as atividades. Também alguns problemas não se resolvem exclusivamente pela ação dos componentes da equipe e nesses casos é requerida a ação de outros atores sociais e de outros setores para a sua resolução.

É assim um processo participativo e flexível que deve permitir a incorporação de todas as experiências que surjam à luz dos diferentes saberes, dentro de um marco comum que lhe dê a consistência e a coerência necessárias à sua generalização.

Ademais da programação, é preciso que sejam conhecidas e pactuadas as normas, regulamentos e rotinas que serão adotados visando assegurar o desempenho da equipe e conferir direcionalidade às ações.

É dentro desta perspectiva política de mudança, tanto no âmbito do setor quanto na realidade de saúde da população, que a avaliação ganha nova dimensão e importância, enquanto momento do processo de programação e instrumento de gerência.

A avaliação deve, portanto, contribuir para a compreensão dos impactos porventura existentes, em decorrência das atividades desenvolvidas, permitindo corrigir distorções e alterar o rumo da programação, visando o alcance dos objetivos.

Para tanto, é fundamental superar os limites estreitos da avaliação centrada no desenho de gráficos e tabelas que, na maioria das vezes, apresentam apenas dados sobre produção e produtividade. A produtividade é um meio em relação a uma finalidade social. Eficiência é condição necessária mas, por si só, não é suficiente para justificar a ação estratégica transformadora que se deve esperar do desempenho das equipes de saúde da família.

Portanto, é requisito básico que todos e cada um dos atores envolvidos com a problemática de saúde de uma determinada população se preocupem, no que lhes cabe, com a melhor maneira possível de alcançar os objetivos e utilizar os recursos disponíveis.

Avaliação da Qualidade

As reflexões aqui expostas referem-se, inicialmente, ao significado da avaliação segundo os princípios da administração clássica, que lida com o funcionamento das organizações.

Nesta perspectiva, cada organização é avaliada sob o ponto de vista da eficácia e da eficiência. A primeira é uma medida normativa do alcance dos resultados e a segunda mede a utilização dos recursos.

Na abordagem econômica, a eficácia de uma organização se refere à sua capacidade de contemplar as necessidades da sociedade pelo suprimento de produtos, sejam bens ou serviços. A eficiência está voltada para a aplicação dos métodos, a fim de que os recursos (físicos, materiais e humanos) sejam aplicados da forma mais racional. Relaciona-se, portanto, com os meios e não com os fins, visando assegurar a otimização da utilização dos recursos. O alcance dos objetivos faz parte da esfera de competência da eficácia.

Um exemplo caricatural pode ajudar na compreensão desses conceitos. Um time de futebol será eficiente se jogar uma bela partida, acertando os passes e encantando a torcida. Será eficaz se ganhar a partida ou, melhor ainda, o campeonato.

Assim, se um gerente se preocupa mais com o melhor uso dos recursos estará mais voltado para a eficiência. Porém, quando verifica se os objetivos estão sendo alcançados estará analisando a eficácia.

Contudo, nem sempre a organização consegue reunir eficácia e eficiência. Algumas vezes pode consumir uma grande quantidade de recursos (desperdício ou altos custos operacionais) para atingir os objetivos e, neste caso, não será eficiente. Em outras situações, apesar da utilização intensiva e racional dos recursos, podem-se não alcançar os objetivos, indicando que há baixa eficácia. O ideal é que a organização seja eficiente e eficaz. Quando ocorre esta situação considera-se que prevalece a efetividade.

Com a finalidade de facilitar o entendimento sobre as relações conceituais entre esses três atributos, recorre-se a sua explicitação em termos matemáticos:

Eficácia = atos úteis/ atos

Eficiência = atos/ custos

Efetividade = atos úteis/ custos.

Apesar de parecer simples, este conceito é bastante complexo, na medida em que permeando a “equação” está a noção de utilidade (atos úteis). Nem sempre

se encontram suficientemente estabelecidos os critérios pelos quais pode-se determinar a utilidade das ações. Isto porque esta modalidade de avaliação não é imparcial, nem sequer dotada de uma suposta neutralidade técnica, mas depende da visão e das expectativas daqueles que participam da produção e do consumo em saúde.

Claro que todos os envolvidos com a prestação do cuidado em saúde, sabem, por indicação do bom senso, que uma série de atos desenvolvidos pelos serviços não tem utilidade frente à resolução dos problemas de saúde. Para ilustrar esta questão, pode-se questionar a utilidade da verificação dos sinais vitais de um paciente, sem que a esta atividade corresponda a adoção de um plano de cuidados, envolvendo desde ações de promoção até as de reabilitação, quando for o caso. No entanto, é freqüente a realização deste tipo de atividade como mera rotina de trabalho, seguida, quando muito, da anotação dos dados em algum dos inúmeros formulários que integram os sistemas de informação.

Assim, para dar conta da complexidade da questão da qualidade, é preciso agregar aos pressupostos da administração clássica a dimensão estratégica do conceito, ampliada a partir dos estudos sobre gestão da qualidade.

Segundo Nogueira, em versão adaptada do artigo de Donabedian², a qualidade do cuidado em saúde pode ser definida por sete atributos: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Portanto, ademais dos três primeiros atributos, anteriormente abordados, há que se considerar outras dimensões no que se refere à qualidade do cuidado:

- Otimidade: conceito próximo ao de eficiência, pois também lida com a questão custo/benefício. Avalia os efeitos do cuidado em relação aos custos, a partir do seguinte questionamento: vale a pena adicionar pequenas melhorias se estas agregam um montante desproporcionalmente alto de custos? Em se tratando de situações nas quais há escassez de recursos esta pergunta assume caráter fundamental no planejamento das ações;
- Aceitabilidade: adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos indivíduos e das famílias. Relaciona-se com a acessibilidade, que resulta da combinação de fatores de distintas ordens que podem ser classificados como geográficos, organizacionais, sócio-culturais e econômicos. Uma situação freqüente no setor saúde pode ajudar a compreender a importância deste atributo da qualidade. Basta verificar o fracasso de várias ações de educação em saúde que ignoram aspectos

² Donabedian, A. "The Seven Pillars of Quality", Arch Pathol Med. 1990: 114:1115-1118.

culturais e econômicos. Uma das dificuldades no controle da epidemia de cólera era convencer as mães a levar os filhos com diarreia ao posto de saúde. Na imprensa, eram comuns depoimentos deste tipo: “aqui sempre teve diarreia porque não tem comida direito e nem água boa, mas a gente resolve em casa mesmo...” Fica claro que, sem levar em conta a percepção da população sobre o problema de saúde, as medidas adotadas podem ser inócuas;

- Legitimidade: refere-se à qualidade cuidado, em seu componente social, significando que, além da preocupação com os indivíduos, deve-se levar em conta a responsabilidade pelo bem-estar da comunidade. As ações de imunização e controle das doenças transmissíveis são exemplos de cuidados que destinam-se ao benefício da sociedade em geral;

- Equidade: é o atributo pelo qual se determina o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Mais do que uma dimensão do cuidado, é uma questão de política pública.

