

EQUIPE PROFISSIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/01/2024

Cláudia Conserva

Leonardo Piovesan

Raphael Mendonça

Tânia Machado

tenha, além da qualificação técnica exigida, competências comportamentais, atitudes e habilidades que levarão à maior eficiência e resultados. A mudança do modelo médico centrado preponderante nos serviços da saúde suplementar, para o paciente centrado, requer o que os profissionais de saúde atuantes na APS formem times coesos e fortes.

Em um publicado no *Annals of Family Medicine*, em 2005, pesquisadores estimaram o número de horas que um médico da atenção primária teria que trabalhar todos os dias para fornecer cuidados recomendados de doenças crônicas a 2.500 pacientes. Olhando apenas para as dez enfermidades mais comuns, eles concluíram que seriam necessárias 10,6 horas por dia. Em estudos separados, os pesquisadores descobriram que a prestação de cuidados preventivos recomendados exigiria 7,4 horas por dia, enquanto o cuidado agudo exigiria 4,6 horas por dia. Isso equivale a 22,6 horas diárias de trabalho. O fato é que os médicos não podem fazer esse trabalho sozinhos. Eles

INTRODUÇÃO

Este capítulo discorre sobre como estruturar e capacitar equipes para atuarem na Atenção Primária à Saúde.

EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: PERFIL E COMPETÊNCIAS ESPERADAS

Por Leonardo Piovesan

Para que seja possível oferecer uma Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade, entregando o melhor desfecho, promovendo a melhor experiência no cuidado, engajando o beneficiário no seu autocuidado e evitando desperdícios, é fundamental que a equipe da unidade

precisam de uma equipe. Há cerca de 15 anos, Wagner e colegas do Grupo Cooperativa de Saúde da *Puget Sound* destacaram pela primeira vez a importância do trabalho em equipe. Eles olharam para locais nos EUA que tiveram os melhores resultados para pacientes com doenças crônicas e, em seguida, criaram um modelo de cuidado baseado no que encontraram, descrevendo seis características-chave. Embora seu paradigma envolva múltiplos elementos, todos eles se afunilam através de dois componentes principais: um paciente informado, ativado, e uma equipe preparada e proativa. (1)

Seis características-chave:

Metas compartilhadas. Se os funcionários fossem solicitados a identificar seu objetivo no trabalho, a maioria provavelmente diria que é para fornecer cuidados de alta qualidade e centrados no paciente. No entanto, seu propósito não dito, mesmo inconsciente é provavelmente para satisfazer o médico. Por quê? Porque este geralmente é o chefe, ou pelo menos é alguém com autoridade sobre o pessoal. Ao agradar ao médico, substitui-se o trabalho para o paciente como o objetivo geral, o que pode dificultar a capacidade da prática de melhorar e crescer. Uma vez que uma prática chega ao ponto em que todos concordam que estão trabalhando para o paciente e se sentem confortáveis em ter conversas difíceis entre si sobre a melhoria de processos e sistemas, eles precisam ir um passo adiante: todos na equipe devem saber qual é o desejo do paciente. Este é o verdadeiro objetivo compartilhado.

Papéis claramente definidos. À medida que as práticas passam de uma cultura em que o médico está no centro de tudo para uma em que os funcionários estão engajados em alcançar o objetivo compartilhado, é de vital importância ser claro sobre quem vai fazer o quê.

Conhecimento e habilidades compartilhadas. Uma vez que você tenha adotado a ideia de que sua equipe pode assumir mais responsabilidade, não deixe de treiná-la bem nos detalhes dessas novas tarefas, ou você a configurará para o fracasso. Outro ponto a ser lembrado é que, se os membros da equipe vão assumir novas funções e fazê-las bem, você tem que dar a eles as informações e o tempo que precisam para realizar o trabalho.

