

Unidade 5

Coordenação do cuidado
em saúde

Unidade 5

Coordenação do cuidado em saúde

Apresentação

A complexidade dos problemas de saúde, sejam eles individuais ou coletivos, exige, para o seu enfrentamento o aporte de diferentes competências, estruturas e tecnologias que, geralmente, se encontram distribuídas em diferentes pontos de uma rede de atenção organizada em diferentes arranjos e possibilidades. A organização dessa rede depende de múltiplos fatores, entre os quais o modelo de atenção, o papel e o escopo de ação relacionado a cada ponto da rede, a forma como se dá o financiamento das ações de saúde, a disponibilidade de recursos etc. A complexidade do enfrentamento dos problemas determina, também, uma divisão técnica do trabalho e por consequência a necessidade de uma competente coordenação dos trabalhos parciais.

Nessa unidade propomos uma discussão sobre coordenação do cuidado, trabalho em equipe, rede de atenção e trabalho intersetorial.

Seção 1

Coordenação do cuidado

Coordenação, continuidade e integração do cuidado são termos que se referem à ideia de articulação da atenção que recebe uma pessoa/comunidade a partir de diferentes pontos da rede de atenção com o propósito de solucionar problemas de uma forma eficiente e eficaz.

Segundo Almeida (2010, p. 5)

[...] a coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum.

Ainda segundo a autora

[...] a busca de melhor coordenação dos cuidados vem recebendo ampla atenção nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) e países da União Europeia (UE). Entre as razões estão o reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde em parte causada pela especialização da prática médica, que contribui para que o paciente transite por diferentes prestadores ao longo de um mesmo episódio de doença, e o crescimento da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde e outros equipamentos da rede de apoio social em um contexto de pressão por otimização das relações custo--efetividade (ALMEIDA, 2010, p. 4).

Hoje, o desafio de prover o cuidado de forma coordenada está colocado para todos os sistemas de saúde e constitui uma prioridade para os gestores e profissionais de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde espanhol na publicação “Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España”:

Los sistemas occidentales de salud y sociales se enfrentan a una serie de desafíos como resultado principalmente de los retos demográficos y los nuevos patrones epidemiológicos (envejecimiento de población y aumento de enfermedades crónicas) que requieren un nuevo modus operandi , apuntándose la necesidad de trabajo en equipo multidisciplinar (ESPAÑA, 2011, p. 27).

O livro, considerando o postulado da Comissão Europeia-2008 destaca:

La coordinación en los cuidados como elemento esencial para asegurar un continuo asistencial y proporcionar, por tanto, un mayor nivel de calidad y eficiencia en el uso de los recursos (ESPAÑA, 2011, p. 31).

A publicação aponta a situação em alguns países europeus em relação à questão da coordenação do cuidado:

- Áustria e Suíça: A atenção está orientada para o hospital que resulta em um excesso de serviços hospitalares e falta de serviços comunitários e cuidados de longo prazo apesar de esta ser uma necessidade da população;
- Reino Unido: Algumas iniciativas de coordenação do cuidado estão voltadas para o estabelecimento de serviços de cuidados intermediários, a criação de associações de cuidados, o desenvolvimento de procedimentos únicos de avaliação e estímulos financeiros que incentivam a colaboração interdisciplinar;
- Reino Unido, Países Baixos e Países Nórdicos: criação do gestor de casos que se responsabiliza pela coordenação do cuidado de forma geral. Na Alemanha, França, Itália e Áustria também existe o gestor de casos para situações específicas;
- As experiências de coordenação do cuidado levantadas reforçam a importância do cuidado centrado na pessoa em que o paciente é o centro das ações conjuntas e coordenadas dos serviços de saúde;
- A maior parte dos países europeus introduziram equipes multidisciplinares de avaliação e organismos responsáveis por guiar os pacientes pelos diferentes serviços;
- Nos Países Baixos equipes multidisciplinares de avaliação regional decidem o tipo de atenção e apoio que o paciente necessita e que tem direito;
- No Reino Unido, equipes de avaliação e reabilitação comunitárias (Community Assessment and Rehabilitation Teams - CART) e, na França, os Centros locais de informação e de coordenação – (Centres Locaux d’Information et de Coordination - CLIC) realizam funções similares.

Seção 2

Aspectos importantes a serem considerados na coordenação do cuidado

Para uma adequada coordenação do cuidado algumas questões devem ser consideradas no sentido de adequar o cuidado às necessidades do paciente e articular o trabalho de profissionais de diferentes pontos de atenção da rede. Segundo o Libro Blanco (ESPAÑA, 2011) podemos listar:

2.1 Enfoque com base no paciente

A coordenação adequada do cuidado depende de um bom conhecimento do paciente e de suas necessidades para que possamos adequar o cuidado a essas necessidades.

LEITURA OBRIGATÓRIA

Leia o texto “Atenção centrada na pessoa” (SANTOS; OLIVEIRA, 2003).

Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4094.pdf>

2.2 Estruturas de coordenação do cuidado

A coordenação dos cuidados é facilitada quando existem estruturas responsáveis por promover a coordenação. A criação da figura do gestor de casos facilita a relação do paciente com o sistema de saúde. O êxito destas estruturas depende da participação ativa de todos os profissionais envolvidos no cuidado.

2.3 Sistemas de informação

O apoio de sistemas de informação tem possibilitado o acesso e a gestão de dados e o seguimento dos casos. O uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) tem constituído em uma importante ferramenta na medida em que facilita a comunicação e relação entre o paciente/profissional, profissional/profissional e paciente/paciente. Para o êxito dessas tecnologias é importante definir objetivos e critérios para sua utilização.

2.4 Existência de equipes multiprofissionais

A abordagem das necessidades de cada indivíduo requer o aporte de várias competências e do trabalho em equipe para dar uma resposta efetiva ao paciente. Neste sentido é fundamental que os papéis e responsabilidades de cada membro da equipe estejam claramente definidos para garantir a continuidade do cuidado. A avaliação multidimensional faz parte do processo de modernização dos sistemas de saúde em vários países, como, por exemplo, na Alemanha, Itália, França, Países Baixos, Reino Unido e Dinamarca. Ela tem sido incorporada na prática sem muitas dificuldades, contam com boa aceitação e ajudam a envolver diferentes profissionais e melhorar a comunicação entre eles.

2.5 Gestão do desempenho

A avaliação da prestação do cuidado é fundamental no processo de melhoria da qualidade dos serviços de saúde. É importante se definir e utilizar indicadores que monitorem e avaliem a prestação do cuidado e o alcance dos resultados.

2.6 Modelo de atenção

Uma dificuldade importante em relação à coordenação do cuidado é que de uma maneira geral tentamos responder aos problemas crônicos, cada vez mais prevalentes, da mesma forma que respondemos aos problemas agudos. A superação passa por novos desenhos organizativos do sistema de saúde com a valorização do cuidado centrado no paciente e do papel da atenção primária como regulador do cuidado.

Sem a coordenação do cuidado é difícil alcançar objetivos

Para melhoria e continuidade do cuidado, equidade, eficácia e eficiência é importante pensarmos, de forma articulada, a coordenação horizontal – entre profissionais e prestadores de um mesmo nível assistencial, e a coordenação vertical – entre diferentes níveis assistenciais e entre setores distintos – saúde, educação, saneamento, ambiente, redes sociais etc.

2.7 Tipos de coordenação

Segundo Reid, Haggerty e Mckendry (2002), podemos identificar três possibilidades de coordenação:

- 1. Continuidade da informação:** disponibilidade, utilização e interpretação dos eventos relacionados ao problema necessários para a atenção apropriada em um determinado momento.
- 2. Coordenação da gestão:** provisão da atenção adequada, no tempo e local, na busca da eficiência e eficácia do cuidado.
- 3. Continuidade de relação ou longitudinalidade:** interação do paciente com o provedor do cuidado ao longo do tempo.

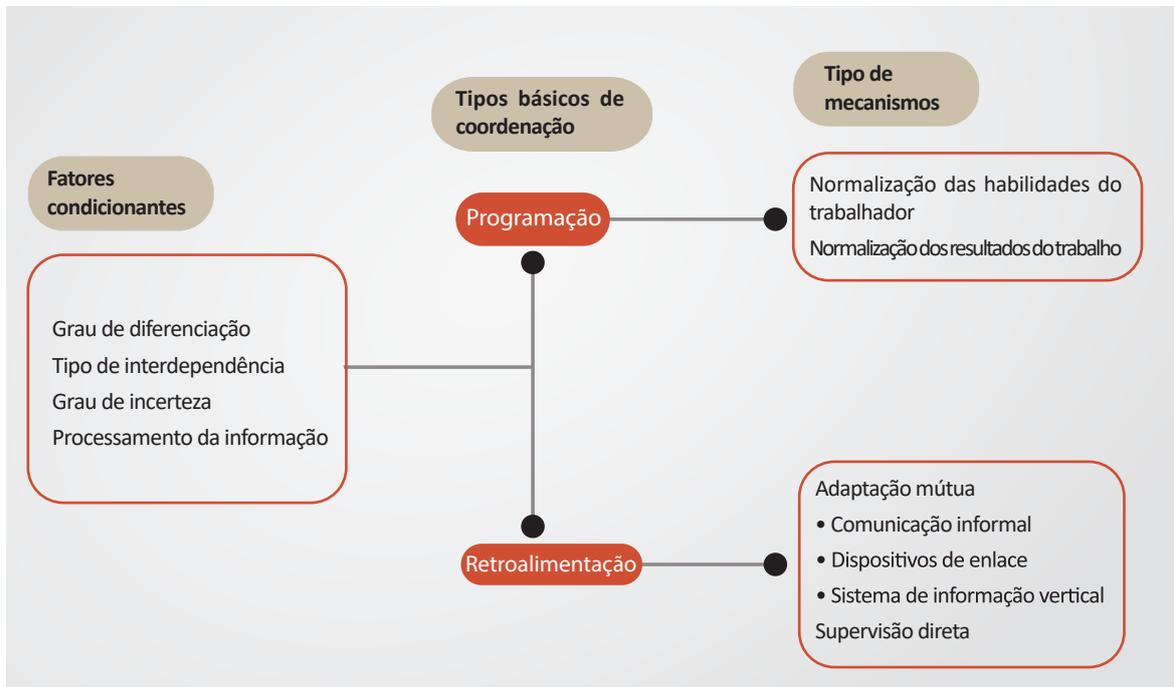
A busca por formas mais adequadas da coordenação do cuidado constitui um desafio permanente para a gestão da saúde em particular e da própria teoria organizacional. No caso da saúde podemos identificar uma interdependência dos serviços e dos profissionais no desenvolvimento das atividades em diferentes espaços. Reid; Haggerty e Mckendry (2002) identificam três tipos de interdependência:

