

Potencialidades da reunião de equipe no território: um relato de experiência de uma residente de Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro

Potentialities of the Team Meeting in the territory: an experience report of a Family Practice resident in Rio de Janeiro

Potencialidades de la Reunión de Equipo en el territorio: relato de experiencia de una residente de Medicina Familiar y Comunitaria en Rio de Janeiro

Jessica Fernanda Souza De Macedo¹ , Philipp Rosa de Oliveira¹ 

¹Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Resumo

A Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo robusto de Atenção Primária à Saúde (APS) criado no Brasil, busca ampliar o vínculo entre a equipe e as pessoas, famílias e respectivas comunidades, bem como aumentar a capacidade resolutiva no âmbito dos problemas de saúde mais comuns, provocando significativo impacto na situação de saúde em nível local. Neste cenário, o trabalho em equipe apresenta-se como elemento fundamental para uma produção de cuidados de saúde orientada pelos atributos da ESF. Nesta perspectiva, é fundamental realizar periodicamente reuniões das respectivas equipes com o propósito de implementar um processo participativo de planejamento baseado reflexão e discussão dos desafios existentes e no delineamento de ações a serem desenvolvidas tanto no âmbito individual quanto comunitário. A reunião de equipe deve, portanto, envolver o conjunto de profissionais que a compõem com o objetivo tanto de avaliar as ações realizadas quanto de planejar e organizar o próprio processo de trabalho. Este trabalho de Conclusão de Residência pretende relatar a vivência de uma Residente de Medicina de Família e Comunidade em reuniões de equipe, com a participação de usuários, no território de uma clínica da família no Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo qualitativo baseado no relato de experiência de reuniões de uma equipe de Saúde da Família programadas com a comunidade considerando-se a percepção da autora e respectiva equipe. Por fim, entende-se que, ao promover reuniões de equipe no território orientadas por uma lógica subjacente à ESF, é fundamental valorizar a Educação Popular em Saúde, até porque tal participação se mostra, de fato, uma força social capaz de dialogar com a equipe profissional sobre problemas e prioridades de forma equânime, democrática e participativa.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família; Participação social; Empoderamento para a saúde; Acessibilidade aos serviços de saúde.

Autora correspondente:

Jessica Fernanda Souza de Macedo
E-mail: jessicafernandamacedo@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 15/07/2023.

Aprovado em: 07/09/2023.

Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e
Marcello Dala Bernardina Dalla.

Como citar: Macedo JFS, Oliveira PR. Potencialidades da reunião de equipe no território: um relato de experiência de uma residente de Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3878. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3878](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3878)



Abstract

The Family Health Strategy (FHS), a robust model of Primary Health Care (PHC) created in Brazil, seeks to expand the bond between the health team and people, families, and respective communities, as well as to increase the problem-solving capacity of most common health conditions causing a significant impact on the health situation at the local level. In this scenario, teamwork is a fundamental element for the production of health care guided by the attributes of the FHS. In this perspective, it is essential to periodically hold meetings of the respective teams with the aim of implementing a participatory planning process based on reflection and discussion of existing challenges and outlining actions to be developed both at the individual and community levels. Team meetings should, therefore, involve the group of professionals that compose it, with the aim of both evaluating the actions carried out and planning and organizing the work process itself. This Residency Completion work intends to report the experience of a Family Practice Resident in team meetings, with the participation of users, in the territory of a family practice in Rio de Janeiro. This is a qualitative study based on the experience report of meetings of a Family Health team scheduled with the community, considering the perception of the author and the respective team. Finally, it is understood that when promoting team meetings in the territory guided by an underlying logic of the Family Health Strategy, it is essential to value Popular Education in Health, especially because such participation proves to be, in fact, a social force capable of dialoguing with the professional team on problems and priorities in an equitable, democratic, and participatory manner.

Keywords: Primary health care; Family health strategies; Social participation; Empowerment for health; Health services accessibility.