Comunicação eficaz e oportuna. Há duas peças para uma comunicação eficaz. Primeiro, você precisa de uma conversa franca entre os membros da equipe quando o paciente está no consultório. A outra parte é como você e os membros da equipe falam entre si sobre desempenho. Idealmente, quando alguém aprende algo novo, deve ter a chance de praticá-lo, receber feedback, praticá-lo um pouco mais, receber mais feedback, e assim por diante. Mas isso nem sempre acontece em uma clínica ocupada, pois os médicos tendem a dar instruções uma vez e depois nunca mais discutir o assunto. Particularmente para médicos mais novos que normalmente não têm experiência gerenciando funcionários, conversas de desempenho podem ser desconfortáveis, mas precisam ser capazes de fornecer feedback construtivo aos funcionários, e vice-versa.

Respeito mútuo. Construir uma cultura de respeito mútuo pode parecer uma questão

sensível, mas é fundamental para ter uma equipe eficaz. Se as pessoas não tiverem a chance de fazer seu trabalho, se houver reclamações uns dos outros pelas costas, se os colegas forem rápidos em apontar os fracassos dos outros, e assim por diante, os colegas não estarão se respeitando ou sendo bons membros da equipe. Embora sua prática nunca possa aperfeiçoar essa característica, o importante é que você a valorize, se esforce por ela e incentive seus médicos a liderarem o caminho modelando a fala e o comportamento respeitosos.

Uma atitude otimista. Há um velho ditado que diz: “Nada compartilha melhor do que um mau humor.”

A Organização Mundial de Saúde, por meio de seu escritório na Europa, publicou, em 2015, um documento intitulado *Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services*, destacando as competências necessárias para os profissionais que atuam em serviços de saúde integrados, em especial os de atenção primária. (3) Abaixo destacamos as principais competências referidas por este documento:

Advocacia do paciente: Capacidade de promover o direito dos pacientes para garantir a melhor qualidade do atendimento e capacitá-los a se tornarem participantes ativos de sua saúde.

Comunicação eficaz: Capacidade de estabelecer rapidamente o relacionamento com os pacientes e seus familiares de forma empática e sensível, incorporando a percepção dos pacientes e a cultura declarada. Demonstração de escuta ativa e enfática.

Capacidade de cuidado centrado nas pessoas: Criar condições para a prestação de serviços coordenados, integrados e centrados nas necessidades, valores e preferências dos pacientes e de seus familiares ao longo de um contínuo cuidado e durante o curso da vida. Compreender que o planejamento efetivo do cuidado requer várias discussões com o paciente e outras partes. Proporcionar ao paciente um atendimento oportuno, adequado e eficaz para o tratamento de problemas de saúde e promoção da saúde.

Aprendizagem contínua: Capacidade de demonstrar prática reflexiva e, com base nas melhores evidências disponíveis, avaliar e melhorar continuamente os serviços prestados como um provedor individual e como membro de uma equipe interprofissional.

Todos os profissionais de saúde devem ser educados para prestar atendimento centrado no paciente como membros de uma equipe interdisciplinar, enfatizando a prática baseada em evidências, abordagens de melhoria da qualidade e tecnologia. Para isso, a comissão de Educação em Saúde do *Institute of Medicine* propõe um conjunto de competências simples e fundamentais que todos os profissionais de saúde devem possuir, independentemente de sua disciplina, para atender às necessidades do sistema de saúde do século XXI:

- **Fornecer cuidados centrados no paciente** — identificar, respeitar e cuidar das diferenças, valores, preferências e necessidades expressas dos pacientes; aliviar a dor e o sofrimento; coordenar o cuidado contínuo; ouvir, informar claramente, comunicar e educar os pacientes; compartilhar tomada de decisão e gestão; e defender continuamente a prevenção de doenças, o bem-estar e a promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo o foco na saúde da população.
- **Trabalhar em equipes interdisciplinares** — cooperar, colaborar, comunicar e integrar o cuidado nas equipes para garantir que o cuidado seja contínuo e confiável.
- **Empregar práticas baseadas em evidências** — integrar as melhores pesquisas com conhecimento clínico e valores do paciente para o melhor cuidado, e participar de atividades de aprendizagem e pesquisa na medida do possível.
- **Aplicar melhoria de qualidade** — identificar erros e riscos no cuidado; compreender e implementar princípios básicos de design de segurança, como padronização e simplificação; compreender e medir continuamente a qualidade do cuidado em termos de estrutura, processo e resultados em relação às necessidades do paciente e da comunidade; projetar e testar intervenções para mudar processos e sistemas de cuidado, com o objetivo de melhorar a qualidade.
- **Utilizar a tecnologia** — comunicar, gerenciar conhecimento, atenuar erros e apoiar a tomada de decisões usando a tecnologia da informação.