1. **Compartida:** os serviços contribuem em separado para o resultado final mantendo sua identidade. Neste tipo de interdependência os profissionais de diferentes serviços intervêm de maneira paralela com papéis definidos.
2. **Sequencial:** a realização de uma tarefa depende de outra tarefa que deve ser realizada anteriormente. É o caso em que o paciente é transferido de um serviço para outro.
3. **Recíproca:** aportes simultâneos de vários “serviços”. É o caso onde existe a participação de uma equipe multiprofissional.

2.8 Mecanismos de coordenação do cuidado

Nuñez; Lorenzo e Navarrete (2006, p. 487) apresentam o seguinte esquema teórico para classificação dos mecanismos de coordenação para atividades interdependentes.

Figura 3 – Marco teórico para a classificação dos mecanismos de coordenação



Fonte: Mintzberg *et al.* (1990); Nuñez; Lorenzo e Navarrete (2006, p. 487), adaptado pelos autores

Nuñez; Lorenzo e Navarrete (2006) apresentam dois tipos básicos de coordenação: a programação e a retroalimentação. A utilização de um ou outro tipo de coordenação depende de alguns fatores condicionantes:

- Grau de diferenciação da tarefa
- Tipo de interdependência
- Processamento da informação

Grau de incerteza

Os autores definem “incerteza” como a diferença entre a quantidade de informação necessária para desenvolver adequadamente uma tarefa e a informação disponível. Quanto maior o grau de diferenciação da tarefa e o grau de interdependência, maior a necessidade de processar informações. A incerteza diminui a capacidade de planejar e tomar decisões.

Programação

Mecanismo mais indicado quando a interdependência é sequencial e com baixa incerteza. Nessa situação se parametriza e define trabalho, estabelecendo previamente responsabilidades, competências e estruturas necessárias ao desenvolvimento da tarefa além dos resultados do trabalho. Mintzberg *et al.* (1990) citam como mecanismos associados à coordenação por programação a normatização dos processos de trabalho, das competências requeridas e dos resultados do trabalho.

Retroalimentação

Segundo Mintzberg *et al.* (1990), quando a incerteza é maior devido a grande diferenciação/especialização das atividades ou quando se tem que processar um grande número de informações tornando difícil a programação, a coordenação é realizada pela troca de informações.

A partir do esquema proposto pelo autor é possível pontuar alguns aspectos e condições necessárias à coordenação do cuidado:

- Papel estratégico da informação como um fator importante para diminuir a incerteza.
- Importância da informatização de processos e de acessibilidade à informação como, por exemplo, os prontuários eletrônicos em rede.
- Importância de guias e protocolos para estabelecer parâmetros e responsabilidades dos diferentes pontos de atenção da rede e dos profissionais que trabalham em cada ponto da rede.
- Alguns aspectos relacionados aos mecanismos de coordenação podem ser utilizados para definir alguns pontos no processo de contratualização dos profissionais de saúde.

Seção 3

Trabalho em equipe: a coordenação do cuidado e a Equipe de Saúde da Família

A coordenação adequada do cuidado é uma condição fundamental para a qualificação do cuidado prestado à população da área de abrangência da equipe de saúde da família. Embora esta tarefa não seja exclusiva da equipe é inegável que ela tem uma parcela importante de responsabilidade. Neste sentido é fundamental que algumas questões sejam tratadas adequadamente. Entre elas podemos citar:

3.1 Comunicação interna da equipe

Qualquer informação importante sobre a condição do paciente pode definir, em alguma medida, o sucesso ou fracasso do cuidado prestado pela equipe. Por isso, as comunicações entre os membros da equipe, orais ou escritas, devem ser claras e oportunas e é função de todos os membros da equipe.

O que a sua equipe tem feito para melhorar a comunicação interna?