Toda definição de um modelo de atenção à saúde, deve levar em consideração os atributos supracitados, tendo em vista que a gestão competente dos recursos alocados é parte essencial do processo de democratização do sistema. Para tanto, os processos de administração dos recursos devem ser transparentes e as determinações das políticas de saúde amplamente discutidas e aceitas pela equipe de trabalho.

A gerência, vista sob o ângulo da qualidade, refere-se à ação que torna viável e factível o melhor uso dos recursos para atingir os objetivos sociais perseguidos, mediante um processo contínuo de tomada de decisão, que se fundamenta na definição e análise de problemas e na alocação dos recursos correspondentes para sua superação e controle, de maneira que as decisões se convertam em ações efetivas.

Bibliografia Consultada

- DEMING, W. E., *Qualidade: A Revolução da Administração*, Marques Saraiva, Rio de Janeiro, 1990.
- DONABEDIAN, A ., *Quality Assurance in Health Care: Consumer's Role*, Quality In Health Care, 1992.
- DUSSAULT, G., *A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências*. Revista de Administração Pública, 2: 8-19, 1992.
- NOGUEIRA, R. P., *Perspectivas da Qualidade em Saúde*, Qualitymark Editora, Rio de Janeiro, 1994.
- NOGUEIRA, R. P. *O Trabalho em Serviços de Saúde*, In: Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde, OPAS/OMS, pp 182 a 186, Brasília, 1997.

O Trabalho em Serviços de Saúde

Roberto Passos Nogueira¹

Temos de considerar três aspectos fundamentais quando se fala em processo de trabalho em saúde.

Em primeiro lugar, que é um exemplo de processo de trabalho em geral e, portanto, compartilha características comuns a outros processos que se dão na indústria e outros setores da economia.

Segundo, que é um *serviço* – toda assistência à saúde é um serviço – e temos de pensar, então, o que é um serviço.

Terceiro, que é um serviço que se funda numa inter-relação pessoal muito intensa. Há muitas outras formas de serviços que dependem de um laço interpessoal, mas no caso da saúde ele é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia do ato.

Essas três dimensões são intercomplementárias e interatuantes.

De um lado, tem-se um processo de trabalho, com sua direcionalidade técnica, envolvendo instrumentos e força de trabalho, que é suscetível de uma análise macroeconômica geral na forma efetuada por Marx, em *O Capital*. Ali, encontramos elementos para pensar igualmente o processo de trabalho em saúde, inclusive em suas questões complexas de composição econômica e técnica do capital, bem como da dinâmica das trocas que tem também uma correspondência no setor saúde.

Mas há uma outra dimensão, a do serviço: ora, a assistência à saúde não é um processo de trabalho igual ao da indústria, tem uma especificidade na medida em que é um serviço. Esta palavra tem por trás de si uma tradição quase pejorativa: serviço vem de ‘servo’. Por outro lado, a economia clássica praticamente não se preocupou com a análise teórica do que seja serviço, porque, dentro da dinâmica da acumulação capitalista no século XIX, esse não era um setor decisivo.

¹ Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)

Mas ele o é hoje e sem dúvida alguma é o que marca a própria modernidade do capitalismo. E talvez o setor saúde seja um dos mais peculiares a essa nova forma de sociedade baseada na proeminência do trabalho em serviços.

O terceiro aspecto advém do fato de esse serviço não se realizar sobre coisas, sobre objetos, como acontece no caso de um serviço de mecânica de automóveis; dá-se, ao contrário, sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, é parte desse processo. O consumidor fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho. Não só a informação acerca do que se passou com ele, qual a história de sua queixa ou doença; é exigida dele uma participação ativa para que sejam corretamente aplicadas as normas e prescrições médicas. Tomada neste sentido, a assistência é também um processo de profunda inter-relação entre quem consome o serviço e quem o presta. Mais tipicamente que em outros setores da economia de serviço, vamos encontrar aí o fato peculiar de que o usuário é um fornecedor de valores de uso substantivos, de tal modo que ele é um co-partícipe do processo de trabalho e, freqüentemente, co-responsável pelo êxito ou malogro da ação terapêutica.

A idéia de processo de trabalho em saúde é algo extremamente abstrato, porque existem inúmeras formas tecnicamente particularizadas de realizar atos de saúde. Considere, por exemplo, como são diferentes as ações de saneamento e as de atendimento médico às pessoas. Por isso, é preferível tratar das formas mais homogêneas e falar apenas dos serviços de saúde propriamente ditos.

Há que se dizer, em primeiro lugar, que esse processo é marcado por uma tecnicidade ou direcionalidade técnica que é inerente a qualquer processo de trabalho humano. Pressupõe, assim, uma antevisão dos resultados almejados e uma ação inteligente como ardil da razão em sentido hegeliano: fazer com que os instrumentos físicos, químicos, bioquímicos etc. atuem sobre o objeto produzindo um efeito útil. O ardil da razão tem por fundamento certos conhecimentos científicos, mas requer uma adaptação constante às características particulares: este indivíduo aqui com sua história e necessidades. Isto já coloca de imediato a questão do serviço: o serviço traduz a adequação constante ao particular, no sentido não só do indivíduo como ser, mas das circunstâncias em que se dão seus problemas ou necessidades.

A direcionalidade técnica tem atualmente uma natureza coletiva, porque um conjunto de categorias e de indivíduos procuram agir coerentemente compartilhando os conhecimentos científicos contemporâneos. Contudo, sabemos que uma determinada categoria, não algumas mas uma única, controla o processo de trabalho a partir de sua autoridade técnica e social: os médicos. Mesmo quando não são proprietários dos meios de produção – donos de clínicas ou de hospitais

– os médicos têm a faculdade de comandar o ato técnico em saúde, no que se diferenciam dos demais trabalhadores.