Uma APS relevante dispõe de uma gestão participativa, quer dizer, a qual há participação social nas políticas e na criação de espaços onde serão construídas proposições coletivas, conforme as demandas da sociedade/organização, visando operacionalizar da melhor forma possível os sistemas de saúde, visto que a APS, possui como estratégia integrar todos os aspectos dos serviços de saúde. (2)

1. Academia Americana de Medicina de Família [Homepage da internet]. Seis características para efetividade prática de equipes. [Acesso em 03/04/2022]. Disponível em: Six Characteristics of Effective Practice Teams -- FPM (aafp.org)
2. FERNANDES, Léia Cristiane Lõeblein; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira. Management of health services: developed competencies and difficulties found in basic attention. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 1541-1552, 2009.
3. Health Professions Education: A Bridge to Quality. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit; Greiner AC, Knebel E, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003.
4. Organização Mundial da Saúde [Homepage da internet]. Fortalecendo uma força de trabalho competente para o cuidado integrado/coordenado. [Acesso em 03/04/2022]. Disponível em: Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services (who.int)

MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Por Raphael Mendonça

A Medicina de Família e Comunidade é definida como a especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente para as pessoas, suas famílias e a comunidade.(1) Dessa forma, é a especialidade dos médicos com melhor formação para atuar no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Diferentemente de outras especialidades médicas, que se caracterizam por atendimentos voltados para problemas relacionados a um único órgão ou a um sistema específico do corpo humano, o médico de família e comunidade (MFC) se especializa em habilidades que favorecem a concretização dos atributos fundamentais da APS (2), além de utilizar ferramentas visando a abordagens familiares e comunitárias com objetivo de contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde dos seus pacientes e da comunidade que atende.(3)

Como a APS se caracteriza por um acesso de primeiro contato, sem distinção alguma de idade, sexo ou etnia, os MFC encontram uma variabilidade abrangente de pacientes, com queixas e problemas de saúde muito distintos entre si.(2) Um cardiologista, por exemplo, em suas consultas irá apresentar uma certa variabilidade de diagnósticos relacionados ao sistema cardiovascular (hipertensão, insuficiência cardíaca, arritmias...). O MFC, todavia, irá atender a casos relacionados a esses e a outros sistemas, além de problemas de saúde mental, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e acompanhamento pré-natal. Observa-se, então, a grande variabilidade de problemas que o MFC está exposto nas suas consultas. Como parâmetro para evidenciar esta variabilidade, utiliza-se o número de problemas apresentados em 50% de todas as consultas feitas por um médico.(2) Em sistemas de saúde com forte atuação na atenção primária, é esperado que este número seja maior para MFC do que para especialistas focais.

Uma característica interessante é justamente o fato de que a consulta com o MFC é, em geral, motivada pelo próprio paciente, enquanto a consulta com outros especialistas é determinada, grande parte das vezes, por um encaminhamento de outro médico.(2) Em um sistema de saúde com APS bem estruturada, espera-se que o acesso a especialistas focais ocorra via encaminhamento e não acesso direto.(2) Esse fato evidencia uma importante função do MFC: o papel de filtro e coordenador dos recursos de um sistema de saúde.(4)

Em um cenário de crescente complexidade em sistemas de saúde, com exames cada vez mais modernos, especialidades cada vez mais focais e uma variedade crescente de tratamentos, surge a necessidade de um agente que haja como coordenador de todos esses recursos para que haja uma utilização racional e custo-efetivo deles.(2) O MFC cumpre essa função a partir da sua capacidade de resolver os problemas mais comuns da

população que atende, referenciando os casos que necessitam da atenção de especialistas focais. Dessa forma, a atuação dos especialistas é otimizada. Por exemplo, em um sistema de saúde com forte atuação da APS, um hematologista não terá sua agenda cheia de casos de anemia ferropriva, um problema comum, e poderá ter mais vagas para atender a suspeitas de leucemia ou anemias mais raras.