3.2 Comunicação entre a equipe e o paciente

Como vimos, o paciente não é apenas o objeto do trabalho da equipe de saúde, ele também é sujeito do processo do cuidado, sendo capaz de modificar o desenvolvimento de uma dada situação. Neste sentido a equipe deve estabelecer um diálogo horizontal com o paciente onde ele não apenas ouve recomendações e conselhos, mas também expressa opiniões, escolhas, temores e dúvidas que devem ser considerados pela equipe.

3.3 Comunicação externa da equipe

Aqui talvez resida a maior dificuldade da coordenação do cuidado, pois envolve a comunicação entre equipes diferentes, que normalmente trabalham em espaços diferentes e com culturas diferentes, e porque não, com protocolos diferentes e com um nível de comunicação que deixa muito a desejar. Assim a definição de um caminho consensuado para a solução do problema do paciente nem sempre é fácil. Às vezes o que se vê em relação a essa questão é que cada equipe/profissional cuida do “seu pedaço” e não tenta estabelecer uma comunicação com outras equipes/profissionais para saber como anda os “outros pedaços”.

No dia a dia das equipes de saúde da família, é muito comum uma queixa sobre a falta de contrarreferência por parte da atenção especializada e também o reconhecimento do efeito

negativo desse fato sobre a continuidade do cuidado e, por consequência, sobre a própria qualidade do cuidado. Podemos também constatar uma insatisfação com essa situação e, em muitos casos, certa inércia em relação a ela. Trata-se de uma insatisfação que não se transforma em uma ação. Um desafio para sair dessa “inércia” é construir uma agenda de discussão dessa questão que envolva profissionais de diferentes pontos da rede e a gestão, construindo espaços de discussão com o objetivo de “afinar” os objetivos do trabalho e obter uma melhor coordenação do cuidado. Estamos atrasados em relação a esse tema.

Seção 4

Trabalho em equipe

O trabalho da equipe de Saúde da Família deve tomar como referência a concepção de equipe que os profissionais têm e sua forma de funcionamento.

O TRABALHO EM EQUIPE

Os conceitos a seguir expostos têm como referência o capítulo “O trabalho em equipe” (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2008), da publicação “Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2008).

4.1 A concepção de equipe e o processo de trabalho

A coordenação do cuidado, necessária para aumentar a possibilidade de sucesso do nosso trabalho, passa por uma reflexão sobre como atuamos enquanto equipe de saúde, como funcionamos como uma rede de atenção e como nos relacionamos com outros “nós” da rede, e como nos relacionamos com outras instancias externas ao Sistema de Saúde e com a própria comunidade objeto de nosso trabalho para solucionarmos os problemas de saúde – individuais e coletivos. Como referido no texto anterior existe uma interdependência das diferentes ações executadas por diferentes profissionais no interior de uma equipe ou entre os nós de uma rede de atenção. Para iniciar nossa discussão sobre os temas referidos anteriormente começaremos pela discussão sobre o trabalho em equipe.

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

- Da necessidade histórica do homem de somar esforços para alcançar objetivos que, isoladamente não seriam alcançados ou os 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.

Hoje, mais do que nunca, o trabalho em equipe tem sido incentivado em praticamente todas as áreas da atividade humana. Vários autores destacam as 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:

“Conjunto ou grupo de pessoas que se aplicam a uma tarefa ou trabalho”. De acordo com este 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.

“Conjunto ou grupo de pessoas que partilham de um mesmo objetivo”. Neste 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 que 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 através do 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 e não de uma imposição externa ou de apenas de um dos membros da equipe.

“Conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras por meio de uma missão, de objetivos comuns – obtidos pela negociação entre os membros da equipe – e de um plano de trabalho e mecanismos de coordenação bem definidos”. Neste conceito se reconhece 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.

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

4.2 O funcionamento da equipe

Quando nos referimos a um determinado tipo de trabalho como sendo o 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 necessários 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), têm 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, no entanto, que o beque marque gols e vice-versa, nem que o atacante ajude no trabalho da defesa e até substitua o goleiro. Sob este aspecto podemos dizer que existe certa inespecificidade no trabalho dos jogadores.
- Trabalho do técnico (coordenação) no momento de uma partida pode ser prescindido, sem que isto signifique necessariamente o fracasso da equipe. Temos vários exemplos onde o técnico não estava presente (tinha sido expulso) e o time ganhou a partida. Observamos ainda que, no decorrer de uma partida de futebol, alguns jogadores podem assumir a coordenação da equipe na execução de uma tarefa específica, como por exemplo: organizar a defesa quando o time está sendo atacado, comandar o ataque, preparar uma jogada, etc..
- 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 -, têm conhecimentos e habilidades diferentes (o pianista, o violinista, o clarinetista), têm uma coordenação (o maestro) e um plano de trabalho (as partituras). Características dessa equipe:

- Diferentemente 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 tocará piano e o violinista 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 seu 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 – (a) objetivos, (b) conhecimentos e (c) habilidades dos membros da equipe, (d) coordenação do trabalho e plano de trabalho – sempre estarão presentes e determinando o funcionamento dos diferentes tipos de equipes.