Resumen

La Estrategia de Salud de la Familia (ESF), un modelo robusto de Atención Primaria de Salud (APS) creado en Brasil, busca ampliar el vínculo entre el equipo y las personas, las familias y las respectivas comunidades, así como aumentar la capacidad de resolución de problemas más comunes que causan un impacto significativo en la situación de salud a nivel local. En ese escenario, el trabajo en equipo es un elemento fundamental para la producción de cuidados de salud orientados por los atributos de la ESF. En esa perspectiva, es fundamental realizar reuniones periódicas de los respectivos equipos con el fin de implementar un proceso de planificación participativa basado en la reflexión y discusión de los desafíos existentes y el esbozo de acciones a desarrollar tanto a nivel individual como comunitario. La reunión del equipo debe, por tanto, involucrar al conjunto de profesionales que lo componen, con el objetivo tanto de evaluar las acciones realizadas como de planificar y organizar el propio proceso de trabajo. Este trabajo de Finalización de Residencia pretende relatar la experiencia de un Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en reuniones de equipo, con la participación de usuarios, en el territorio de una clínica de la familia en Rio de Janeiro. Se trata de un estudio cualitativo basado en el relato de experiencia de encuentros de un equipo de Salud de la Familia programados con la comunidad, considerando la percepción del autor y del respectivo equipo. Finalmente, se entiende que, al promover encuentros de equipo en el territorio guiados por una lógica subyacente de la Estrategia de Salud de la Familia, es fundamental valorizar la Educación Popular en Salud, entre otras cosas porque esa participación demuestra ser, de hecho, una fuerza social capaz de dialogar con el equipo profesional sobre problemas y prioridades de manera equitativa, democrática y participativa.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Estrategias de salud familiar; Participación social; Empoderamiento para la salud; Accesibilidad a los servicios de salud.

INTRODUÇÃO

No contexto da redemocratização do país na década de 1980 e do protagonismo assumido pelos movimentos sociais nesse período, incluindo os da área da saúde, a Constituição Federal promulgada em 1988 incorporou proposições do movimento de reforma sanitária brasileiro consagradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Vale destacar, neste trabalho, duas destas proposições: uma em defesa da unificação da rede pública dos serviços da saúde para constituir o Sistema Único de Saúde (SUS), e outra em defesa da reorientação do modelo assistencial então vigente.

O capítulo Saúde da Constituição foi organizado com base em três pilares edificados naquela histórica conferência realizada em 1986: 1. conceito ampliado de saúde; 2. saúde como direito do cidadão e dever do Estado; 3. instituição do SUS. E, pela primeira vez na história do Brasil, a saúde foi considerada um direito social. Para tanto, o SUS foi organizado em torno dos princípios de universalidade, equidade integralidade (princípios doutrinários) ao lado dos princípios de regionalização e hierarquização, descentralização e comando único em cada esfera de governo e de participação social (princípios organizativos).¹

Nesse contexto e na perspectiva de reorientação do modelo assistencial, a Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se tema central tanto nas discussões sobre a prestação de cuidados quanto nos debates sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Vazios assistenciais existentes no país mesmo depois da implantação do SUS inspiraram a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1990, coordenado pelo Ministério da Saúde e implantado inicialmente como um projeto piloto na Região Nordeste,² com posterior expansão para outras regiões. Sintonizado especialmente com o princípio da universalidade referido acima, o PACS priorizava o desenvolvimento de atividades de promoção e proteção da saúde, a cargo de agentes comunitários de saúde, responsáveis, sobretudo, pela orientação sobre questões relacionados à saúde, levando em conta o interesse das pessoas, famílias e comunidades situadas em territórios bem delimitados, até então com acesso restrito à rede de serviços.

Resultados favoráveis alcançados com o PACS despertaram interesse de gestores locais na inclusão de profissionais médicos nas respectivas equipes, alternativa que se tornou referência para a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde no ano de 1994.

