

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA - CICT
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - GHC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE

**Socialização da Informação nos Serviços de Atenção Primária
em Saúde**

Projeto de pesquisa apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Informação Científica e
Tecnológica em Saúde
Orientador: Prof. Dra. M. Cristina Guimarães

Ronald Selle Wolff

Porto Alegre, 20 de Setembro de 2005

SUMÁRIO

1. Introdução.....	04
<hr/>	
2. Justificativa e Referencial Teórico.....	06
<hr/>	
3. Objetivos.....	16
<hr/>	
4. Metodologia.....	17
<hr/>	
5. Delimitação da Pesquisa.....	21
<hr/>	
6. Cronograma e Orçamento.....	22
<hr/>	
7. Referências.....	23
<hr/>	
8. Anexos.....	26

“a gente não precisa de muita coisa, apenas uns dos outros”

Carlito Maia

Introdução:

Ser protagonista no trabalho, bem como na vida tem sido entendido, tanto na área da administração pública como empresarial, como condição imprescindível para que se tenha envolvimento de todos os atores na busca da realização da missão com sucesso.

Não é possível ser protagonista sem entender sua importância e relevância no âmbito de uma coletividade. Só se é relevante, dentro de uma equipe, quando se conhece os objetivos da mesma, seus instrumentos e ferramentas para atingir suas metas, o tamanho de sua missão e sua proporção com o tamanho da equipe e seus recursos. Abordagem transdisciplinar, ou pelo menos interdisciplinar, se constitui em ingrediente principal na busca de um “jeito de ser equipe”. No campo da administração pública e empresarial várias experiências têm coletado evidências neste sentido, e têm conseguido exercer este trabalho com protagonismo e sucesso aqueles grupos e equipes que têm se utilizado da prática da socialização da informação como peça fundamental para que se atinjam estes objetivos.

Socializar informação é uma estratégia sem a qual as organizações não conseguiriam sucesso em suas metas, tampouco o envolvimento e comprometimento de todos, ou, pelo menos, da grande maioria, na execução dos projetos coletivos em todas as suas fases, do planejamento até a execução, finalizando com a avaliação e reavaliação. Conhecer, portanto, a equipe em que se está inserido, e o papel e relevância individual dentro do coletivo, implica conhecer também o papel e relevância do(s) outro(s). (Re)-conhecer, a si mesmo e ao outro, é um caminho para a ação eficaz e eficiente. Socializar os conhecimentos e informações é a tática que torna isto possível, que transforma grupo em equipe. Operar de forma trans- ou interdisciplinar é a estratégia para o sucesso.

A razão da escolha deste tema para desenvolver uma reflexão crítica acerca da atenção primária à saúde que é prestada nos serviços de Porto Alegre no campo da epidemiologia se deve ao fato de ter tido o autor o privilégio de exercer um olhar sobre esta atenção de praticamente todas as posições. Através do movimento comunitário, como participante em Associação de Bairro nos anos 1989 até 1994; como delegado do Orçamento Participativo da cidade de Porto Alegre nos anos de 1990 até 1996; através do

Controle Social do SUS (CS) (Lei 8142 de 1990), no Conselho Local de Saúde do bairro Ponta Grossa, extremo-sul da cidade entre 1997 até 2003; nos Conselhos Distritais de Saúde da região Sul/Centro-Sul e região Restinga/Extremo-Sul, por dois anos em cada região; através do exercício da profissão de médico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Ponta Grossa - onde também fora acumulado o papel de coordenador- Belém Novo, Ipanema e Lami; através da experiência de gestão no setor saúde como assessor da Gerência Distrital de Saúde (GDS) Restinga/Extremo-Sul e como Gerente Distrital de Saúde da GDS Sul/Centro-Sul nos anos 2002, 2003 e 2004 e finalmente, através do exercício de docência como professor substituto do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul.

De cada um dos lugares, de cada perspectiva, de cada olhar, como protagonista ou coadjuvante, foi possível entender de fato o significado da palavra **empatia**. e isso fez com que por várias vezes tenha sido necessário repensar convicções e reformular conceitos para sair do comodismo do etnocentrismo, o que não se deu com pouco esforço – papéis múltiplos e, por vezes, conflitantes.

Durante todo este tempo, entre realizações, conquistas, vitórias, problemas, frustrações entre outras sensações, uma preocupação em especial se mostrava com maior intensidade, mais desafiadora: Por que os profissionais com os quais o autor trabalhava como colega, em grande parte se mostravam como alienados do processo de trabalho, despreocupados ou descomprometidos com os resultados ou com os impactos das ações desenvolvidas por eles?

A fragmentação da equipe em categorias estanques, cada qual com seu “saber”, onde a individualização da informação parece se constituir em campo de domínio, por conseguinte em poder, apresentava-se como forte – talvez principal – ingrediente desta forma de constituição de relações entre as pessoas da equipe e da equipe com os outros atores: Clientes, CS, gestor etc.

Em todas as vezes que se deparava com estas perguntas, havia um sentimento de necessidade em resolver estas questões de modo que os profissionais de todas as categorias do setor saúde demonstrassem um envolvimento adequado com seu trabalho e com suas responsabilidades, se estaria, certamente em condições de dar respostas bem mais satisfatórias frente às necessidades sociais em saúde que “batem à porta”.

Da vivência pessoal, do mundo dos sentidos e da emoção, faz-se o movimento para o mundo da pesquisa. A pergunta é refeita, ou, a hipótese é levantada: seria possível, por meio do desenho de estratégias de socialização da informação, fazer um movimento em direção a uma “ação coletiva” em prol da saúde?