Como um grupo se torna uma equipe?

No mundo de hoje podemos identificar vários tipos de grupos trabalhando nas mais diferentes situações. Alguns conseguem se tornar 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 uma equipe:

- 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 se definir com clareza dos objetivos e resultados - individuais e do grupo - a serem alcançados.
- A importância de se construir, em conjunto, um plano de trabalho e de se definir as responsabilidades de cada membro do grupo, para se 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 se aprimorar as relações interpessoais e de se 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.

E, finalmente, é fundamental que os objetivos e resultados definidos se constituam em desafios constantes para o grupo, algo que instigue cada integrante. Fazer de um grupo de trabalhadores uma equipe de trabalho é realmente um grande desafio. Esse desafio 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.

Seção 5

O trabalho em rede

No texto anterior vimos os desafios para o trabalho em equipe. Vimos também, no texto sobre a coordenação do cuidado, a importância da articulação entre diferentes pontos da atenção para proporcionar uma atenção integral e resolutiva. Vamos agora discutir o trabalho numa rede de atenção e do trabalho intersetorial.

5.1 O que é uma rede de Atenção à Saúde?

A palavra rede (do latim *retis*) é bem antiga e vem significando entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. A partir da noção de entrelaçamento, malha e estrutura reticulada, a palavra rede foi ganhando novos significados ao longo dos tempos, passando a ser empregada em diferentes situações.

Segundo Castells (2000), redes são estruturas abertas capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós, desde que consigam comunicar-se dentro da rede. Ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação (por exemplo, valores ou objetivos de desempenho). Uma estrutura social com base em redes é um sistema aberto altamente dinâmico suscetível de inovação sem ameaças ao seu equilíbrio.

O autor destaca ainda o caráter democrático das redes e de desconcentração de poder contrapondo aos tipos tradicionais de organizações sociais que, normalmente, tem um organograma verticalizado. Segundo o autor a morfologia da rede é uma fonte de drástica reorganização das relações de poder.

REDE: UM CONJUNTO DE NÓS INTERLIGADOS

Uma maneira mais simplificada e genérica de definir uma rede seria: um conjunto de nós interligados. Bons exemplos de rede são a internet e a rede de pesca. Para que uma rede funcione bem e cumpra seus objetivos é importante que os nós e as ligações sejam fortes. Se isso não acontece a rede perde sua função. Numa rede de pesca em que as ligações entre os nós se rompem cria-se um buraco por onde o peixe escapa. Na word wide web (www), por melhor que sejam os computadores, se não temos um bom provedor com uma velocidade adequada teremos dificuldades para explorar todos os benefícios da rede – (como por exemplo, baixar arquivos, enviar imagens e assistir um vídeo etc.), ou quando o “sinal cai” perdemos o contato com os outros pontos da rede. Por outro lado também não adianta um bom provedor com uma boa velocidade se softwares e hardwares do computador não forem adequados.

“Uma boa rede necessita de nós e ligações fortes”