Há outra particularidade do trabalho em saúde que deve ser sublinhada: a integração entre seus aspectos intelectual e manual. Ao contrário de outros processos de produção, na saúde quem detém a direcionalidade técnica também ‘põe a mão na massa’, ou seja, participa diretamente do ato técnico final (compare, por exemplo, com o papel de um engenheiro numa fábrica). Isto não significa que não exista separação desses dois aspectos em termos funcionais mais globais. De fato, as tecnologias atuais têm reservado aos médicos certas funções mais intelectuais (ler uma chapa de radiodiagnóstico) e deixado aos auxiliares as de tipo operacional (produção e revelação dessa chapa).

Mas, ao analisar o conjunto dos trabalhadores, compreendemos que essa separação não é generalizada – o médico continua a ser um trabalhador manual na cirurgia, na clínica e em muitas outras áreas.

Outra característica que também é muito particular do processo de trabalho em saúde é a fragmentariedade dos atos. Num hospital ou numa clínica, o usuário tem de passar por uma quantidade enorme de atos de diagnóstico e de terapia para ter seu problema resolvido. Sabemos que usualmente isso implica no deslocamento físico do usuário, de um setor a outro dentro da mesma unidade produtiva ou entre estabelecimentos distintos. A saúde não é uma área que atue segundo a lógica de substituição de tecnologia por trabalho. A tendência geral é a de acúmulo das novas tecnologias e de variedade de serviços. Daqui o sentido de fragmentariedade da prestação e do consumo de serviços de saúde.

De um lado, o sentido, o porquê de cada ato escapa ao usuário. De outro, há uma profusão infundável de tipos parciais ou autônomos de atos. Como usuário, tenho de percorrer um labirinto de serviços e obter alguma coisa aqui outra ali, sendo que ignoro para que todas essas intervenções são realizadas – e na verdade são executadas sobre meu corpo. De quebra, solicitam minha colaboração!

Onde está a direcionalidade técnica do trabalho em saúde nesse torvelinho? Encontra-se tremendamente dividida e fraturada, tanto do ponto de vista do trabalhador como do consumidor.

A vivência do consumidor diante desse monstro que é o aparato de assistência médica torna-se ainda mais dramática na medida em que se espera que ele preste informações, siga ordens, execute certos atos e se esforce em vários atos colaborativos. Mas seguramente ele se pergunta: colaborar para quê? Onde se quer chegar com toda essa parafernália médica?

Nesse sentido, os serviços geram um enredo de alienação que muito tem a ver com as situações clássicas abordadas por Marx no século passado e que hoje já não são tão peculiares do trabalhador produtivo.

A segunda dimensão do trabalho em saúde que quero tratar é a de serviço.

O que é um serviço? Na definição genérica dada por Marx, serviço é o efeito útil de alguma coisa, mercadoria ou trabalho. É o que resulta da utilização de bens ou da força de trabalho em seu aspecto de valor de uso. Na sua origem, a idéia de serviço estava muito presa à de serviço pessoal: o serviço de uma empregada doméstica, de um advogado e assim por diante.

Os serviços de saúde assemelham-se aos serviços pessoais, em certa medida, porque requerem sempre uma íntima relação interpessoal, mas envolvem um consumo intenso de mercadorias, o que os situa numa dimensão mercantil distinta. O serviço de saúde nunca resulta de uma aplicação de regras gerais num processo de trabalho genérico. Ele pressupõe, ao contrário, uma aplicação de conhecimentos ao particular, ao caso, numa forma de inter-relação em que o usuário fornece alguns valores de uso e também participa ativamente do processo. O que se obtém são certos efeitos úteis, observáveis ou presumidos, dado um determinado período de tempo. Por outro lado, o que se compra e vende são esses atos úteis. Deve-se pagar por cada uma dessas mercadorias – medicamentos, matérias diversas, equipamentos etc. – dentro do conjunto de distintos processos de trabalho envolvidos no diagnóstico e terapia. O usuário paga pelo efeito útil presumido na medida em que sela um pacto de cientificidade com a medicina moderna e seus prestadores, raciocinando mais ou menos assim: “aceito que essa multiplicidade de atos, cujas razões e objetivos específicos desconheço, terá um resultado positivo sobre meu estado de saúde”.

Não interessa, do ponto de vista da lógica econômica dos serviços, se esses atos, em sua multiplicidade fragmentada, terão um efeito final efetivamente útil ou não – a utilidade é presumida em função do pacto de cientificidade com a medicina, que é totalmente distinto do pacto que se estabelece com um curandeiro, ao qual também costuma-se remunerar por seus serviços. Assim, em relação à medicina moderna, o usuário pagará pelo valor dos bens materiais utilizados e pelo uso da força de trabalho preparada segundo os padrões correntes.

Deste modo, ao lado da fragmentariedade vivencial, aparece uma outra, de natureza econômica. Quando o pagamento por esses atos múltiplos e variados é efetuado via seguro privado ou social, o que surge daí é o problema de como realizar um controle efetivo sobre eles, já que, neste caso, a utilidade não pode ser meramente presumida: ela deve adaptar-se a certas normas técnico-científicas e administrativas estabelecidas pelo contratante.

Mas é extremamente complicado regular a produção desses serviços, se não existir uma certa flexibilidade – não se pode desconhecer que cada ato é uma aproximação ao particular, há sempre um razoável desvio a partir da média. Por outro lado, hoje já não se pode admitir, como fazia a antiga concepção da medicina liberal, que o trabalho médico deva ser totalmente livre e pautar-se exclusivamente pelo arbítrio clínico do profissional. O controle da fragmentariedade dos atos médicos requer, assim, um grau de inteligência e de habilidade técnica muito grande. Este é um dos maiores problemas atuais no desenvolvimento dos seguros de saúde, sejam privados ou públicos: estabelecer modalidades *clanicamente* justas de remuneração dos serviços. Como continuar remunerando os serviços de saúde dentro de normas que não prejudiquem esse pacto de cientificidade firmado com o usuário que espera ver restabelecida sua saúde? Uma das tentativas recentes é a construção dos chamados Grupos Relacionados com o Diagnóstico (*Diagnostic Related Groups*), nos Estados Unidos e na Europa e cuja viabilidade de introdução no Brasil vem sendo estudada pela Escola Nacional de Saúde Pública.