Justificativa e referencial teórico:

Há muito que se tem percebido o grave problema de, nos serviços de saúde da APS, a equipe de saúde desconhecer, ou não entender, a dimensão do trabalho que realiza. É comum não se saber a cobertura de pré-natal, de vacinas, pré-nenê, prevenção de Câncer de colo uterino e outras, de modo que não se sabe se esta equipe está aquém ou razoável ou mesmo além dos objetivos definidos para estes programas e responsabilidades. Não são raras as situações onde se percebe insatisfação dos profissionais com o volume de dados e informações que são enviados para a administração superior, para as quais, no geral, não se tem retorno. Isto, por si só, contribui para que o trabalho se torne automatizado e alienante, porquanto os profissionais desconhecem os resultados e impactos de sua ação no território de responsabilidade. Com isto, deixa-se de utilizar a capacidade criativa dos trabalhadores em se sentirem protagonistas e sujeitos de suas ações e, portanto, de suas proposições. Várias são as razões para a existência deste fenômeno. Fialho Júnior (2004, p.77) destaca que:

“Existem motivos importantes e muitas vezes justificados (ou aceitos), em determinado momento, dentro da maioria das equipes de saúde, para o não uso ou baixa sensibilização em relação ao trabalho com dados e informações. Sejam estas as que são geradas pela demanda e produção, e que não necessariamente são só quantitativas, (perfil do atendimento, visitas, morbidade dos que nos procuram, total de gestantes na região), mas também às que dizem respeito à mortalidade, agravos notificados e morbidade da região, entre outras. A baixa motivação para o uso destas ferramentas é decorrente muitas vezes da forma e das justificativas inadequadas, no momento da implantação de determinado sistema, do aperto com a demanda infinita, da priorização por outros temas que tomam este espaço, além do desconhecimento ou não investimento na capacitação para o uso da epidemiologia e da informação em saúde nos serviços.”

Um sistema de comunicação deficiente entre os níveis hierárquicos, e na própria equipe, e o não compartilhamento de informação dentro da própria equipe, parecem se constituir em ingredientes principais da gênese deste problema. A dificuldade de se trabalhar de forma transdisciplinar - de se apreender o valor da informação, a importância

da estruturação de um sistema de informação, o papel chave do compartilhamento da informação no alcance das metas coletivas configuram-se como “amarras” que dificultam o desenvolvimento qualitativo do grupo, exatamente por falta de colocar-se a disposição de todos aquilo que só se tem quando estiver presente a “essência” de cada olhar. Entender os resultados obtidos de forma transdisciplinar só poderá ser feito se ao avaliarmos esses resultados o fizermos também de forma transdisciplinar. Tanaka (2000) define esse exercício como sendo:

Trabalhar a transdisciplinariedade é fazer recortes dos conhecimentos, cuidando para que tais recortes não sejam apenas retalhos superpostos. Isto porque o resultado pretendido na utilização de conhecimentos, técnicas ou instrumentos de distintas disciplinas na avaliação não é um amálgama de todos os componentes utilizados

CORNETA (1996, p.46), trabalhando a questão da reorganização dos serviços de saúde no SUS e a formação de recursos humanos, alerta que:

No espaço dos serviços, onde o saber e o fazer se concretizam, a acumulação ocorre de maneira assistemática, sem vinculação a um projeto definido, respondendo a demandas pontuais e imediatistas. A força do fazer vence a do pensar prevalecendo a rotina técnico/burocrática da administração de pessoal. O cotidiano é quase sempre negado em função de normas, rotinas, padrões tecnológicos que transformam este rico e concreto espaço em um mero repetidor de um modelo ultrapassado.

Mais adiante, ao propor alterações neste estado de fazer, a autora, propondo melhoria na qualidade dos serviços prestados à população, identifica como componente importante o compromisso dos servidores em produzir serviços de qualidade – objetivos da instituição - pretendida na magnitude e natureza dos recursos disponíveis. Para isso, entende que o primeiro passo é tornar os trabalhadores **sujeitos** do processo. Que essa mudança requer que os trabalhadores participem e conscientizem-se dos objetivos do seu trabalho. Que devem conhecer a área de abrangência do seu serviço, o perfil populacional, as reais necessidades desta população, enfim todos os aspectos inerentes ao território de responsabilidade deste serviço e quem nele vive. Complementa a autora dizendo ser esta uma das formas de tornar os trabalhadores mais sensíveis às demandas e assim passar a ocupar o papel de sujeito. Defende ainda que assumir papel de sujeito implica ter uma postura de análise crítica a respeito dos problemas de saúde da população, levando o trabalhador a desenvolver maior comprometimento social e profissional com a realidade dos serviços de saúde.

Um dos principais entraves para uma equipe de saúde que trabalha com epidemiologia é seu suposto caráter meramente quantitativo. É comum, por exemplo, o uso do conceito “indicador”, que muitas vezes vem descolado do seu contexto de produção, sendo apreendido como mera constante. Perde-se, assim, a noção do indicador como um norte, um movimento que aponta, “indica” que algo está acontecendo, ou que poderá acontecer, apontando para ações curativas, preventivas ou outras formas de intervenção que se façam necessárias. Construído no seio da equipe como processo, como meio e não fim, um indicador assume papel aberto, a ser mudado, melhorado ou erradicado. Fialho Júnior (2004, p.59),firma que:

“ Os indicadores de saúde, sempre trabalhados friamente em sala de aula, devem merecer um ‘aquecimento’ pela prática dos serviços. Momentos de resistência na graduação, de que “a epidemiologia só mexe com números” devem ser revistos. A necessidade da utilização da epidemiologia pelas mais variadas áreas (fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, farmácia, psicologia e enfermagem, entre outras), para a abordagem de situações de saúde, deve ser estimulada e valorizada, pelo auxílio que trazem à formação.”