A partir desta concepção e posterior transformação definitiva do PSF em Estratégia Saúde da Família (ESF), consolidou-se progressivamente o trabalho em equipe multidisciplinar, cujas ações dirigidas a populações em territórios bem delimitados haviam de contribuir para o fortalecimento do vínculo estabelecido com pessoas, famílias e respectivas comunidades, características já presentes na implantação do PSF. Essas características levaram as equipes de saúde da família a se depararem com pessoas reais, em seu cotidiano, em suas relações familiares e com a comunidade, bem como com suas condições de trabalho, de moradia, renda e demais condições sociais.^{3,4}

Nesse contexto, o trabalho em equipe é um elemento fundamental para o desenvolvimento dos atributos da ESF e contribui para a organização de um novo modelo de atenção à saúde, tornando-se uma ferramenta imprescindível aos trabalhadores da saúde, especialmente o médico especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC).

No entanto, o trabalho em equipe constitui uma atividade complexa e necessita de entendimento e, em certo grau, cumplicidade de cada um de seus componentes para que possa ocorrer de forma orgânica. A Figura 1 exemplifica bem como deve fluir o trabalho em equipe.

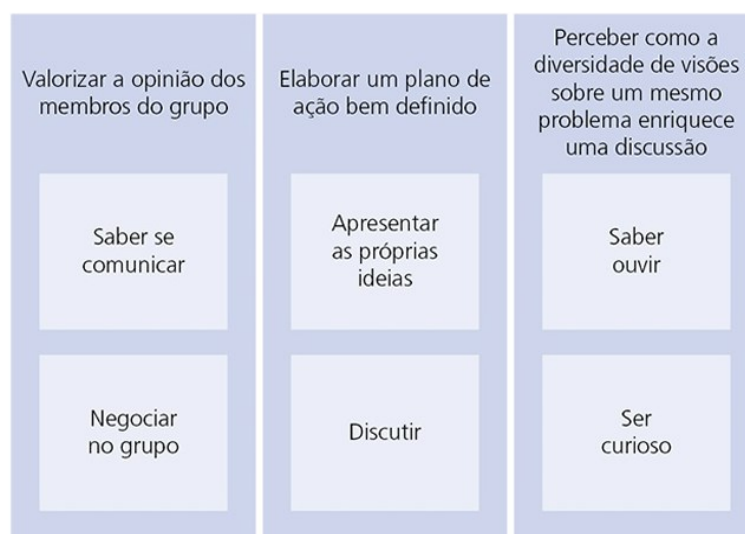


Figura 1. Atributos do trabalho em equipe.⁵

O trabalho em equipe, portanto, é um recurso estratégico no âmbito da organização da ESF que contribui para o alcance de melhores resultados, o que torna fundamental promovê-lo de forma periódica tanto para a avaliação quanto para a supervisão do trabalho e o planejamento das ações a implementar. Sob o prisma de Grando e Dall'agnol, "a reunião de equipe é uma atribuição comum aos profissionais das equipes de atenção básica com o objetivo de discutir o planejamento e realizar avaliação das ações da equipe, com base nas informações e dados disponíveis. Essas reuniões podem ser importantes dispositivos para a organização, estruturação e troca de saberes, para qualificação e educação permanente dos profissionais além de ser um espaço em potencial para a tomada de decisões. Elas podem funcionar como um dispositivo de aproximação entre os diferentes saberes, para a construção diária do processo de trabalho e para planejamento de uma equipe de saúde".⁵⁻⁷

As reuniões de equipe são momentos indispensáveis para a construção do planejamento em saúde no nível local e da equipe. Proporcionam a integração dos profissionais por meio de discussões de casos complexos, organização de burocracias internas e esquematização de ações em saúde, facilitando a tomada de decisões e a troca de informações sobre a comunidade.

No caso do Município do Rio de Janeiro, a Secretária Municipal de Saúde não possui nenhuma regulamentação oficial sobre a frequência de encontros por equipe. No entanto, na maioria das Clínicas da Família (CF) ocorre em turnos semanais, dentro da Unidade de Saúde e com a participação dos profissionais da ESF; em alguns momentos pode ocorrer a participação de outros profissionais da Rede de Atenção à Saúde ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como psicólogos, nutricionistas e educadores físicos, além da inclusão de cirurgião dentista na equipe básica. Convencionalmente é adequado fazer os registros em uma ata assinada por todos os membros presentes.

Esse formato habitual das reuniões de equipe não contempla a diretriz do SUS que versa sobre participação popular nem o conceito ampliado de saúde,⁸ vez que não inclui os sujeitos (pessoas, famílias e comunidades) nas deliberações e planejamentos das ações voltadas para eles.