Administrar saúde, seja uma unidade hospitalar ou uma rede de serviços contratados por seguro, não é tarefa simples. Não só devido à fragmentariedade dos atos técnicos, já mencionada, com sua implicação no nível econômico, mas também porque a direcionalidade técnica desses atos depende em si mesma do comportamento de uma categoria profissional — os médicos — que usualmente faz um uso corporativo desse poder. Mas este já é um outro assunto...

Comunicação, Informação e Ação Social

Valdir de Castro Oliveira¹

Hoje, todo mundo fala sobre a importância da comunicação e da informação. Os organismos nacionais e internacionais as invocam em documentos oficiais. As autoridades públicas dizem que a comunicação é fundamental para que a população fique sabendo sobre o que estão planejando e que tipo de ação ou política pretendem implementar em seu benefício. O político pleiteia concessões de canais de rádio e televisão para divulgar o que julga importante para o público. O Movimento dos Sem Terra - MST investe na criação de rádios comunitárias, publicação de jornais e desenvolve estratégias comunicacionais para aparecer na televisão e nos jornais. As secretarias e os conselhos de saúde começam a implantar setores especializados para melhorar a comunicação com os usuários. Hoje, dificilmente, implanta-se um programa de saúde sem cuidadosa estratégia de comunicação ou, quando assim o faz, os resultados costumam ser desastrosos e os prejuízos creditados na conta social.

Mas, o que será mesmo que estas pessoas, instituições e programas entendem por comunicação e informação? Será que estão falando a mesma coisa?

Para respondermos a esta questão vamos pensar, conceitualmente, estas duas palavrinhas e depois tentar relacioná-las ao que acontece com uma equipe que desenvolve algum tipo de ação social. Vamos começar falando da comunicação.

A comunicação pode ser entendida sob um duplo sentido. O primeiro, a partir da origem da palavra, oriunda do latim *comunicare*, quer dizer *comunhão, estar com, partilhar de alguma coisa*. O segundo, embora também seja derivado desta mesma raiz etimológica, é entendido na perspectiva de *dar conhecimento às pessoas de alguma coisa, informar*.

Os dois entendimentos não são, necessariamente, divergentes. Entretanto, na prática eles costumam revelar diferenças fundamentais e servir para

¹ Professor do Departamento de Comunicação Social da FAFICH/UFMG.

diferentes propósitos dos agentes da comunicação. Por exemplo, na perspectiva da comunhão e do compartilhamento (primeiro entendimento), a comunicação é entendida como um processo horizontal no qual o diálogo é sua principal característica. Em consequência, os diferentes interlocutores podem emitir e receber mensagens, interpretá-las e reinterpretá-las na construção de um significado. Tanto o emissor pode ser receptor quanto o receptor pode ser emissor no processo comunicacional.

Já no outro entendimento - a idéia da comunicação como informar ou dar conhecimento de alguma coisa a alguém - a relação entre emissor e receptor é mais hierarquizada e menos mutável. Geralmente o emissor detém o papel ativo de selecionar e emitir mensagens, cabendo ao receptor a tarefa passiva de interpretá-las, como um recipiente vazio que vai ser enchido pelos conteúdos informacionais do primeiro, no processo comunicacional. Esta perspectiva é preferencialmente adotada pelos sistemas autoritários e verticais de poder ou pelas ações sociais e políticas destinadas a doutrinar ou a fazer com que o receptor adote, sem muita discussão, às idéias e prescrições do emissor. Segundo o educador Paulo Freire, esta modalidade comunicacional e educacional pode ser chamada de invasão cultural, cujo resultado é o de promover a domesticação e não a educação das pessoas.

Mas, para entendermos melhor o que seja comunicação e como ela funciona, é também importante analisá-la sobre o prisma do conflito, pois nenhum processo comunicacional é destituído de um maior ou menor grau de tensão entre os interlocutores, pois cada um tem uma história diferente, ocupa um lugar diferente na hierarquia social e têm diferentes competências comunicativas (domínio técnico e autoridade para falar e ser escutado). Assim, muitas vezes, ocorre, por exemplo, que a palavra de um médico valha mais que a de um usuário no serviço de saúde podendo, com isso, impor com mais facilidade suas ordens, sugestões ou prescrições.

Também podemos perceber que as instituições (públicas, privadas ou culturais) funcionam como um conjunto de símbolos que comunicam às pessoas sobre como elas devem comportar-se. Por exemplo, pelo seu funcionamento, podemos nela reconhecer várias regras que presidem o seu jogo hierárquico: quem manda, quem deve obedecer, como mandar e como obedecer, sem que ninguém fique nos lembrando dessas coisas. Este jogo pode ser decodificado pela maneira de falar ou pelas roupas usadas pelas pessoas (macacão significa trabalho braçal e terno gerente ou proprietário, sendo que o primeiro denota inferioridade na hierarquia organizacional e o outro significa o poder de mando) e, a partir de nossa interpretação, teremos o comportamento alterado em relação a elas. Assim,

nosso olhar pode tornar-se mais baixo se estivermos diante de uma autoridade e, mais alto, se for um subalterno e, horizontal, se estivermos diante de pessoas do mesmo nível ou classe social.

Assim, grande parte da comunicação que promovemos ou somos induzidos a promover está, portanto, relacionada à posição e hierarquia das pessoas nos grupos ou na sociedade. Dependendo do caso, elas podem impor ou fazer valer melhor as suas idéias, propostas e ações. Quando isto acontece, dizemos que tais pessoas ou grupos têm uma competência política, social e cultural maior e, por esta razão, são detentoras de um determinado poder. É o velho ditado: “manda quem pode, obedece quem tem juízo”. Significa, portanto, que o contexto da comunicação, sempre se dá, também, em um contexto de poder, o que influi diretamente no processo de comunicação.

Além disso, a comunicação e a informação envolvem o significado ou a interpretação das mensagens, mas estas só adquirem sentido para o público ou receptor se estiverem relacionadas às questões práticas e cotidianas das pessoas. Por exemplo, todos os dias somos obrigados a tomar centenas de decisões: que roupa vestir, para onde viajar, com quem conversar ou ignorar, participar ou não de uma reunião, estudar ou ir ao campo de futebol, comprar ou não um aparelho de som, votar neste ou naquele candidato, e assim por diante. Sem informação, nem sempre podemos tomar uma decisão mais consciente e, por esta razão, ela torna-se parte indispensável da formação do cidadão e possibilita a ele ter maior acesso a determinados bens culturais, políticos ou serviços disponibilizados pela sociedade.