Outro ponto importante a se considerar e que distingue a MFC de especialidades focais é a forma de apresentação dos problemas de saúde.(1) Justamente pelo fato de o MFC ser o primeiro médico que um paciente procuraria em caso de um problema de saúde novo, é comum que a apresentação clínica esteja ainda em suas fases iniciais no momento da consulta. Dessa forma, é comum que um diagnóstico clínico específico só seja alcançado após a continuidade do acompanhamento por algum tempo. Por exemplo, uma dor abdominal pouco definida pelo paciente pode ser o sintoma inicial de inúmeros problemas distintos de saúde. Muitas vezes o paciente procura uma consulta quando outros sintomas específicos ainda não se encontram presentes. Dessa forma, o MFC tem um trabalho envolvido em incertezas ao enfrentar problemas de saúde muitas vezes indiferenciados na sua apresentação inicial. Em muitas ocasiões, não se chega a um diagnóstico clínico, como é o caso de problema agudos inespecíficos que se resolvem espontaneamente ou no caso de sintomas sem explicação médica (5). O contraste com especialistas focais em relação a esse ponto ocorre quando se considera que o paciente que deveria chegar ao especialista já passou pelo filtro do MFC, onde foram excluídos alguns diagnósticos diferenciais e uma investigação já foi iniciada. Assim, a incerteza em relação aos vários diagnósticos possíveis acaba sendo diminuída em certa medida. Essa característica do trabalho do MFC se relaciona com o atributo da longitudinalidade da APS e exige que os profissionais dessa especialidade saibam lidar bem com situações de ambiguidade e incerteza diagnóstica.

Uma pergunta comum é quais os problemas que deveriam ser atendidos por MFC e quais deveriam ser avaliados por especialistas focais. Essa demarcação não é definitiva e varia de acordo com a população atendida pelo MFC, já que uma função importante da APS é lidar com os problemas mais comuns da comunidade sob sua responsabilidade. Se em uma população hipotética, acidentes relacionados com chifradas de animais é algo comum, os atendimentos deveriam ser feitos por MFC que atendem essa população (6). Dessa forma, o perfil epidemiológico de cada população acaba definindo aqueles problemas mais comuns, que devem ser resolvidos por MFC, e os mais raros, que provavelmente precisarão de atenção de outra especialidade.

Outro aspecto fundamental da MFC, apesar de não ser exclusiva da especialidade, é a importância dada ao Método Clínico Centrado na Pessoa. (7) Esta forma de abordagem de problemas de saúde não concentra a atenção do profissional apenas nos aspectos biofísicos, mas abrange as repercussões psicológicas, familiares e sociais da condição, de maneira que as estratégias diagnósticas, terapêuticas e de acompanhamento levem em consideração todas as dimensões de um indivíduo e não apenas a parte biomédica.

Por fim, após essa descrição das peculiaridades da medicina de família e comunidade, percebe-se que um programa que se proponha a atuar na lógica da APS deve ter como um dos componentes fundamentais do serviço os atendimentos feitos pelos MFC.

1. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, Organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade : princípios, formação e prática [recurso eletrônico]. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
3. Kozakowsk SM, Becher K, Hinkle T, Blackwelder R, Jr CK, Pugno PA. Responses to Medical Students' Frequently Asked Questions About Family Medicine. *American Family Physician*. 2016;93(3).
4. Gérvas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005;8(2).
5. Needham VH. Medically unexplained symptoms. *The British Journal of General Practice*. 2017;67(657).
6. Blanco JMA. Cirurgia menor y procedimientos em medicina de família. Madrid: Jarpyo; 1999.
7. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina Centrada na Pessoa. Transformando o Método Clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

LIDERANÇA DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES EM APS: DESENVOLVE E RETÉM TALENTOS PARA GERAR RESULTADOS E PRODUTIVIDADE

Por Cláudia Conserva

Se um dos princípios básicos da atenção primária é o cuidado centrado no paciente e precisamos olhar para a pessoa integralmente, é necessário que a equipe seja composta por multiprofissionais e, além do médico, ter a enfermagem, psicologia, fisioterapia e nutrição, dentre outras, de acordo com o perfil da população atendida.

Para poder chamar de multidisciplinaridade, a prática deverá ser integrada de modo a atender às necessidades dos pacientes e aos compromissos assumidos ao ofertar um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS). No dicionário há como conceito de equipe: conjunto de pessoas que se dedicam à realização de um mesmo trabalho. Ou seja, o trabalho a ser entregue é um só, e não várias ações isoladas que apenas se juntam, mas não se conectam.

Peduzzi (1998) traz o conceito do trabalho de equipe multiprofissional como “uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio das relações de reciprocidade entre os profissionais e suas intervenções técnicas das mais diferentes áreas do saber, alicerçado na comunicação e ações de cooperação”. Portanto, é preciso haver um senso

de coletividade, sem que o profissional olhe para suas intervenções como mais ou menos importantes dos demais. Em uma clínica de APS, todos os profissionais têm igual relevância, na medida em que percebem e atendem o paciente considerando sua integralidade e individualidade. Logo, o sucesso só será possível com uma atuação em equipe.

Lencioni (2009) apresenta que os principais desafios de uma equipe são: falta de confiança, medo do conflito, falta de comprometimento, fuga da responsabilidade e desatenção aos resultados. A equipe multidisciplinar deverá ser capaz de superar todos esses desafios, juntos. Não basta realizarem suas atividades em um mesmo local e compartilharem da mesma realidade de trabalho para dizer que há uma equipe integrada, há muitos desafios a enfrentar. Para superá-los, há várias ações a serem realizadas e competências do líder e de todo o time a serem desenvolvidas, sendo a comunicação clara, transparente e objetiva uma competência bem importante, que irá favorecer a construção de relações de confiança e credibilidade entre os profissionais.

Será o líder o responsável por promover o trabalho em equipe, garantindo que entre os profissionais não haja melindres. Para que todos tenham liberdade de sinalizar quando algo está fora dos padrões de qualidade esperados, ou ainda, qualquer pessoa possa alertar quando perceber algo de anormal no comportamento do paciente ou mesmo na condução do colega. O líder deverá atuar com transparência e posicionamento assertivo para que ninguém se sinta autossuficiente diante de alguma situação, mas que todos tenham liberdade e segurança, para pedirem ajuda sempre que depararem com algo desafiador, criando, assim, um ambiente colaborativo.

O profissional precisa ampliar sua consciência sobre a clareza de seu papel em cada caso atendido na APS e entender que são necessárias várias ações de outros profissionais para que possa prestar uma assistência de qualidade ao paciente. E outro importante papel do líder de APS é dar essa clareza aos profissionais sobre quem vai fazer o quê, com protocolos objetivos sobre como fazer, assim como acompanhar a execução de todos na equipe, independentemente de sua formação.

Pois, mesmo que não detenha todos os conhecimentos técnicos de cada profissional, devido à sua formação inclusive, o líder precisa ter a capacidade de analisar todo o ambiente e direcionar treinamentos e capacitações de acordo com a necessidade. É ele o “puxador” de um programa eficaz de Educação Permanente, que aprofundaremos à frente. Para isso, processos desenhados, protocolos clínicos detalhados e linhas de cuidado bem definidas são importantes para que o líder acompanhe e apoie a equipe em suas necessidades de aprimoramento.