De acordo com a lógica histórica de constituição do SUS, parece óbvio que uma equipe de ESF possa integrar os usuários em reuniões ampliadas organizadas com este propósito. No entanto, existem teorias contrárias, que consideram este espaço como de merecimento apenas de profissionais de saúde, por serem eles detentores do conhecimento teórico e técnico necessário para a tomada das decisões em saúde e porque a participação popular já estaria garantida nos conselhos gestores das Unidades de Saúde e nas conferências de saúde.

O controle social no SUS materializa-se, de fato, no seio de duas instâncias formais da sua estrutura de gestão — os conselhos e conferências de saúde. Todavia, no campo da APS, existem outros mecanismos de participação da sociedade além destes, a exemplo das plataformas colaborativas ou canais de ouvidorias. Para Dallari,⁹ não existe uma única ação que caracterize a participação popular e, no presente estudo, a participação dos usuários em uma reunião de sua equipe de ESF caracteriza-se como participação popular eventual e organizada.

A participação social, conforme mencionado acima, é um princípio doutrinário do SUS e está assegurada na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), sendo parte fundamental do Pacto de Gestão do SUS. Isso significa que é responsabilidade dos municípios desenvolver ações que incentivem a participação das pessoas, famílias e comunidade, a exemplo do estímulo ao engajamento dos cidadãos e cidadãs nos serviços de saúde e do apoio aos processos de educação popular em saúde (EPS), para ampliar e qualificar essa participação social no SUS.¹⁰

À luz de Paulo Freire,¹¹ “se aprende na relação com o outro, no diálogo com o outro, na aproximação dele com o conhecimento do outro”. Por isso não se deve anular a visão que a pessoa tem sobre sua própria comunidade, o que nos permite compreender que os processos de promoção da saúde não devem ser protagonizados apenas por profissionais de saúde.

O usuário é um recurso de sua própria comunidade, e sua participação nas decisões em saúde faz-se necessária. Desse ponto de vista surge a EPS, que tem se destacado como elemento ressignificador e como instrumento fundamental na construção de uma prática em saúde integral.¹²

A educação popular toma como ponto de partida os saberes prévios dos educandos e permite que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber da comunidade. É uma troca de saberes entre o saber popular e o científico, em que ambos têm a enriquecer. É uma proposta cada vez mais necessária, pois existe considerável distanciamento cultural entre as instituições de saúde e a população.

Por fim, deve ser ressaltada a importância da EPS na construção de elementos pedagógicos no seio dos movimentos sociais, constituindo aprendizagens para novas práticas sociais libertadoras, as quais são tão necessárias para o SUS.¹³

Diante do cenário atual de pós-pandemia provocado pelo COVID-19, o trabalho com grupos foi bastante comprometido, a abordagem comunitária severamente reduzida e os espaços das reuniões de equipe praticamente suprimidos neste período.

Segundo Fleury, Vasconcelos e Lobato,¹⁴ apesar de tantos avanços no campo da participação social, há um forte sentimento de insatisfação entre muitas lideranças populares, pois os conselhos e conferências de saúde têm se dedicado principalmente a temas ligados à gestão e ao planejamento das políticas de saúde e não têm contemplado a articulação e o apoio às práticas solidárias e participativas de enfrentamento dos problemas de saúde na sociedade. Parece que, com a institucionalização dos conselhos de saúde, eles se tornaram a única via aceitável e legítima para realizar o controle social. No entanto, o controle social pode e deve continuar sendo feito pelos movimentos sociais e populares, como sindicatos, igrejas e pelo cidadão comum que usa os serviços de saúde no cotidiano.

Ademais, a abordagem Comunitária é uma competência necessária para o médico de família e comunidade desenvolver a integralidade na saúde, além de ser uma ferramenta potente para enfrentar as iniquidades em saúde na ESF.

Torna-se, portanto, fundamental nesta conjuntura repensar as vias de participação social no SUS, questão que justifica a realização de um trabalho científico de natureza qualitativa como este, que expõe um modelo inovador de reunião de equipe no território de uma ESF com participação de usuários da respectiva unidade básica.