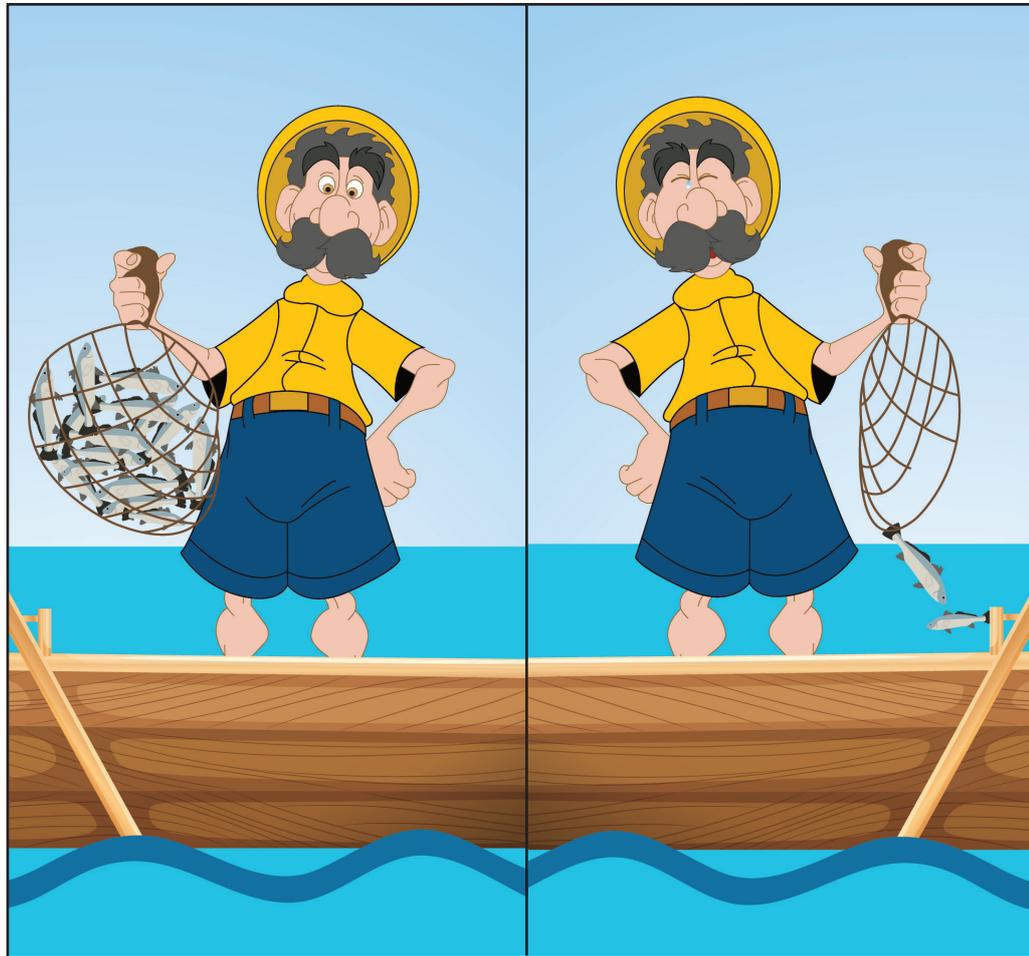


Ilustração: Juliana Guimarães CCS Medicina | UFMG

Segundo a portaria nº 4.279, de 30/12/2010 do Ministério da Saúde do Brasil

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde. (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010) (BRASIL, 2010).

Nesta definição existe uma ligação clara entre a rede e a integralidade do cuidado, mas poderíamos também associar a ideia de rede com alguns atributos da qualidade do cuidado como a acessibilidade, a oportunidade, a eficácia e a eficiência. Ou seja, uma rede de cuidado que funcione adequadamente não somente garante a integralidade do cuidado, mas a própria qualidade do cuidado.

VEJA O VÍDEO

Integralidade, modelo de atenção e trabalho em saúde.

Produzido pelo Centro Brasileiro de Educação em Saúde CEBES, 2013. Depoimento da professora Ana Maria Costa na reunião de junho de 2013 do Conselho Nacional de Saúde. Vídeo (22min:20s).

Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=t-rRQkZgD8M>>

5.2 Como fortalecer a rede de cuidados?

Fortalecer uma rede significa cuidar e fortalecer os seus nós e suas ligações. Para fortalecer os nós, é importante que as pessoas que trabalham em um nó – por exemplo, na APS – cuidem dele cumprindo o que se espera desse nó com eficiência e eficácia. É fundamental que planejem e programem suas ações, que monitorem o desenvolvimento das ações e avaliem os seus resultados, que cuidem da estrutura desse nó e utilizem os recursos disponíveis de forma apropriada. Para tanto, é fundamental que cada membro da equipe esteja bem preparado – ou que se prepare – para desenvolver as ações necessárias e que tenha os meios para que isso ocorra.

Não adianta somente expandir a atenção primária se também não expandirmos a atenção de média e alta complexidade. Mas também não adianta expandirmos a atenção primária, de média e de alta complexidade se o diálogo entre esses pontos de atenção for ruim. Temos que cuidar dos nós e cuidar igualmente de suas ligações. Na maior parte das redes a ligação entre os seus nós é mediada pelos recursos da comunicação e da informação e, aí, temos que pensar na qualidade dessa comunicação e das informações que transmitimos e recebemos. E temos que cuidar da qualidade da informação interna – entre os profissionais que trabalham no nó, e externa, entre os diferentes nós da rede.

5.3 Como cuidar da comunicação interna?

A comunicação entre os membros de uma equipe de saúde da família, por exemplo, pressupõe a utilização de mecanismos formais e informais de comunicação e de repasse e recuperação de informação, que podem ser:

- Conversa de corredor.
- Mural de notícias.
- Reuniões de equipe para programação e planejamento de ações, discussão de casos etc.
- Atas de reunião de equipe. É fundamental que a equipe registre o que foi discutido, as conclusões da discussão e quando pertinente às responsabilidades de cada membro da equipe em uma ação que ficou definida na reunião.

- Registro de informações em formulários. O registro no prontuário além de registrar dados sobre a situação do paciente é uma memória e uma forma de comunicar a outros profissionais as impressões sobre o paciente a cada momento - além de ser um documento que pode ser utilizado em um processo jurídico. **Uma letra ilegível não registra nem comunica.** Um prontuário em que os aspectos fundamentais para o entendimento da situação do paciente são omitidos não ajuda no seguimento do caso.
- Processos de educação permanente, etc.