Uma boa forma de identificar as necessidades de aprimoramento para cada profissional e acompanhar o resultado de forma próxima, além de incentivar o trabalho em equipe, serão os estudos de caso organizados pelo líder, em que não há grau de importância diferente entre os profissionais, mas todos se manifestam de acordo com sua prática clínica, envolvimento com o caso e percepção das condições de saúde do

paciente. Esse será um importante espaço de conversas e trocas sobre a saúde integral dos pacientes, de acordo com o saber de cada profissional. Assim será possível descartar uma visão fragmentada do tratamento e cuidados do paciente, e fortalecer a integração da equipe e da assistência.

O líder é uma espécie de guardião dos atributos da APS e precisa fazer acontecer de acordo com o que se espera de um atendimento de atenção primária. Todas as suas ações devem estar alinhadas com essa visão, para assegurar que todos os profissionais atuem em prol de um mesmo objetivo, a qualidade da assistência integrada ao paciente.

Momentos individuais de *feedback* do líder com cada um da equipe também colaboram para esse alinhamento e são importantes para ouvir e orientar o profissional sobre o que manter e o que abortar em sua conduta na APS. Para que seja efetivo, esta deve ser uma prática constante, com momentos formais agendados para esse fim, sempre com uma boa capacidade de escuta e comunicação clara, objetiva e respeitosa. Um processo de *feedback* realmente construtivo, que possibilite crescimento para o profissional e para a clínica de APS como um todo.

O líder de APS deverá lançar mão de todas as ferramentas de gestão disponíveis para estar próximo da equipe, ser capaz de liderar com firmeza e suavidade para construir uma equipe coesa. E, ainda, acessar todo seu repertório e ser assertivo, adequando sua linguagem de acordo com o perfil do profissional, nível de envolvimento e responsabilidades na situação com a qual estiver lidando.

Conhecer e respeitar as individualidades de cada profissional da equipe é um comportamento esperado para que o líder construa uma gestão participativa, em que todos possam ter liberdade de fazer suas contribuições com responsabilidade e compromisso, cuidando dos pacientes e uns dos outros, considerando que todos os profissionais estejam altamente comprometidos.

Em uma coletânea da Ideias, Amana (1989) destaca “quatro competências básicas por meio das quais se chega à potencialização da força humana na empresa”. São elas:

- catalisar as atenções dos colaboradores por meio de uma visão inspiradora;
- comunicar a visão de forma a torná-la significativa para os colaboradores;
- construir confiança entre os colaboradores por meio de coerência com a visão;
- conhecer-se e conhecer os colaboradores em profundidade, visando a desenvolver e utilizar as habilidades de cada um de forma a contribuir mais com realização da visão.

Aqui, como empresa, entende-se a clínica de APS, os colaboradores são os profissionais da equipe multidisciplinar e a visão seria o grande objetivo que é o modelo centrado no paciente, considerando a sua integralidade. Através destas chamadas competências, podemos perceber a importância de o gestor saber gerenciar a equipe e a si mesmo. Pois, para liderar uma clínica de APS, ele precisará ter também as suas próprias competências bem desenvolvidas.

Ainda pensando nas expectativas que se tem a respeito da liderança, percebe-se que esse é um tema relevante há muitos anos. Como exemplo, Bennis (1988) traz as cinco habilidades primordiais que 90 líderes entrevistados em uma pesquisa apresentaram:

- Capacidade de aceitar as pessoas como elas são – não como você gostaria que fossem.
- Capacidade de abordar relacionamentos e problemas em termos do presente e não do passado.
- Capacidade de tratar os que estão perto de você com a mesma atenção cordial que você concede a estranhos e a pessoas que conhece casualmente.
- Capacidade de confiar nos outros, mesmo quando o risco parece grande.
- Capacidade de agir sem a aprovação e o reconhecimento constante dos outros.