O autor citado acima cita experiência da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Campinas, no ano de 2003, onde foram criados os “antiprotocolos”.

“O antiprotocolo não tem a pretensão de ser implantado, mas de oferecer uma lógica cíclica de decisão coletiva sobre que recursos utilizar e de que forma utilizar. Assim, a equipe constrói coletivamente um projeto de trabalho, que contempla desde a tomada de decisões, o envolvimento dos diversos membros da equipe na invenção de uma nova clínica até a avaliação do impacto das ações, seguida de nova avaliação de impacto, decisão, avaliação...” (SMS, 2003 b, mimeografado)

Esta maneira de horizontalizar a tomada de decisão facilita o uso dos indicadores, ajuda a transformá-los em informação e construir conhecimento. Com esta habilidade, ao se utilizar esses indicadores e informações produzidas no território de ação da equipe, esta passa a ter uma relação mais próxima com sua população de responsabilidade no que diz respeito ao conhecimento necessário que se deve ter desta realidade. Isto permite, à equipe, uma avaliação mais segura e verdadeira de que se está realizando, principalmente verificar se as ações desta equipe têm produzido algum impacto, positivo ou não, para se tomar novas decisões, objetivando, ou manter o que está obtendo os resultados esperados, ou mudar as ações que não tenham obtido sucesso.

Desta forma, as informações, quando contextualizadas, discutidas, trazidas à vida real, ganham significado plausível a todas as categorias de trabalhadores da equipe. Por exemplo: se fôssemos abordar a incidência de diarreia em Porto Alegre e compararmos

com a do PSF Ponta Grossa, poderemos observar que a deste PSF é menor que a da cidade. Esta informação, por si só, encontra-se distante, não palpável. Pode sugerir que as condições de saúde de um lugar são melhores do que o outro, sem maiores considerações. Por outro lado, se, ao observarmos que os casos de diarreia do território do PSF Ponta Grossa vêm da ocupação do Túnel Verde em sua grande maioria, o próprio Agente Comunitário de Saúde (ACS) poderá identificar o problema como sendo um indicador e propor à equipe um estudo do caso, das condições de higiene, moradia, água, enfim, do perfil psicossocial da comunidade daquele entorno. Com uma ação factível, orientada e acompanhada, poder-se-á mudar radicalmente a incidência de diarreia no território do PSF Ponta Grossa. Também permite identificar que, por um surto temporário de diarreia em uma micro-área de risco, se a informação não fosse contextualizada, poder-se-ia concluir erroneamente que neste território de responsabilidade este evento fosse prevalente com um índice além da média histórica anual.

É de extrema relevância se poder detectar o nível de entendimento que os trabalhadores das diversas categorias do setor saúde têm em relação à informação, Sistema de Informação (SI), bem como Sistema de Informação em Saúde (SIS). Saber que existem, que são ferramentas, para que servem, enfim, aprender a manejar estes conceitos em prol de uma atenção à saúde mais instrumentalizada e qualificada. Fialho Junior (2004), lembra que o Informe Epidemiológico do SUS (1994) define SI como:

“uma reunião de pessoas e máquinas, que visam a obtenção e processamento de dados que atendam à necessidade de informação da instituição que implementa esse sistema”. Refere ainda que cada SI “reflete o sistema decisório da área que vai subsidiar”,

“o sistema deve ser concebido, pois, na qualificação de suas ações, como produtor de conhecimentos e como descritor de uma realidade”, e mais adiante o texto finaliza, atribuindo ao SI a importância de promover a integridade do sistema de saúde. (BRASIL, 1995)

Para o campo as Saúde, especificamente, existe um SI próprio, o SIS, já citado anteriormente. Fialho Junior, utilizando os Informes Epidemiológicos do SUS, (1994 e 1998), Explica SIS da seguinte forma:

“constitui-se num componente do sistema de saúde e tem como propósito geral facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos, e programas de saúde, subsidiando o processo de tomadas de decisões, com vistas a contribuir na melhora da situação de saúde da população”.

Define como funções deste sistema, “o planejamento, a coordenação e supervisão dos processos de seleção, coleta, aquisição, registro, armazenamento, processamento recuperação, análise e difusão de dados e geração de informações”. (BRASIL, 1994 a; BRASIL 1998 b)

Mais adiante, através do Guia de Vigilância Epidemiológica (2000), traz que informação em saúde:

“é o esteio para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças”.

A questão maior que se impõe, então, é perguntar como seria possível promover um entendimento e ação coletiva dentro de um grupo multidisciplinar de profissionais de saúde que, como ponto de partida, incorporam formações advindas de áreas do conhecimento diferentes?

Individualismo e coletivismo metodológico traduzem uma das mais persistentes clivagens na área de ciências sociais. Se a coesão social nasce de uma “soma” dos indivíduos, ou se ele incorpora uma força maior que determina o comportamento individual traduz uma impossibilidade de combinar os níveis micro e macro dentro de um mesmo esquema analítico (Elster, 1989). De sociólogos a filósofos, e especialmente a partir dos economistas, inúmeras explicações têm sido propostas. De comum entre todos, é o reconhecimento da racionalidade limitada dos indivíduos, e de sua propensão a agir em benefício próprio. Segundo Boudon *apud* Orestein (1998, p.163), o *Homo sociologicus*:

“ (...) é um ator intencional, dotado de um conjunto de preferências, procurando maneiras aceitáveis de realizar seus objetivos, mais ou menos consciente do grau de controle que tem sobre elementos das situações onde está metido, agindo com **informações limitadas** (grifo adicionado) em uma situação de incerteza. Em resumo, a característica fundamental do que chamo de *homo sociologicus* é racionalidade limitada.”