Entretanto, como existem infindáveis modalidades e processos de comunicação, estes se apresentam diferentemente em cada caso. Vamos ater-nos aqui em dois casos específicos, mas que julgamos relevantes para o entendimento da importância da comunicação para o grupo em treinamento. O primeiro se refere ao processo de comunicação existente no interior de uma determinada equipe de trabalho; o segundo se refere ao processo de comunicação dessa equipe com um grupo externo, mas que com ela mantém ou deve manter alguma forma de relação social, humana ou profissional. Vamos ver, por ordem, o primeiro caso e depois o segundo.

1. As variáveis que dificultam ou facilitam a comunicação

a) Verticalidade e horizontalidade no contexto da comunicação grupal

Quanto mais estivermos em um contexto vertical de comunicação, maiores serão os conflitos e os desentendimentos entre as pessoas, o que compromete e dificulta os trabalhos e a integração das pessoas em um grupo ou equipe de trabalho. A separação rígida entre quem pode falar e mandar e quem deve calar-se e obedecer gera diferentes formas de integração e de sensibilidade entre seus membros, a respeito dos objetivos e das ações implementadas. Como alguns se tornam *mais responsáveis* pelo desenvolvimento do trabalho, outros se vêem menos compromissados com o esforço coletivo na consecução dos objetivos.

A desigualdade ou hierarquização no processo comunicacional faz com que alguns se julguem mais competentes para falar e agir, não só pela competência em si, mas também porque se julgam detentores de um poder que os separa dos demais, como por exemplo em uma estrutura militar, que nega a individualidade e a comunhão das pessoas na construção de um projeto social coletivo. A hierarquia pode até ter seus pontos positivos, mas aí já não estamos mais falando de equipe e sim de realização de objetivos estranhos ao grupo, já que a maioria dos membros de uma corporação militar não é convocada a participar das decisões, apenas a obedecer.

Em um contexto verticalizado de comunicação é muito comum a presença de formas de interdição (proibição) das falas, de silêncios e de passividade das pessoas, o que pode comprometer o trabalho de uma equipe. Podemos distinguir algumas dessas formas:

- a) o poder de falar, de decidir ou de agir é tão concentrado que as pessoas não se sentem responsáveis em participar ativamente das decisões e preferem cumprir apenas as ordens;
- b) a opinião dissonante (diferente) tem um custo emocional e político para as pessoas e, dentro de um clima de comunicação verticalizada, torna-se mais vantajoso, para o indivíduo, calar a sua opinião e restringir a sua participação;
- c) a comunicação, ainda nesse contexto, concentra o poder em pessoas detentoras de cargos ou de alguma forma de saber (o médico, o chefe, o gerente, por exemplo) de tal maneira que inibe os outros membros de se manifestarem, por insegurança ou intuição de que sua opinião terá pouco valor ou credibilidade;

d) também a ausência de condições reais de participação (instrução, dificuldades de acesso e entendimento da informação) inibe as pessoas e determina uma integração pouco produtiva entre os membros da equipe.

A partir das variáveis levantadas pode-se dizer que a comunicação, por um lado, envolve todos os sentidos e ações das pessoas (falar, ouvir, sentir, avaliar, decidir, julgar, opinar, agir, compartilhar) e, por outro lado, envolve um determinado contexto comunicacional de poder que pode facilitar ou dificultar a integração de um grupo ou equipe de trabalho. É assim que as variáveis citadas no parágrafo anterior, o contexto verticalizado da comunicação, podem transformar-se em um terreno propício para a geração de cochichos, mal-entendidos, fofocas e conflitos que minam a coesão e comprometem o trabalho da equipe.

O contraponto a este processo vertical é a forma de comunicação horizontal na qual as possibilidades de falar, intervir e participar podem ser estendidas igualmente a todos os membros da equipe. Isto não significa a quebra de todas as hierarquias ou de diferentes competências no interior de uma equipe e sim o reconhecimento de que os seus membros, conscientemente, cumprem diferentes funções em torno de objetivos claros e comuns para todos. Em conseqüência torna-se mais fácil a sincronização das ações e o estabelecimento de um desafio coletivo em torno das finalidades do trabalho desenvolvido.

Para mediar essa forma de comunicação deve haver disponibilidade de informações, diferentes formas de capacitação e ampla possibilidade de manifestação e expressão por parte de cada membro da equipe, independentemente da hierarquia ou dos cargos.

Embora seja desnecessário dizer, gostaríamos de frisar que esse processo é bem mais difícil de ser desenvolvido do que aquele que predomina na forma verticalizada de poder e de comunicação.

b) Comunicação e poder

Como acontece em qualquer agrupamento humano, incluindo equipes de trabalho, é muito comum o surgimento de *variadas formas de disputa pelo poder que sempre* interferem, direta ou indiretamente, nos processos comunicacionais, influenciando ou alterando os processos de codificação e interpretação das mensagens. Se uma pessoa está envolvida nesse tipo de disputa, ela passará, fatalmente, a restringir a circulação de algumas mensagens e, por outro lado, a promover a circulação e a codificação de outras, de acordo com o seu interesse.

Já as outras pessoas, também envolvidas na disputa, mas sem possibilidades ou acesso àqueles recursos, passam a produzir e fazer circular suas mensagens nos labirintos ou margens do poder, transformando-as em uma fonte permanente de boatos, de gestação de “panelinhas” e de táticas grupais para desestabilizar o “inimigo” e influir no jogo de posições políticas, portanto de decisões, no interior da equipe.