Em resumo, isso também é o que se espera de um líder de APS. Com essas habilidades, ele será capaz de estruturar uma equipe integrada, preparada para atuar de forma coletiva, considerando o paciente de forma integral e com clareza e confiança de que somente as práticas multidisciplinares somadas serão capazes de oferecer a qualidade preconizada para a assistência em uma clínica de APS.

1. BENNIS, Warren. **Repensando a Liderança**. Revista Executive Excellence. n. 1, 1999.
2. IDÉIAS Amana. **Competências que Definem a Liderança**. Amana-Key Editora, 1989.
3. LENCIONI, Patrick. **Os 5 desafios das equipes**. Elsevier Editora Ltda, 2009.
4. PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 1998.

EDUCAÇÃO CONTINUADA: INVESTIMENTO PERMANENTE, COM OLHAR PARA RESULTADO

Por Tânia Machado

“A importância da educação, integração e colaboração mútua no desenvolvimento de pessoas na área de saúde.”

“Gestão de pessoas é um desafio maior quando se trata do Setor de Saúde”, e quando somado a cenários de crise, não é exagero afirmar seu grau de dificuldade. São várias áreas de negócios, cada uma representada por suas entidades e sindicatos.

No entanto, ainda há um desafio maior: a integração das áreas no setor de saúde. Quando isso não acontece, é inevitável que prejuízos comecem a aparecer. A falta de diálogo entre equipes, erros e retrabalhos, conflitos e falta de cooperação são alguns

efeitos. O mundo é de cooperação e colaboração mútua e em situações de crise isso fica ainda mais acentuado, sendo necessário entender como uma gestão integrada pode ser bastante benéfica.

Promover a educação permanente e a integração de setores é um investimento desafiador. O retorno vem na forma de engajamento, boas relações de trabalho e reflete no crescimento da organização como um todo e, lá na ponta, na entrega de saúde baseada em valor.

No passado, era comum cada departamento ser visto de forma isolada, seguindo um modelo cartesiano aplicado às empresas. Ou seja, cada departamento preocupava-se apenas com as suas responsabilidades e tinha-se uma visão “vertical” e hierarquizada da organização. Mas as coisas mudaram substancialmente.

A integração entre os setores é importante no que diz respeito à capacidade dos tomadores de decisão de colaborarem entre si. Quando os gestores dos departamentos conseguem trabalhar de forma coordenada uns com os outros, eles têm mais facilidade para implementar planos de ação mais eficazes e promovem uma cultura integrada aos seus liderados.

Além disso, se os setores não dialogam, eles perdem sinergia e não agregam valor ao processo de atendimento ao cliente final: o paciente. E, claro, perdem a chance do aprendizado, que só é possível através da interação e da multidisciplinaridade. Isso porque profissionais com especialidades variadas, como fisioterapia, nutrição, enfermagem, TI, engenharia clínica, e área administrativa e assistencial, têm experiência distintas. Cada um pode contribuir com um conhecimento diferente, atendendo muito mais diretamente às necessidades estratégicas e práticas da instituição.

Criar grupos de melhoria contínua e usar todo o poder da comunicação, para capacitar os profissionais da Atenção Primária à Saúde, permite não só aprimorar a transmissão da informação como facilitar a aproximação e otimizar os processos. Afinal, se os colaboradores estão bem-informados, eles também são mais engajados e capazes de desenvolver boas estratégias de atuação.

Mas, se é importante integrar o trabalho, por que não fazer uma avaliação de desempenho multissetorial? O que não se pode medir não pode ser melhorado! Os indicadores de desempenho (também chamados de KPIs, ou key performance indicators) compostos envolvem vários tipos de medições para apontar como andam o entendimento e resultados das pessoas e empresa. Ao apostar em KPIs que envolvem variáveis de múltiplos departamentos, a instituição consegue construir uma análise mais ampla. Com isso, é possível ter uma visão mais global e trabalhar em uma perspectiva na qual todos se engajam, responsabilizando-se e procurando soluções em colaboração. Com ações para gestão integral da saúde do trabalhador e os RHs cada vez mais envolvidos e engajados na educação, transparência, cuidado, qualidade da população, identificar o que é Valor em Saúde para os funcionários é o que fará a diferença.