Relatar a vivência de uma residente de MFC na realização de reuniões de equipe no território de uma equipe de ESF com participação dos usuários de uma CF no Rio de Janeiro.

Demonstrar a importância da participação popular em outros espaços para além dos predeterminados pelos conselhos de saúde.

Ressaltar a necessidade da aproximação entre equipe ESF e seu território.

Expôr a estrutura, o funcionamento e as contribuições das reuniões de equipe em um território da ESF.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo tipo relato de experiência, que, de acordo com Figueiredo,¹⁵ caracteriza-se pela vivência de reuniões programadas com a comunidade de uma equipe de ESF no estado

do Rio de Janeiro, sendo a percepção da equipe e da autora, residente de Medicina de Família e Comunidade, instrumento da pesquisa, sem necessidade do uso de métodos ou técnicas específicas, segundo Gil.¹⁶

RESULTADOS

O estudo refere-se às reuniões de uma equipe da ESF denominada Petrocochino, localizada no Bairro de Vila Isabel, no estado do Rio de Janeiro.

O território da equipe em questão no estudo é composto de seis ruas asfaltadas e uma área de morro, formando uma comunidade. A região mais elevada do território é conhecida como Morro dos Macacos. Não há saneamento básico na comunidade dos Macacos nem coleta de lixo frequente, e a população sofre diariamente com as consequências do tráfico de drogas na região. O território possui equipamentos sociais como escolas, creches, Associação de Moradores, igrejas, comércio local, além de organizações não governamentais (ONG) e grupos solidários.

Perfil da equipe

A equipe Petrocochino conta com a colaboração de residentes de MFC do Programa de Residência Médica da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Ela é uma das oito equipes do Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella (CMS MAE). Durante o estudo, a equipe tinha 12 profissionais, sendo quatro médicos, três médicos residentes de MFC e um médico preceptor de MFC, seis agentes comunitários, uma técnica de enfermagem e uma enfermeira com especialização em Enfermagem em Saúde da Família. O CMS MAE conta com o apoio de profissionais do NASF como psicóloga e educador físico, no período do estudo.

Perfil de usuários da equipe

A Equipe Petrocochino tem mais de 4.800 pessoas cadastradas até o momento final do estudo. O grupo dos usuários é formado predominantemente por mulheres jovens, crianças e idosos com comorbidades crônicas. A equipe sofre grande pressão assistencial, sendo a mais demandada de todo o território do CMS MAE.

Planejamento das reuniões da equipe petrocochino

As reuniões da equipe Petrocochino eram realizadas semanalmente às quintas-feiras à tarde durante o período do estudo, com a presença de todos os agentes de saúde (ACS) da equipe, a técnica de enfermagem, os médicos e a enfermeira na sala de atendimento da equipe.

Semanalmente analisamos informações sobre eventos de saúde relacionados às principais linhas de cuidado, sobretudo questões referentes às gestantes, pacientes com tuberculose, diabéticos e hipertensos de difícil controle e pacientes vivendo com vírus da imunodeficiência humana (HIV). É o momento em que partilhamos perspectivas dos casos complexos e planejamos as visitas domiciliares (VD) da semana seguinte. Para o bom andamento do processo de trabalho na equipe, seguimos um roteiro pautado nos principais tópicos das linhas de cuidado. Registramos todas as reuniões em ata. Nesses momentos de

reunião da equipe, os profissionais frequentemente trocam impressões a respeito do trabalho cotidiano. Em umas das reuniões no segundo semestre de 2022, as ACS confidenciam problemas como a reatividade dos pacientes no acolhimento, dificuldade de eles aceitarem as orientações da equipe quanto ao acesso e à marcação de consultas.

Essa narrativa convergia com a visão da equipe técnica percebia: a dificuldade de os pacientes entenderem quais eram os atributos da APS e do funcionamento do cuidado em rede, apesar do incansável esforço dos profissionais para esclarecer tais questões diariamente. Nesse contexto, e perante as inquietações com o que estava acontecendo no terreno da comunicação da equipe com os usuários, surgiu a proposta de criar um momento de diálogo entre a equipe e os pacientes com o propósito de eles tanto tirarem suas dúvidas quanto opinarem e fazerem sugestões.