A permanência prolongada de pessoas ou grupos no poder também pode contribuir para gerar este clima e suscitar comportamentos e atitudes passivas dos membros da equipe nos processos decisórios e nas ações desenvolvidas. *Como não compartilham das decisões sentem-se descompromissados com os erros ou acertos do trabalho, neste caso a responsabilidade é invariavelmente atribuída a um núcleo restrito de pessoas que ocupa espaços estratégicos na equipe. Quando isso acontece, normalmente instaura-se um processo intensivo de comunicação do tipo aclamativa, isto é, a participação se resume a puros atos de declaração de apoio e concordância com as decisões dos mandatários da equipe.*

É muito difícil evitar as disputas pelo poder em um determinado grupo ou equipe, pois elas fazem parte da essência política do ser humano. Também, muitas vezes, é difícil distinguir o que são disputas provocadas por ressentimentos, vaidades ou simples problemas e interesses pessoais, daquelas formas legítimas de disputas pela implementação de determinadas propostas ou estilos na condução dos trabalhos de um grupo ou equipe. *De qualquer forma nem sempre o resultado costuma ser positivo em termos de coesão do grupo e, muitas vezes, pode mesmo ameaçar a existência da própria equipe.*

O melhor remédio para evitar os efeitos nefastos de qualquer disputa é que ela seja claramente colocada para o conjunto da equipe e que possa ser amplamente discutida por todos.

c) Comunicação, informação e experiência cultural

Embora não sejam coisas separadas, didaticamente, podemos dizer que a comunicação é diferente da informação. Informação é o conteúdo de uma mensagem, enquanto comunicação seria o processo que ajuda a promover a circulação e a compreensão desta informação. Mas qual é o significado da informação no processo comunicacional?

Podemos dizer, em primeiro lugar, que informação é algo novo que pode ser incorporado ao nosso conhecimento e comportamento. É por isso que dizemos que quando temos informação, aumentam as nossas probabilidades de conhecimento acerca de alguma coisa, tornando o mundo em que vivemos mais

familiar e domável. Entretanto, a informação não pode ser compreendida como algo que, diante de sua presença, tudo se resolveria.

Com isso queremos dizer que a informação não se processa em um vazio. Ela existe à medida em que existe também um conhecimento latente, uma dada percepção sobre o valor da informação. Quando há um excesso de informações podemos nos defrontar com o que chamamos de saturação informacional, ou seja, como um vaso de flores que recebe mais água do que necessita, matando, com isso, a planta.

Também queremos dizer que em um determinado grupo ou equipe coexistem diferentes pessoas, com diferentes experiências educativas e de vida e, portanto, também com diferentes cargas e demandas informacionais. Uma comunicação somente poderá tornar-se eficaz se levar em conta estas diferenças pois, para alguns, uma determinada informação pode ser redundante (repetitiva), mas para outros significa uma novidade e uma nova possibilidade de interpretação do mundo e do próprio trabalho em questão. Ademais, cada pessoa faz uso também diferenciado da informação, dependendo da expectativa que mantém em relação ao trabalho e de acordo com suas experiências anteriores. Alguns são mais atirados, pois sempre interpretam utopicamente o mundo. Outros são mais cépticos, pois experiências anteriores ou a análise da atualidade estão dizendo-lhes que “mais uma vez, nada vai dar certo”. Já outros são indiferentes e apenas cumprem, de maneira positiva ou negativa, o seu dever.

Para cada um, a informação terá um sentido diferente, pois os membros da equipe são portadores de diferentes histórias de vida e perfis culturais, profissionais, ideológicos ou políticos. Mas isto não significa dizer que as funções da comunicação e da informação deveriam ser eliminar essas diferenças, mas sim fazer com que elas se transformem em uma variável positiva para o trabalho da equipe, sem desconsiderar o perfil específico e a individualidade de seus membros.

Isto implica em entender que o processo comunicacional e informacional, além de levar em conta as diferenças entre os interlocutores, deve buscar entender também como cada membro se vê e vê os outros no conjunto da equipe. É desta avaliação que pode-se buscar formas eficazes de comunicação e circulação de conteúdos informacionais relevantes para os seus membros.

2. A comunidade e o trabalho de equipe

Se o trabalho no interior de uma equipe é difícil, mais difícil é quando tratamos do relacionamento desta com o grupo social com o qual ela se relaciona para prestar serviços ou promover alguma forma de intervenção externa. Isto porque os problemas que mencionamos anteriormente são ampliados e a eles são acrescentados outros que nem sempre estão sob o controle da equipe ou que ela tenha a sensibilidade necessária para interpretá-los em um quadro dinâmico que marca as relações sociais.

Apesar das boas intenções e propósitos democráticos de ação, a intervenção da equipe se dá em um universo culturalmente estruturado, isto é, as comunidades têm história, universos simbólicos de referência e formas de poder específicas. A entrada de um novo ator social (a equipe, por exemplo) por um lado, desestrutura esse universo e, por outro lado, provoca a entrada de novos conteúdos culturais e ideológicos gerados pela instância institucional, principalmente pelo Estado. As conseqüências são as mais variadas possíveis.

Além disso as diferentes expectativas existentes entre a equipe e a comunidade geram diferentes formas de comportamento. Inicialmente, as comunidades esperam mais do que a equipe promete ou pode dar e, por essa avaliação, participam ativamente das primeiras atividades. Por meio desse processo são introduzidas novas relações de poder, concentradas tanto nos membros da equipe quanto em algumas pessoas da própria comunidade que se transformam em interlocutores privilegiados da equipe. Essa situação pode ser claramente percebida durante reuniões com a comunidade nas quais o uso da palavra e a iniciativa da ação ficam concentrados em alguns indivíduos específicos que oferecem maior poder de “diálogo” com a equipe, hierarquizando ou excluindo pessoas do processo comunicacional.

Se por um lado a presença destes mediadores comunitários pode ser entendida como uma maneira de facilitar a relação da equipe com a comunidade, por outro lado, ela cria uma nova estrutura de poder que inibe a participação do restante da comunidade, que ficou fora do círculo decisório. Muitas vezes, apenas tardiamente a equipe toma conhecimento deste problema e, quando assim acontece, as relações entre as pessoas já estão deterioradas e os conflitos irreversivelmente instalados, com graves conseqüências para o trabalho. E não custa lembrar que essa questão está ligada à disputa por supostos benefícios a serem auferidos e distribuídos para a comunidade e, como sabemos, quem distribui alguma coisa é detentor de alguma forma de poder.

Mas não podemos esquecer também que a equipe é uma estrutura de poder diante da comunidade e que esta estrutura se revela pelo comportamento e nos diversos símbolos ostentados pelos seus membros. A competência para convocar uma reunião, dirigir a palavra aos membros da comunidade, interpelar por seus hábitos de saúde e promover um discurso prescritivo (o que fazer, como fazer) são formas concretas de poder. O processo comunicacional derivado dessa situação passa a ser unilateral, no qual a equipe se transforma em produtora de mensagens e a comunidade apenas em receptora, com poucas condições de emissão.