5.4 Como cuidar da comunicação externa? Com quem queremos/devemos nos comunicar?

Como referido anteriormente, a complexidade dos problemas de saúde que lidamos exigem, para o seu enfrentamento, o aporte de diferentes estruturas, recursos e competências que se encontram dispersos e que necessitamos acionar com certa frequência para dar uma resposta adequada aos problemas que nos são apresentados. Em várias situações acionamos esses recursos através de mecanismos de comunicação sejam eles, ofícios, relatórios, telefone, e-mails, vídeo conferências ou reuniões presenciais.

De qualquer forma as relações acontecem pela comunicação que deve ser de boa qualidade para termos sucessos em nossos objetivos. Se quisermos melhorar a adesão do paciente às nossas sugestões é fundamental que ele as entenda para fazer a sua escolha de aderir ou não.

Em nosso dia-a-dia podemos comunicar com diferentes atores e instituições como os pacientes, suas famílias, a comunidade do território onde trabalhamos, com outros pontos da rede de atenção à saúde, com outros setores da administração pública, com a rede social etc. Em cada situação temos que nos comunicar tentando fortalecer os elos de uma grande rede, aliás, uma rede de redes.

Em nossa comunicação externa criamos expectativas em relação aos atores com os quais nos relacionamos e, com alguma frequência ficamos frustrados por não termos o retorno esperado. Isso acontece, por exemplo, quando referenciamos um paciente para a atenção especializada e não recebemos o relatório de contra referência. Percebemos nesse exemplo uma disfunção da rede.

Outro exemplo: na atenção primária atendemos um caso de intoxicação de origem ocupacional ou algum problema de notificação obrigatória e não fazemos a notificação do caso. Sem tomar conhecimento do problema a Vigilância deixa de atuar não realizando as ações necessárias para a identificação de outros casos e tomando as medidas preventivas e de controle pertinentes. É outro exemplo de uma rede disfuncional. Quando perguntamos por que não se fez a notificação é comum ouvir a resposta; “dá muito trabalho”. Não seria o mesmo trabalho que esperamos do especialista para fazer um relatório de contra referência?

Mas é claro que não resolvemos a questão de uma rede de cuidados somente melhorando a comunicação entre os seus nós. É preciso qualificar as estruturas e processos de trabalho dos diferentes nós da rede e, uma questão fundamental, que nos responsabilizemos solidariamente como o cuidado de cada paciente e cidadão. Desta forma poderemos alcançar melhores resultados e satisfação com o nosso trabalho.

Seção 6

O trabalho intersetorial

Se observarmos o panorama do mundo atual, é relativamente fácil constatar uma desarmonia entre o desenvolvimento social, o desenvolvimento econômico e o cuidado com o nosso ambiente. Essa desarmonia guarda uma relação muito próxima com os modelos de desenvolvimento econômico e social adotados na grande maioria dos países e, de maneira mais significativa, nos países que orbitam a periferia do chamado bloco do primeiro mundo. Entre as explicações para esse fato, podemos identificar, por um lado, o grande peso que o desenvolvimento econômico tem nas agendas de governo em detrimento do desenvolvimento social e da questão ambiental e, por outro lado, a fragilidade dos mecanismos e instrumentos de que a sociedade dispõe para se contrapor a todo um conjunto de fatores – políticos, jurídicos, ideológicos, culturais etc., que possibilitam a primazia do econômico sobre o social e o ambiental.

Construir a harmonia entre o econômico, o social e o ambiental constitui um grande desafio, é uma tarefa de várias gerações e contempla uma série de riscos. Enfrentar os interesses de grandes corporações econômicas, em algumas realidades é quase um ato suicida. Mas as repercussões dessa desarmonia repercutem sobre a qualidade de vida e de saúde das populações e estão aí, no nosso dia-a-dia, batendo à porta dos nossos consultórios e centros de saúde, em que estamos como técnicos ou como cidadãos que precisam saber lidar com elas. E é neste ponto que a questão da intersectorialidade ganha importância e sentido prático.

Difícilmente poderemos lidar, por exemplo, com a questão dos acidentes e doenças profissionais atuando no âmbito do setor saúde de forma isolada ou apenas no âmbito do Ministério Saúde ou do Trabalho ou da Previdência e Assistência Social ou ainda no interior dos Sindicatos de Trabalhadores. E mais, se restringirmos nossas ações ao que é “próprio” de cada instituição e não conseguirmos, de alguma forma, participar da construção da agenda para um desenvolvimento mais harmônico, ou tentar atuar de forma mais efetiva sobre as consequências dessa desarmonia, os resultados práticos do nosso trabalho estarão sempre aquém do desejável e teremos, ainda considerando o nosso exemplo dos acidentes de trabalho, a continuidade dessa epidemia, por vezes “invisível”, de acidentes, doenças e mortes, que afeta milhares de pessoas a cada dia, todos os anos.

6.1 Conceito de intersectorialidade

O conceito de intersectorialidade diz respeito à “construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos, que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área da Política Pública” (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 42).