Diante disso, a equipe Petrocochino entendeu que seria necessário pelo menos uma vez por mês ir até o território da equipe e fazer uma reunião com os usuários. O melhor momento era o horário da reunião de equipe, às quintas-feiras à tarde, um espaço que costumeiramente não era frequentado por pacientes, mas no atual cenário se fazia necessário para eles mostrarem seu ponto de vista, participarem de decisões da equipe e fortalecerem os laços.

Inicialmente, pensou-se que o público-alvo seria constituído apenas pelos pacientes da equipe Petrocochino e as pautas das reuniões envolveriam um resgate histórico da criação do SUS, funcionamento da ESF, finalidades dos atributos da APS, acesso à equipe e horários de atendimento. Para tanto, pensamos em locais de fácil acesso existentes na comunidade. As agentes comunitárias fizeram contato com os dispositivos do território. A Associação de Moradores e a Comunidade Evangélica Palavra de Vida (CEPAV) dispôs-se a ceder um espaço físico. Marcamos uma data e horário e iniciamos a divulgação na comunidade e na recepção do CMS MAE (Figura 2).



Figura 2. Panfleto de divulgação da reunião de equipe.

REUNIÕES COM A COMUNIDADE

Primeira reunião

O primeiro encontro aconteceu em agosto de 2022. Às 13h a equipe compareceu no local marcado, o salão da CEPAV. Organizamos as cadeiras em círculos e preparamos um lanche e cartolinas com imagens para ajudar no entendimento do funcionamento de uma CF, mas nenhum paciente esteve presente. Como apenas os 11 integrantes da própria equipe estavam presentes, retornamos para a CF e fizemos a reunião na sala da equipe como de costume. Nesse dia, discutimos o que poderia ter causado o abstencionismo. As agentes comunitárias sugeriram a divulgação insuficiente e o pouco tempo. A enfermeira advertiu também que, por ser uma prática nova, nunca antes feita, a reunião poderia ter gerado desconfiança dos pacientes.

Segunda reunião

No segundo encontro, mudamos a forma de comunicação, criamos panfletos para distribuição na comunidade e áudios convidando os pacientes para a reunião usando a voz dos próprios profissionais de saúde para tornar o convite mais familiar. Deixamos mais claros os objetivos do encontro e abordamos em consulta a existência desse espaço. Marcamos uma nova data em setembro de 2022 e tivemos a presença de oito pacientes e mais dez integrantes da equipe. Também contamos com a presença da Gerente e do Diretor da CF, que acompanharam toda a reunião. Começamos às 14h no CEPAV, mesmo local previsto para realizar a primeira reunião.

Sentados todos em círculo, iniciamos a conversa com a apresentação da equipe, depois com a apresentação dos usuários presentes. Primeiramente, provocamos os pacientes a pensarem sobre três questionamentos, o que é saúde para eles, o que é o SUS e o que é a ESF. Seguimos ilustrando por meio de cartazes o que significava cada conceito. Durante o debate falamos sobre a agenda semanal da equipe e os horários de funcionamento da CF. Conversamos sobre a necessidade de priorizar o atendimento das linhas de cuidado.

A maioria dos pacientes parabenizou o atendimento da equipe, e alguns questionaram o porquê de, em alguns momentos, não conseguirem agendar consultas com a equipe. Esta foi uma oportunidade para demonstrarmos nossa forma de acesso, a capacidade de atendimento da equipe e quantidade de demandas diárias que recebemos. Juntos entendemos que, para nossa equipe, é inviável lotar a agenda dos profissionais com consulta marcadas, uma vez que a demanda espontânea diária é maior. Nessa reunião, também conseguimos mostrar o papel da enfermeira de família e comunidade da equipe. Chamou atenção a fala de uma paciente que confessou que frequentemente deixava de ir às consultas marcadas com a enfermeira por preconceito e por não saber o papel do enfermeiro em uma equipe ESF. Finalizamos propondo uma nova reunião na intenção de continuar esclarecendo temas importantes da APS que fossem do interesse dos usuários e, por último, reforçando o valor da adesão aos encontros. Por fim, lançamos a proposta de cada paciente convidar uma pessoa para vir à reunião seguinte (Figuras 3 e 4).