A visão utilitarista da ação coletiva, desenvolvida no âmbito da economia neoclássica, avançou, principalmente por meio de modelos matemáticos, na busca de explicações que pudessem abrir possibilidades de intervenção nos grupos no sentido de maximizar o bem coletivo. Apesar dos reconhecidos limites da abordagem econômica, ainda que apontando para uma impossibilidade de um comportamento essencialmente racional dos indivíduos, um fator chave está sempre associado às dificuldades da ação

coletiva: a assimetria de informação disponível para as várias fases da ação coletiva (Orestein, 1998).

Segundo (GUIMARÃES, 2005), assimetria de informação significa, fundamentalmente, que a informação do ambiente disponível para cada indivíduo não é simétrica, e que esse é o primeiro motivo que faz com que não seja possível que o coletivo tenha uma mesma visão e entendimento dos eventos. Não só há uma distribuição desigual de informação no ambiente (por razões estruturais e conjunturais), mas também, e principalmente, cada indivíduo possui sua capacidade própria de decodificação e entendimento da informação, função de suas competências e vivências próprias.

Desde o Leviathan de Hobbes, são discutidas soluções internas ou externas ao grupo em busca da ação coletiva. A intervenção do Estado refere-se a um paradigma clássico de solução externa para garantir o bem coletivo. É a visão da autoridade, do poder e da força. As soluções internas, ainda segundo Orestein (1998), é uma busca de um nível mínimo de cooperação, que interessa mesmo aos anarquistas – a mão invisível de Adam Smith é um exemplo dessa perspectiva.

Dos estudos recentes nos campos da ciência da informação (Christovão & Braga, 1998) e da gestão empresarial (Nonaka, 2000) vem, entre outras e várias perspectivas, a abordagem da socialização da informação. Ambas perspectivas, ainda que desenvolvidas dentro de áreas de conhecimento diferentes, enfatizam o papel principal do compartilhamento da informação para geração de novo conhecimento, um conhecimento partilhado do grupo que o faz sentir como time, interdependentes, que se somam e que só ganham sentido no todo. Ou, é preciso que ocorra um processo constante e recorrente no grupo de *re*-contextualização da informação, com cada indivíduo aprendendo a expressar o que sabe e, principalmente, a ouvir o outro. Esse entendimento e esse conhecimento é local, próprio do coletivo, uma cultura local de saber e fazer.

A visão de processo da socialização da informação não prescinde de planejamento. O planejamento é peça fundamental em qualquer ação programada. Não se julga possível ocorrer ações de socialização de informação, com equipes transformando realidades, causando impactos positivos e obtendo sucesso em suas ações, se estas não são planejadas. Contudo, há que se ter cautela quando se fala em planejar. Existem inúmeras experiências de ações planejadas de forma detalhada exaustivamente, apresentados os

objetivos de forma solene, os atores designados para cada etapa, e os resultados foram tão somente frustrações. Isto ainda ocorre quando se assume Planejamento Normativo, com alguém pensando sobre um grupo, alheio a ele, como que fosse possível passar a este grupo, por osmose, as tarefas pensadas. Por outro lado, se se adota o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Matus (HERTAS) 1996, com os planejadores fazendo parte do grupo que executará a ação planejada, ou seja, o próprio grupo planejando suas ações, se terá mais chances de se obter sucesso.

Castor (1989), por exemplo, aborda o binômio planejamento/ação planejada, apontando que as idéias, mesmo as mais brilhantes concebidas no planejamento empresarial, só começam a dar resultados quando são transformadas em ação. Defende que para colocar as idéias em ação, inexiste a dicotomia pensar-agir. Não existem, em uma organização, segundo o autor, pessoas exclusivamente “especializadas em pensar” e pessoas “especializadas em executar” aquilo que os outros pensaram. Relata, também, as mudanças que se poderão observar durante a execução, e a necessidade de se ter capacidade de antever possíveis mudanças. Diz do perigo de se simplificar o processo com simulações ou modelos que não refletem a realidade.

“Assim, poucos equívocos podem ser tão danosos quanto a crença de que o modelo representa fielmente a realidade e a crença de que o universo no qual opera o planejador é estático, e nele uma ou poucas variáveis se movem, enquanto as demais permanecem como eram. É necessário que o planejamento seja suficientemente flexível para levar em conta alterações múltiplas e permanentes e é indispensável abandonar uma postura que parece querer dizer: se a realidade teima em não querer se comportar como o modelo prévio, a realidade é que deve se ajustar...” (Castor, 1989, p.10)

Infelizmente, a literatura aponta que quase sempre a gestão se posiciona como planejadora das ações, alheia e sobre os grupos executores das ações. E é este mesmo gestor que qualifica estas ações, as avalia, e, não raramente, enxerga nos trabalhadores a razão da frustração dos objetivos. Ao se adotar um planejamento como o PES, se estará oportunizando adotar uma conduta socializadora das informações, do planejamento e das ações. Desta forma, como refere Castor (1989, p.16):

“o fator que efetivamente dá consequência ao planejamento empresarial e recompensa intelectualmente os planejadores é a transformação das idéias em ação planejada, isto é, em intervenção proposital e ordenada para modificar realidades que se considere indesejáveis ou permitir a permanência de situações que se queira preservar.”