É bem verdade que os profissionais podem, inicialmente, ficar um pouco resistentes a uma cultura de diálogo entre as várias áreas e multidisciplinaridades. Lidar com pessoas não é uma tarefa simples, mas são as diversidades que permitem o enriquecimento do trabalho, a formação de estratégias mais construtivas e as propostas mais integradas.

Conseguir a integração organizacional envolve alinhar a estratégia, a cultura, as habilidades das equipes, a tecnologia, a estrutura e o estilo de gerenciamento com os objetivos macro do negócio. Isso inclui certificar-se de que cada departamento e cada colaborador entenda a importância disso. Também envolve a educação das partes interessadas.

É importante pontuar que essa integração só acontece a partir de uma mudança de atitude da alta hierarquia do negócio e das lideranças de departamentos. A criação de uma cultura de integração de setores deve vir de cima para baixo. Pode — e deve — envolver a todos os colaboradores do negócio, mas cabe à direção tomar frente para que as resistências à mudança sejam menores.

De acordo com Lifelong Learners, o poder do aprendizado contínuo não deixa dúvidas de que o aprendizado ao longo da vida pode ser uma realidade para cada pessoa. Quanto mais aprendizes autônomos, confiantes e apaixonados for possível formar, menores serão os problemas do mundo. (1)

O relatório do Fórum Econômico Mundial também reconhece o desenvolvimento contínuo de competências como parte da solução. Pelas suas análises, “aprendizado ativo e estratégias de aprendizagem” serão a segunda habilidade mais demandada, globalmente, em 2025, atrás apenas de “pensamento analítico e inovação”. No Brasil, as habilidades relacionadas à capacidade de aprender estão no topo da lista. (1)

A eficiência virou uma obsessão, fazer cada vez mais com cada vez menos. Esta demanda parece ter se transformado em uma neurose nas empresas, que têm que manter um olho no “quem fazem” e outro em “quanto gastam para fazer”. O conceito de eficiência tem sido lembrado, e isso interfere diretamente na maneira como se pratica gestão de pessoas. Este é um assunto sempre presente na gestão das empresas, e nunca é demais lembrar, principalmente em uma época de obras grandiosas, de que resultado não é sinônimo de competência operacional ou eficiência. É apenas diretamente proporcional. Em outras palavras, quanto maior, ou melhor, for o resultado do trabalho de uma pessoa, equipe, empresa ou governo, maior sua eficiência.

É também necessário levar em consideração outro conjunto de variáveis, chamadas de “recursos”. Em síntese, não é suficiente reconhecer a qualidade do resultado apresentado, é necessário saber de que maneira ele foi atingido. Quanto custa tal benefício, afinal? É nessa pequena equação que reside a essência da gestão em educação permanente e de pessoas. Resultado, sim, mas não a qualquer custo. Os bons gestores são os que mantêm um olho no numerador (resultados) e outro no denominador (recursos aplicados). E estes são de quatro tipos: financeiros, naturais, humanos e temporais. (2)

Esta é a tendência. Elevar a qualidade das entregas e ao mesmo tempo procurar gastar menos dinheiro, utilizar melhor os recursos do planeta, envolver menos pessoas no processo e, não menos importante, fazer tudo cada vez mais rápido, com atualização constante. Não se trata simplesmente cortar custos, o importante é otimizar sua aplicação.

(2)

Liderança de equipes tem o desafio de desenvolver e reter talentos para gerar resultados e produtividade. A educação permanente precisa ser vista como estratégia nas organizações para desenvolver equipes, talentos e retê-los. Investimento contínuo, com olhar para resultado.

(1) Conrado Schlochauer phd em psicologia da aprendizagem, especialistas em educação corporativa, autor **Lifelong Learners** – Editora Gente

(2) Eugenio Mussak médico fisiologista, professor de MBA na FIA, colunista e autor de vários livros. Fonte: **Com Gente é diferente** – Editora Integrare