Mesmo quando damos um caráter didático e pedagógico ao processo comunicacional, para evitar essa desigualdade entre o pólo emissor e o pólo receptor, nem sempre as mensagens produzidas surtem o efeito esperado junto à comunidade, pois os referenciais de interpretação impedem que elas sejam entendidas e compreendidas pela comunidade. Por exemplo, o uso excessivo de siglas, termos técnicos e conceitos abstratos funcionam como verdadeiras barreiras culturais pois dizem respeito a uma reflexão feita fora do contexto comunitário. Por exemplo, quando um agente diz: “a partir de agora vamos deixar de trabalhar com a medicina curativa e trabalhar mais com a medicina preventiva” está promovendo uma espécie de terrorismo cultural pois a comunidade não consegue absorver facilmente este conceito, já que ele foi objeto de reflexão realizada em outro contexto. Para que ele possa ser efetivamente apreendido, deve ser transmitido por uma mediação educativa levando-se em conta os conteúdos culturais existentes na comunidade, isto é, ele tem de ser apreendido criticamente, da mesma forma como foi inicialmente produzido.

Assim, para sabermos o que pode fazer ou não sentido para uma comunidade e avaliar sua capacidade de entendimento diante dos conteúdos da ação social, devemos aguçar a nossa sensibilidade para escutá-la e auscultá-la. Escutar é ouvir os sons, decifrar o seu significado; mas auscultar é uma maneira mais cuidadosa e sensível de ouvir, pois até mesmo o silêncio é portador de significados. É como o médico com o estetoscópio, ao ouvir os sons do corpo de um paciente. Ele tem de interpretá-los, avaliar o que estão “dizendo”, principalmente entender os intervalos de silêncio entre uma batida cardíaca e outra, por exemplo. Mas, para fazer isso, o médico depende de muito treinamento, atenção e sensibilidade. No caso de uma comunidade, ou agrupamento social, o processo não é muito diferente. Nós temos que auscultá-la, pois os sons que emitem, por meio de várias formas de linguagem: o corpo, a forma de vestir, a ação coletiva, os silêncios, o domínio da fala, os termos utilizados, a compreensão e atitude diante dos acontecimentos, etc., referem-se a variáveis culturais complexas, que sempre estão-nos dizendo alguma coisa. Por exemplo, por meio das festas, mutirões,

conversas formais e informais, rituais religiosos, ritos de passagem, podemos perceber uma espécie de gramática sobre as experiências de vida acumuladas e maneiras de resolver problemas, inclusive os de saúde, antes da chegada da equipe. E temos de levar isso em conta, se queremos produzir uma comunicação mais horizontalizada e respeitadora dos valores comunitários.

Nesse processo de ausculta, temos de entender que uma comunidade nunca é totalmente passiva e muda, diante dos “invasores”, embora suas palavras e gestos nem sempre tenham o poder de alterar o jogo político institucional. Também nem sempre ela se manifesta por um discurso racional e linear. Ela nos diz muitas coisas, mas nem sempre estamos preparados para ouvi-la, ou melhor, auscultá-la, dentro de sua própria história ou lógica de funcionamento.

É apenas quando entendemos a complexidade cultural, histórica e política em que está envolvida é que podemos estabelecer melhor uma comunicação menos hierarquizada e menos artificial com a comunidade, evitando-se assim, torná-la um objeto passivo de nossas ações.

É por estas razões que podemos concluir aqui que o desafio da comunicação não se resume apenas em produzir material educativo ou persuasivo, mas sim em contribuir para que a equipe perceba as variáveis políticas, culturais e humanas presentes na comunidade ou grupo com o qual pretende atuar, possibilitando, dessa maneira, um verdadeiro diálogo entre uma instância e outra. A ausculta a qual fizemos referência é fundamental neste processo para sabermos o que pode ou não fazer sentido para a comunidade e de que maneira o trabalho da equipe pode ser dialogicamente conduzido.

Organização do Cuidado a partir de Problemas:

Uma Alternativa Metodológica para a Atuação da Equipe de Saúde da Família

Cronograma da Capacitação de Instrutores

Organização do Cuidado a partir de Problemas:

Uma Alternativa Metodológica para a Atuação da Equipe de Saúde da Família

Cronograma da Capacitação de Instrutores

1° Dia	2° Dia	3° Dia	4° Dia	5° Dia
<ul style="list-style-type: none">• Leitura e análise dos pressupostos da metodologia:<ul style="list-style-type: none">- Introdução- Organização do trabalho da ESF- A proposta pedagógica	<ul style="list-style-type: none">• Realização das atividades 5 a 8 da Sequência I.	<ul style="list-style-type: none">• Análise das atividades 1 a 5 da Sequência II.• Realização das atividades 6 e 7 da Sequência II.	<ul style="list-style-type: none">• Leitura e discussão do propósito e dos objetivos da Unidade II.• Análise das atividades 1 e 2 da Unidade II.• Realização das atividades 3 a 6 da Unidade II.	<ul style="list-style-type: none">• Realização das atividades 13 e 14 da Unidade II.
<ul style="list-style-type: none">• Leitura e discussão do propósito e dos objetivos da Unidade I.• Realização das atividades 1 a 4 da Sequência I.	<ul style="list-style-type: none">• Realização das atividades 9 a 13 da Sequência I.	<ul style="list-style-type: none">• Análise das atividades 8 a 13 da Sequência II.• Análise das atividades 14 a 18 da Sequência II.• Revisão do propósito e dos objetivos da Unidade I.	<ul style="list-style-type: none">• Análise das atividades 7 a 12 da Unidade II.	<ul style="list-style-type: none">• Realização da atividade 15 Unidade II.• Análise das atividades 16 a 18 da Unidade II.• Revisão do propósito e dos objetivos da Unidade II.