Um segundo conceito que auxilia no pensar e realizar a socialização da informação remete ao que TERRA (2002) define como Comunidades de Prática, que consistem em pessoas que estão ligadas informalmente, por um interesse comum no aprendizado e, principalmente, na aplicação prática. O que esse conceito explicita é que se trata de um processo de aprendizado, algo a ser construído no dia-a-dia, ao longo da prática do fazer. Mais uma vez se evidencia a indissociabilidade entre saber e fazer. Esta forma de ser equipe, de compartilhamento de informações, de responsabilidades, de metas, segundo leva à vantagens coletivas, isto é, um crescimento para o grupo, e vantagens individuais, já que as pessoas envolvidas adquirem habilidades que poderão utilizar com benefícios em prol de si próprias ao longo de sua vida profissional e pessoal. Alguns benefícios coletivos dentre outros, podem ser citados: rápida resolução de problemas; percepção de produzir e capacidade de transferir “melhores práticas” (*best practices*), habilidade de detecção de sinais no ambiente externo, aumento de “poder” para participar das decisões. Os benefícios individuais vão de um aumento de competência, sentimento de pertencimento e responsabilidade, maior capacidade para filtrar e interpretar informação, aprender com especialistas e colegas, e reconhecimento social.

É a partir dessa perspectiva teórica que se objetiva propor estratégias de socialização da informação no ambiente da Unidade Básica de Saúde Ponta Grossa, serviço de Atenção Primária em Saúde do Distrito de Saúde Restinga/Extremo-Sul da cidade de Porto Alegre. Este serviço é uma unidade do Programa de Saúde da Família, composta por duas Equipes, ou seja, conta com dois profissionais Médicos de Família e Comunidade, dois profissionais enfermeiros, quatro profissionais técnicos ou auxiliares de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde e um profissional de higienização. Esta Unidade também abriga alunos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que estão no terceiro semestre, na disciplina de Métodos de Abordagem em Saúde Coletiva (MASC), realizando estágio prático em campo daquela disciplina. O território de Responsabilidade da UBS Ponta Grossa é extenso e, segundo Censo IBGE de 2000, 6666 habitantes.

Neste território, o perfil psicossocial é heterogêneo, comportando as várias camadas que compõe a Pirâmide Social. Pode-se encontrar, neste cenário, geo-referências de alto risco social, favela, ocupação de áreas insalubres à beira de arroio poluído, tudo isso em contraste com locais residenciais de alto-padrão, . Pode-se mesmo dizer que se convive com realidades de primeiro e terceiro mundo. É neste contexto que a equipe deste serviço opera, com suas peculiaridades, suas diferenças e contrastes. Uma parte da população totalmente SUS-dependente , outra parte que não utiliza os serviços de atenção básica do SUS, salvo em situações de vacinação.

Esse contexto pode ser tomado como um dos fatores que contribui para a pouca prática de registro de procedimentos, o que pode acarretar inconsistências na medida de cobertura que o presente trabalho tenciona avaliar. Entretanto, apresenta também a oportunidade de se trabalhar esta questão, ou seja, que se busque a informação completa para se trabalhar cobertura vacinal, alertando também para o fato que dados (números) não são informação(interpretação dos dados).

O espaço físico deste serviço conta com dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, sala de curativos e procedimentos básicos, sala de vacinas, sala de triagem, medição de peso, pressão arterial, temperatura axilar, sala de nebulização, sala de espera, recepção, farmácia, cozinha, banheiro público banheiro de funcionários e sala de reuniões. No turno da manhã são fornecidas consultas médicas agendadas e de pronto-atendimento. À tarde, se realizam programas em dias específicos. Na segunda-feira, Pra-Nenê (puericultura); na terça-feira, Saúde da Mulher; na quarta-feira, Pré-Natal; na quinta-feira, reunião de equipe e na sexta-feira, grupos (idosos, hipertensos, diabéticos). O Anexo I apresenta sumariamente tais Programas. Há, também, consultas de enfermagem e procedimentos que são realizados ao longo do dia, visitas domiciliares de médicos, enfermagem, ACS, com ou sem alunos da FAMED/UFRGS.

De antemão, já é possível identificar situações cotidianas que explicitam a necessidade de uma maior conscientização do profissional sobre a missão e a visão que devem ser praticadas em uma unidade de saúde. Por exemplo, a recepção, que é o local

onde as pessoas são primeiramente recebidas , tem sido o foco de geração de tensões no trabalho e na relação com os clientes do serviço, pois, pelo atual modo de atenção, neste local é onde por mais vezes se pronuncia a palavra “**não**” -, também o fato de não se conseguir, neste serviço, uma constante capacitação e apropriação, pelos ACSs, do processo de trabalho, pois praticamente lhes é solicitado que não permaneçam no espaço físico da UBS já que seu trabalho deve ser “na rua”, em visitas domiciliares. Isto faz com que os ACSs se sintam descolados, excluídos da equipe. O fato de o PSF ter sido elaborado e concebido dentro de uma concepção do Modelo Biomédico do início do século passado, ou seja, com planejamento vertical, hierarquizado, médico-centrado, também se constitui em um grande dificultador das relações no trabalho. O tamanho da equipe, em termos de recursos humanos para o tamanho da população e extensão territorial é outro problema que certamente torna a missão desta equipe quase como que impossível de ser bem executada.

A forma de articular o trabalho, de propor uma perspectiva de processo de trabalho protagonista, planejado e propositivo é que pode transformar o local de trabalho e de planejamento em um espaço horizontal e partilhado de tomada de decisões. Este modo é que pode transformar qualquer trabalhador em **sujeito**, de chamá-lo ao comprometimento. Uma equipe com tal nível de amadurecimento é capaz de antever ameaças e prevenir eventos indesejáveis. Desta forma se poderá construir o futuro mais previsível e menos ameaçador. Pelo menos não tão incógnito. Castor encerra de maneira desafiadora, citando Kettering, quando diz: “todos deveríamos estar preocupados com o futuro, pois temos de passar o resto de nossos dias nele”.