6.2 Intersectorialidade no trabalho da equipe de saúde

O senso comum nos indica que a possibilidade de sucesso de nossas intervenções aumenta quando direcionamos nossos recursos e somamos nossas competências no enfrentamento dos problemas que a realidade nos apresenta. A prática, no entanto, com frequência nos aponta caminhos diferentes, onde a dispersão de recursos, ações isoladas e fragmentadas têm sido a tônica do trabalho intra e interinstitucional. Falar sobre o trabalho colaborativo, em equipe, intersectorial, em rede, interdisciplinar ou sobre transversalidade é muito mais fácil do que aplicar esses conceitos no nosso dia a dia.

PARA REFLETIR

Quais são as dificuldades de construirmos uma prática institucional de maior colaboração?



6.3 Intersectorialidade nas relações institucionais

Na resposta a essa questão podemos identificar macro fatores que têm relação com a forma e modelos que orientam a formação, a organização e a ação do Estado e da sociedade. A título de exemplo, podemos analisar a forma como são construídas as articulações políticas na luta pelo poder – federal, estadual ou municipal, em nosso país. Diferentemente de outros países, a composição das alianças parece não levar em consideração a carta programa de cada partido que deveria, em tese, refletir a ideia de sociedade que o partido defende. Ao chegarem ao poder, se percebe pouca coerência entre as propostas de ação dos diferentes ministérios e secretarias, inviabilizando, desde o poder mais central, qualquer possibilidade de articulação de esforços na solução dos problemas.

Como exemplo prático dessa falta de coerência podemos citar a regulamentação da produção e utilização de agrotóxicos em nosso país. Via de regra, os ministérios da Agricultura e Indústria, Comercio Exterior e Serviços são mais permissivos com a produção e utilização de agrotóxicos – alguns já proibidos entre outros países –, e a posição do Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é, normalmente mais cautelosa e restritiva.

Essa forma de ação fragmentada, quando não conflituosa, é reproduzida nos níveis mais periféricos da gestão e contamina as unidades que de fato executam as ações como, por exemplo, os centros de saúde, as escolas etc.

Outros fatores que explicam a dificuldade de articulação de esforços intersetoriais na solução dos problemas e balizam o trabalho do nosso dia-a-dia estão relacionados à nossa cultura, modelos e paradigmas de referência e processos mentais que nos levam à inércia frente aos problemas. O raciocínio construído é mais ou menos assim: “a minha questão em relação à desnutrição é orientar quanto à alimentação mais adequada. Se as pessoas não dispõem de recursos para tal, isso é problema da assistência social”. Ou então: “se o trabalhador tem uma intoxicação profissional, devo diagnosticá-la e tratá-la”. O problema de avaliar as condições de trabalho é da Vigilância ou do Ministério de Trabalho.

Assim poderíamos dar vários exemplos. De algum modo vamo-nos condicionando ao que culturalmente construímos como função própria de nossa área de atuação, o nosso pedaço do todo. Dessa forma nos isolamos e refutamos, no nosso dia a dia, o dito popular de que “a união faz a força”. E sempre podemos justificar nossa postura pelo nosso despreparo ou pela pressão da agenda que consome o nosso tempo.

Atuar intersetorialmente é um grande desafio para as equipes de saúde da família que passa, por exemplo, por conhecer a comunidade onde a equipe atua e identificar seus possíveis parceiros.

Pode ser uma boa estratégia para o trabalho intersetorial a equipe desenvolver projetos com seus parceiros mais próximos e, posteriormente, expandi-lo para outros parceiros. Nesse sentido parcerias com as escolas, centro de referência de assistência social (CRAS), sindicatos, associações, grupos religiosos podem ser um bom começo.

E sempre temos que estar preparados para as resistências, na medida em que o trabalho intersetorial vai contra o *modus operandi* das instituições. O trabalho intersetorial envolve o estabelecimento de pactos entre instituições com culturas diferentes, o que implica mecanismos de coordenação mais transparentes, uma boa qualidade de comunicação e tempo e trabalho. Mas somente assim podemos lograr objetivos que isoladamente a equipe teria dificuldades para alcançar.

Seção 7

Integralidade no trabalho da Equipe de Saúde da Família

VEJA OS VÍDEOS

Para melhor entendimento desse conceito, você deve ter assistido ao vídeo “Integralidade, modelo de atenção e trabalho em saúde” (INTEGRALIDADE, 2013).

Veja, também, o vídeo :

Determinantes Sociais de Saúde (DETERMINANTES, 2013)
Depoimento de Alberto Pellegrini Filho, Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), 2013. Vídeo (8min:44s)

Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=bVmc-gngyVI>>

LEITURA OBRIGATÓRIA

O conceito de condições de saúde.

Este texto construído com base no agrupamento de partes literalmente extraídas do livro de Eugênio Vilaça Mendes (MENDES, 2012), O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.

Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3936.pdf>>