Terceira reunião

Esta terceira reunião foi realizada em novembro de 2022. Mantivemos a forma de divulgação por meio de panfletos e áudios dispersados com a ajuda das ACS como estratégia para atrair a população alvo.

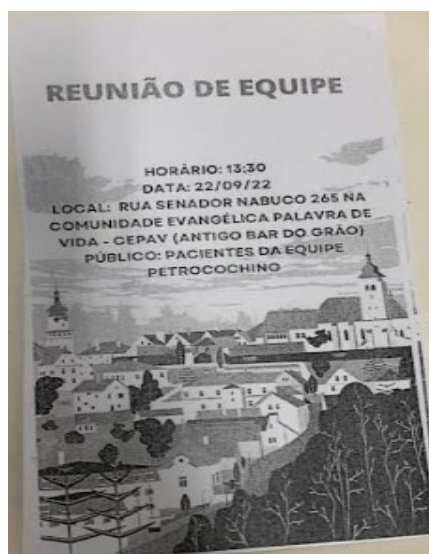


Figura 3. Panfletos da reunião de equipe distribuídos na comunidade.

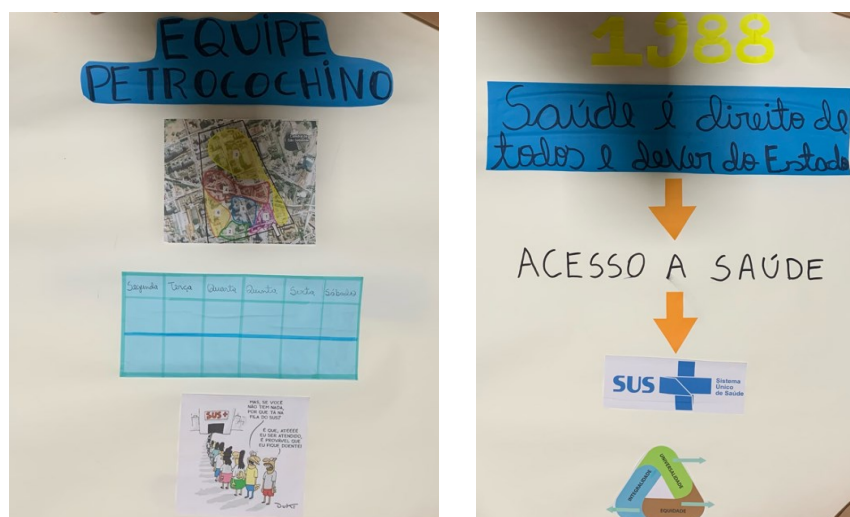


Figura 4. Material expositivo feito com cartolina usado na segunda reunião de equipe no território da equipe Petrocochino.

A participação foi de cinco pacientes e dez profissionais de saúde da equipe. Nessa reunião, decidimos falar menos e ouvir mais. Nos encontramos às 13h30 na Associação de Moradores dessa vez. Iniciamos fazendo uma roda de apresentações e reforçando os objetivos da reunião e sua importância.

Entre os cinco pacientes que vieram ao encontro, apenas um tinha vindo à reunião anterior, os outros quatro estavam presentes pela primeira vez. Elogiaram a iniciativa do momento e lamentaram não haver mais participantes. Nesse encontro propusemos que cada pessoa escrevesse em um papel à parte um problema que identificava no território. Em seguida fizemos uma árvore de problemas da comunidade. Em grupo, decidimos quais problemas estavam na raiz, no tronco ou nas folhas da árvore. Essa metáfora foi fundamental para motivar os usuários a falar sobre as dificuldades que enfrentam no meio em que vivem. Algumas das palavras escritas por eles foram “violência”, “tráfico”, “escadarias”, “lixo”, “barulho do baile”, “tiroteio”, “falta de educação”, “sujeira na rua” e “lixo nas ruas”.