Objetivos:

Este trabalho tem como objetivo propor estratégias que possibilitem a criação de um ambiente de trabalho socializador das informações Unidade Básica de Saúde Ponta Grossa, Porto Alegre/RS, como forma de melhorar eficácia, eficiência e efetividade dos serviços de saúde.

São os seguintes os objetivos específicos:

- 1) Sob a perspectiva da organização dos serviços, elaborar um mapa de competências, de conteúdos e de fluxos de informação que ligam e coordenam os profissionais de da Unidade no âmbito dos diferentes Programas;
- 2) Identificar os canais e formas de interação da Unidade com os diversos atores/instituições do ambiente externo;
- 3) Identificar, no mapa descrito no item anterior, o nível de interação que os profissionais da Unidade com os Sistemas de Informação em Saúde;
- 4) Propor estratégias que possibilitem a criação de um ambiente de maior compartilhamento das informações produzidas e usadas nos processos de trabalho cotidiano da Unidade.

Metodologia:

Para se propor um espaço de trabalho socializador das informações como transformador de realidades, parte-se da proposta de HARTZ (1992) que desenha o ambiente de ação amparado em três pilares: Estrutura, que é pré-condição para o funcionamento de qualquer coisa; Processo, o funcionamento em si, e os Resultados, que nada mais são que o efeito do funcionamento. Ora, se a Estrutura é um elemento de difícil variação, e se o objetivo é modificar os Resultados, é, portanto, no Processo que se deve propor a operação.

Assim, a meta é alcançar um processo de trabalho que possibilite que:

“(…) as pessoas trabalham em conjunto e/ou se associam a outras naturalmente. Ele reconhece e celebra o poder das comunidades informais de colegas, sua criatividade e recursos para resolver problemas, e sua habilidade de inventar maneiras melhores e mais fáceis de resolver seus desafios. O que mantém os membros da CdP juntos é um sentido comum de propósito e uma necessidade real de saber o que os outros membros sabem.”(Terra, 2002, p. 02, citando Brown)

Assim, o primeiro passo da metodologia é buscar identificar o processo por meio dos fluxos de informações que ligam as práticas, profissionais e ações, multidisciplinares que concorrem para o fazer cotidiano. Duas etapas se somarão:

- a) análise documental – consulta nos documentos que explicitam a missão dos Programas e orientações de funcionamento, nos âmbitos SUS, Estado e Município. Isso porque a lógica dos Programas de Saúde segue a lógica SUS da descentralização com coordenação, o que implica que o processo de trabalho, enquanto fluxo de informação, deve refletir essa coordenação através de links e formas de comunicação-transferência de informação. Particularmente, deve ser enfatizada a orientação do município para cada Unidade, e relacionamento com outras Unidades locais e o poder decisório. A análise dessa documental deve prover um mapa esquemático de uma rede de relacionamento local/estadual/federal que será utilizada na etapa a seguir;
- b) Enquete sumária com os profissionais da Unidade, através de um questionário padrão, ao qual será anexado o esquema gerado no item anterior. O objetivo será avaliar o “reconhecimento” do padrão proposto de comunicação organizacional, e a localização do “local particular” de cada

um. É expectativa que os entrevistados também complementem o esquema, e apontem, individualmente, com quem se relacionam, que conteúdos de informação produzem, onde eles são armazenados, e para quem são dirigidos.

A análise e consolidação das informações coletadas nos itens acima deverão ser traduzidas em um mapa de relacionamento, ou, uma rede que explicita a interação entre os profissionais e os fluxos de informação que os liga. A esse mapa Guimarães (2005) chama de fato gerador. Um fato gerador pode ser entendido como um dispositivo de informação que procura sintetizar as várias representações de conhecimento, codificadas e tácitas, organizacionais e pessoais, de atores, conteúdos e fluxos de informação do coletivo da equipe. Ele deve ser entendido como o ponto de partida para que cada ator possa fazer um exercício *re-conhecimento* e *re-contextualização* nas mediações globais, internas e externas a um espaço geográfico local. Aqui, o mapa, como fato gerador, terá como objetivo:

- Identificar estoques/conteúdos de informação com potencial de ser compartilhado no grupo;
- Explicitar a densidade informacional da rede interna, ou, se os profissionais interagem muito ou pouco;
- Explicitar as relações do Programa com as organizações externas, ou, as relações inter-redes, e
- Explicitar as relações internas profissional-Sistemas de Informação de Saúde.

A partir da construção do fato gerador, a abordagem metodológica preconiza que o próprio grupo decida como discutir e re-desenhar os relacionamentos, pelo menos no âmbito geográfico local. Ou seja, não existe um conjunto pré-estabelecido de ações - cada grupo de profissionais, em contextos específicos de prática, deve ser capaz de decidir como ir para diante com o objetivo, ou a decisão, de compartilhar informação. É essa decisão do grupo, e só ela, que pode transformar o compartilhamento em socialização, no sentido de criação de novo conhecimento, nascido de uma percepção e entendimento do grupo que é possível se renovar, re-aprender, se tornar sujeito e protagonista, em um constante movimento de fazer aprendendo, e aprender fazendo.

Existe, entretanto, o papel central do líder, liderança que não é autoritária e que não vem de cima para baixo. É a liderança que propõe o desafio, ouve, argumenta, e procura construir aquilo que Habermas (2001) denomina agir comunicativo no mundo vivido.