Indicadores
<p>(1) Casos encaminhados pelo ACS atendidos Total de encaminhamentos feitos pelo ACS</p>
<p>(2) Casos de diarreia atendidos por MED e ENF Total de casos registrados</p>
<p>(3) Casos referenciados atendidos Total de casos referenciados</p>
<p>(4) Casos acompanhados pelo ACS no domicílio Total de casos registrados</p>
<p>(5) Casos referenciados acompanhados Total de casos referenciados</p>
<p>(6) Casos contra-referenciados atendidos Total de casos contra-referenciados</p>
<p>(7) Menores de 6 meses com desmame precoce Total de menores de 6 meses</p>
<p>(8) Famílias com condições precárias de saneamento Total de famílias da área de abrangência</p>

Protocolo da Equipe da Saúde da Família Baseado em Problema	
<p>Cidade:</p> <p>Equipe:</p> <p>Área de Abrangência:</p>	<p>Problema: Diarreia em menores de 5 anos.</p>
<p>Caracterização do Problema</p> <p>Magnitude:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “x” casos de diarreia em menores de 5 anos em 1998 (SIAB); • “y” internações por diarreia em menores de 5 anos em 1998 (SIH); • “z” óbitos por diarreia em menores de 5 anos em 1998 (SIAB). <p>Transcendência: A equipe não consegue dimensionar a importância que o problema “diarreia” tem para a comunidade.</p> <p>Vulnerabilidade: A equipe conhece e tem acesso a algumas tecnologias para prevenção de novos casos de diarreia (ações educativas, incentivo ao aleitamento materno) e de recuperação. A equipe não tem controle sobre medidas de prevenção/promoção mais efetivas, por exemplo, o saneamento básico.</p> <p>Efeitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da demanda aos serviços de saúde, incluindo internações; • Interferência no crescimento, desenvolvimento e estado nutricional e no risco de desidratação e óbitos; • Sobrecarga e trabalho para a família; • Aumento do absenteísmo e risco de desemprego. <p>Determinantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saneamento básico deficiente; • Desmame precoce; • Condições higiénicas pessoal, domiciliar e alimentar precárias; • Pouco acesso por parte da população às informações relativas à diarreia; • Baixa cobertura/resolutividade dos serviços de saúde. 	<p>Plano de Intervenção</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratar as crianças com diarreia, evitando o agravamento da doença e necessidade de internação e os óbitos; • Desenvolver medidas de prevenção para reduzir a ocorrência de novos casos de diarreia; • Desencadear iniciativas de entidades da comunidade (associação de moradores e outras a serem mobilizadas) e do governo (Secretaria Municipal de Saúde e outros setores, a combinar com a coordenação municipal do PSF) visando a melhoria das condições de saneamento básico. <p>Elenco de Atividades/Responsáveis: (anotações no verso)</p> <p>Mecanismos de Acompanhamento/Avaliação: (anotações no verso)</p>

Protocolo da Equipe de Saúde da Família Baseado em Problema

Atividades	Med	Enf	AE	ACS	Acompanhamento/Avaliação (Indicador – descrição no verso)
1. Captar e registrar os casos de diarreia em menores de 5 anos na área de abrangência.	X	X	X	X	1. Investigação de casos de diarreia que não tenham sido registrados pela ESF.
2. Orientar a busca de atendimento nas unidades de saúde.				X	2. Investigação dos casos encaminhados pelo ACS e não atendidos pela equipe (1).
3. Avaliar o tipo e a gravidade de cada caso de diarreia e instituir as medidas propeidêuticas e terapêuticas indicadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo serviço (AIDPI).	X	X	X		3. Investigação dos óbitos e internações por diarreia (2 e 3).
4. Registrar/notificar casos conforme as normas da vigilância epidemiológica.	X	X			4. Comparar os registros do SVE e SIAB (4).
5. Providenciar, nos casos indicados, o atendimento de referência para outros níveis de complexidades da rede de serviço.	X	X			5. Checar a efetivação do atendimento de referência (5) e analisar a indicação dos encaminhamentos realizados.
6. Acompanhar o atendimento de referência.			X		6. Relatar a evolução dos casos referenciados para os demais membros da ESF.
7. Atender os casos contra-referenciados.	X				7. Checar a efetivação da contra-referência (6).
8. Realizar o acompanhamento domiciliar de todos os casos (atendidos pela ESF e egressos de outros níveis de atendimento).				X	8. Relatar a evolução de casos selecionados para os demais membros da ESF.
9. Realizar ações educativas quanto às vantagens da amamentação, e riscos do desmame precoce (mitos e tabus), junto a todas as mães, a partir do 1º trimestre da gravidez, priorizando as primíparas, as que trabalham fora e mães com antecedentes de insucesso.				X	9. Checar a exclusividade ou predominância do aleitamento materno até o 4º mês de vida (7).
10. Orientar as lactantes sobre técnicas de amamentação e de retirada manual do leite, sua conservação e administração ao lactente, quando necessário.			X		10. Checar a adoção das recomendações, caso a caso.
11. Encaminhar, quando necessário, mãe e criança para atendimento especial (tratamento de problemas intercorrentes, utilização do banco de leite).	X	X		X	11. Checar a adoção das recomendações, caso a caso.
12. Desenvolver ações educativas relacionadas à higiene pessoal, domiciliar e alimentar.			X	X	12. Verificar as mudanças das condições de higiene pessoal, do domicílio e na manipulação/consumo de alimentos.
13. Difundir e intercambiar, na comunidade, informações sobre a ocorrência, a prevenção, as causas e conseqüências da diarreia em sua área de abrangência.		X		X	13. Verificar o grau de informação das pessoas sobre as questões em pauta, durante as visitas domiciliares de rotina do ACS e os trabalhos de grupo conduzidos pelo enfermeiro na unidade.
14. Mapear os fatores de risco relacionados à diarreia, decorrentes das precárias condições de saneamento básico.		X		X	14. Checar a atualização de registros nos mapas das áreas de atuação de cada ACS, verificando as alterações desses fatores de risco.
15. Promover articulações entre lideranças comunitárias e gestores públicos para a redução ou controle dos fatores de risco mapeados.	X	X	X	X	15. Conferir o surgimento e a evolução de iniciativas, ações ou projetos intersetoriais para melhorias de saneamento básico (8).

Indicadores

Protocolo da Equipe da Saúde da Família Baseado em Problema	
Cidade: Equipe: Área de Abrangência:	Problema:
Caracterização do Problema	Plano de Intervenção
Magnitude: Transcendência: Vulnerabilidade: Efeitos: Determinantes:	Objetivos: Elenco de Atividades/Responsáveis: <small>(anotações no verso)</small> Mecanismos de Acompanhamento/Avaliação: <small>(anotações no verso)</small>

Protocolo da Equipe de Saúde da Família Baseado em Problema

Atividades	Med	Enf	AE	ACS	Acompanhamento/Avaliação (Indicador – descrição no verso)



Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO
FEDERAL

Organização Pan-Americana da Saúde
Representação do Brasil
Organização Mundial da Saúde

Brasília
Outubro de 2000