Assim, a etapa que deve se seguir é a promoção de uma reunião da equipe para apresentação dos resultados. Essa reunião deverá ser conduzida por profissional devidamente qualificado em dinâmica de grupo de maneira a se ganhar o máximo em estímulo à interação e vivências de grupo. Essa primeira reunião deverá ser capaz de gerar compromisso, ou intenção, de continuidade do processo, através de reuniões periódicas.

Inicia-se, assim, um compartilhamento e convivência entre todos os trabalhadores. Esta primeira meta será o “esteio” no qual as outras metas deverão se seguir, mas que deverão ser pensadas e decididas pela equipe. A proposta é que sejam realizadas oficinas de trabalho, onde conceitos constitutivos do discurso dos profissionais sejam discutidos e levados à transformação, ou, contextualização, da teoria para a prática do fazer saúde. Por exemplo, o que é o território? Como esse conceito está ligado à transição demográfica? Como ambos os conceitos estão ligados à prática cotidiana do fazer saúde? Esses espaços de discussão são, portanto, essenciais para construir um sentido e entendimento particular da teoria na prática específica do Programa.

As oficinas são também espaços para se conhecer e mirar o outro, em suas características próprias, talentos e peculiaridades, de modo que se aprenderá a contar com cada um segundo suas possibilidades. Isso facilitará o envolvimento de todos, o respeito às características individuais, bem como se estabelecerá com mais facilidade o “como fazer” para alcançar onde se almeja chegar.

Finalmente, durante as oficinas deverá ser possível explicitar as formas de relacionamento do grupo organizações externas que compõem o SUS e complementam, da perspectiva da coordenação global da ação da saúde, o fazer local. Quer por excesso ou carência, o grupo deve explicitar suas necessidades de informação, construindo uma agenda suscetível de negociação. Aqui é também o lócus onde deve ser pensado e construído um

novo relacionamento com os Sistemas de Informação de Saúde, enfatizando o papel da qualidade e o impacto global das informações geradas localmente.

O monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento de todo o processo deverão ser realizados através de registros de discussões coletivas, acordos, temas em aberto, dentro do cronograma previsto pelo grupo. Esses registros, como atas, devem ser compartilhados com todos e organizadas de forma a se constituírem, no futuro, na memória de uma experiência única.

Ainda durante o processo de realização das oficinas, a informação documental identificada, inicialmente individualizada, deverá ser organizada e colocada à disposição de todos os membros do grupo. O que antes era considerado de conhecimento e interesse privado de um grupo de profissionais de formação específica, passa a ser compartilhada com todos. Deve ser buscado o desenvolvimento de soluções que façam uso de tecnologias web, um sítio ou uma *intranet*, que permita que todos tenham acesso e se beneficiem da informação.

A avaliação do processo deve ter vertentes quantitativa e qualitativa. Ao final dos seis primeiros meses, deverão ser comparados os indicadores de desempenho do programa atualmente em uso. Em relação a avaliação qualitativa, deve ser construído um questionário para ser utilizado em entrevista semi-estruturada com todos os profissionais para que expressem suas avaliações sobre os benefícios, ou não, da estratégia de socialização em curso.

Finalmente, este é um trabalho que busca responder uma questão básica, apresentada no objetivo: Socializar informações no trabalho de forma efetiva implica ou não maior eficácia, eficiência e efetividade? Não se sabe, ou, não existem garantias, ainda que a literatura reporte casos de sucesso. Entretanto, pode ser que se demonstre que não. Contudo, se as respostas apontarem positivamente, se terá construído uma importante ferramenta na busca pela excelência na execução das ações em saúde.

Delimitação da Pesquisa

Unidades de Atenção Primária em Saúde (UBS e PSF) dos Distritos de Saúde Sul/Centro-Sul e Restinga/Extremo-Sul de Porto Alegre.

Cronograma

Elaboração, justificativa, problema, objetivos	Março a Maio de 2005
Ampliação do marco conceitual e versão do primeiro documento	Junho e Julho de 2005
Metodologia	Agosto de 2005
Redação do Projeto e entrega para banca	Setembro de 2005
Apresentação do Projeto	Outubro de 2005
Coleta de dados	Março a Maio de 2006
Análise de dados	Junho a Agosto de 2006
Elaboração de relatório da pesquisa	Setembro a Dezembro de 2006
Elaboração de artigo para publicação	Janeiro a Fevereiro de 2007

Orçamento

- Custos com combustível para deslocamento entre aproximadamente dezoito serviços de APS destes Distritos – 70 litros
- Papel para apontamentos das entrevistas, caneta.
- Custos com material de informática mais tempo em correio eletrônico com orientadores

Referências:

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. RAP, Rio de Janeiro, vol. 34, n. 6, p.11-34, nov./dez. 2000

ANTOLOGIA DE AUTORES CUBANOS. Saúde e Revolução: Cuba. Rio de Janeiro: Ed. Achiamé/CEBES, 1984

CAMPOS, Gastão W. de Sousa. Considerações Sobre a Arte e a Ciência da Mudança: Revolução das Coisas e Reforma das Pessoas. O Caso da Saúde. In: Inventando a Mudança na Saúde. (L. C. O. Cecílio, org.) pp. 29-87. São Paulo Hucitec

CASTOR, Belmiro Valverde J. Planejamento e Ação Planejada: O Difícil Binômio – Planejamento e Gestão, setembro, 1989 – vol. 1 – Nº 2, pg. 7 a 16

CHAVES, Mario M. Complexidade e Transdisciplinaridade: Uma Abordagem Multidimensional do Setor Saúde

CORNETA, Vitória Kedy Et alli. Reorganização dos Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde e a Formação de Recursos Humanos – Saúde em Debate nº 51 pg. 44 a 49, São Paulo, junho/1996

DEMO, Pedro. Pesquisa, princípio científico e criativo, São Paulo: Cortez, 1996, 4º ed.

DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências - Rev. Adm. Pub. Rio de Janeiro, 26 (2): 8-19, abr./jun. 1992

FLETCHER, Robert. Et alli. Epidemiologia Clínica. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1991

GALLO, Edmundo, RIVERA, Francisco J. Uribe, SILVER, Lynn, UGÁ, M. Alicia D., LABRA, M. Eliana. Planejamento Criativo: Novos Desafios em Políticas de Saúde – Rio de Janeiro, 1992

GUIMARÃES, MCS. Comunicação informal – apontamentos de aula, disciplina de Fundamentos de Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICTS), Curso de Especialização em ICTS – FIOCRUZ, março de 2005, Porto Alegre.

HABERMAS, J. Técnica e ciência como ideologia. Lisboa: Edições 70, 2001.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação em Saúde – Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. – Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz – Versão adaptada de um artigo de André-Pierre Contandriopoulos et ali – A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos, 1992 (p. 14-32)

HELMAN, Cecil G. Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 2º edição, 1994.

HUERTAS, Franco. Entrevista com Matus: O Método PES. São Paulo: FUNDAP, 1996

MATUS, Carlos. Política, Planejamento e Governo. Brasília: IPEA, 1996. vol. I

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. – São Paulo, Ver. Saúde Públ., 34(5): 547-59, 2000

SILVA, Ligia Maria V. da. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas – Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91. jan./mar., 1994

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Uma Proposta de Abordagem Transdisciplinar para Avaliação em Saúde. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu. Vol. 7, agosto de 2000, p. 113 a 118

TERRA, J.C.C & Gordon, C., Portais Corporativos: a revolução na gestão do conhecimento, Negócio Editora, São Paulo, 2002

TESTA, Mário. Pensar em saúde. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1992

SMS-PMPA - Relatórios de gestão 2003 – 2004

ANEXO 1

Programas escolhidos para avaliação

Cobertura Vacinal:

Consiste em manter a população vacinada para todas as doenças que se quer prevenir/evitar. Inicia com a Carteira de vacinas da infância, onde há o envolvimento de profissionais pediatras, médicos de família, odontólogos, equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Há também as vacinas que se fazem necessárias durante a gestação aos cuidados do ginecologista e dos demais já citados, com exceção do pediatra. Vacina anti-tetânica conforme idade ou em algum acidente, envolvendo toda a equipe. Existe a vacinação contra Haemófilo e outros em idosos, também com envolvimento de toda a equipe. Vacina contra hepatite B, conforme idade com envolvimento de toda equipe. Há, também a estratégia de se realizar campanhas vacinais, geralmente duas vezes ao ano onde se procura o envolvimento de todos para que se tenha a chance de “colocar em dia” principalmente crianças com vacinação atrasada e, com isto, lutar para erradicar doenças do nosso meio, ou manter a erradicação das que já se conseguiu esta conquista.

Exame Preventivo de Câncer de Colo Uterino (Papanicolau)

Consiste em rastrear em todas as mulheres de vida sexual ativa, ou quando não, dentro de um período do ciclo vital, qualquer lesão suspeita de neoplasia de colo uterino através de coleta de material em exame ginecológico para análise anátomo-patológica, com o objetivo de diagnóstico precoce, já que é preconizado que nestes casos estas lesões podem atingir 100% de cura. Este rastreamento, para ser bem executado necessita o envolvimento dos ACS, equipe de enfermagem, ginecologistas, ginecologistas, quer na divulgação de sua importância, na sua coleta adequada ou na entrega dos resultados com a orientação e conduta conforme o diagnóstico.

Pré-Natal

É o acompanhamento da gestante desde o diagnóstico de gestação até a primeira consulta de revisão pós-parto. Este acompanhamento é realizado através de consultas com o

médico de família ou ginecologista/obstetra, que iniciam-se mensais e aumentam de frequência no último trimestre ou se necessário antes quando gestação de risco. Nele se realizam exame físico periódico, controle de peso, altura uterina, exame de toque de colo uterino, ausculta dos batimentos cardíco-fetais, exames laboratoriais para se manter a saúde da gestante com sua manutenção ou alguma correção que se possa fazer necessária, ou mesmo detecção de alguma doença infecciosa e a conduta para tal, exames de imagem (ultrassonografia obstétrica), vacinação que se fizer necessária ou reforço. Também faz parte deste acompanhamento o encaminhamento de casos de gestação de alto-risco ao acompanhamento em nível hospitalar.

Pra-Nenê

Quando se realiza a primeira consulta pós-parto para a mãe do bebê, inicia-se, com o bebê, o acompanhamento de puericultura, denominado em protocolo do Ministério da Saúde (MS) de Pra-Nenê. Este acompanhamento consiste em consultas periódicas em que se observa o crescimento do em todos os seus aspectos, físico, cognitivo, afetivo, etc..., controle antropométrico, peso, altura, exames laboratoriais, se se fizerem necessários, teste do pezinho, detecção de doenças e condutas diante de sua presença, orientações aos pais quanto aos cuidados em cada fase do crescimento da criança, amamentação, início de administração de outros alimentos – quais e quando -, enfim todos os cuidados de responsabilidade do serviço de saúde até a criança completar um ano de idade. Este acompanhamento exige o envolvimento de toda a equipe, inclusive dos profissionais de odontologia.