Seguimos na discussão tentando entender a raiz de cada problema e suas consequências. Nessa ocasião, o lixo apareceu como um obstáculo frequente da comunidade. Então nos debruçamos

com mais afinco nesta celeuma, e iniciou-se uma discussão sobre o porquê de haver tanto lixo nas ruas do território. Concluímos que só existe coleta de lixo em algumas ruas do bairro; na área do Morro do Macacos as pessoas não têm acesso à coleta de resíduos sólidos, e frequentemente, na intenção de se livrar do problema, os moradores jogam o lixo nas encostas e ele acaba descendo para as ruas de baixo. As pessoas que moram abaixo sofrem com a sujeira, os mosquitos e o mau cheiro do lixo que se acumula. Comentamos que existem caçambas de lixo da Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB) em alguns pontos do bairro, mas elas ficam muito distantes para os moradores do alto do morro.

Uma agente mais antiga na equipe e que mora na região acrescentou à discussão que, no passado, existiram garis comunitários no território. Eles eram selecionados pelas Associações de Moradores por meio de concursos públicos e remunerados pela prefeitura. O programa destinava-se à limpeza urbana de comunidades de baixa renda situadas no município do Rio de Janeiro, especialmente as de difícil acesso. Os garis preferencialmente deveriam morar e conhecer o cotidiano dos seus bairros e suas principais funções eram a varrição e a capina das ruas.

Ao final da reunião acordamos que era preciso fazer uma reunião entre COMLURB, CF e Associação de Moradores no intuito de solucionar o problema do lixo. A equipe responsabilizou-se por fazer contato com a rede e uma paciente foi escolhida para acompanhar essa próxima discussão (Figura 5).

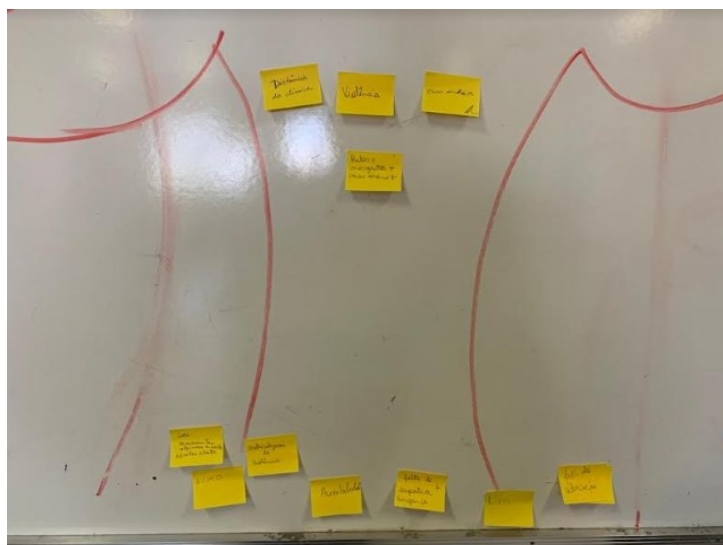


Figura 5. Árvore de problemas da equipe construída pelos usuários.

Quarta reunião

Aconteceu em fevereiro de 2023 no salão do CEPAV. Tivemos dois meses para divulgação e o maior quórum, com a presença de 15 pacientes da equipe e dez profissionais. Nos encontramos às 13h30 e iniciamos a reunião com uma rodada de apresentações dos profissionais e participantes. Explicamos o que significava aquele momento e a importância dele.

Em seguida, iniciamos uma dinâmica em que uma caixa com várias perguntas rodava na mão de cada participante da roda enquanto uma música tocava. Quando o som acabasse a pessoa que estava com a caixa na mão deveria puxar uma pergunta e depois escolher alguém da roda para responder. Esse foi o prelúdio para descontrair o ambiente e eles ficassem confortáveis para perguntar e discutir.

Perguntas como “Qual papel do médico de família e comunidade?”, “O que é reunião de equipe?”, “Qual a importância da participação popular na Saúde?”, “O que é equidade?”, foram sorteadas e os pacientes formularam respostas na hora baseando-se no seu saber prévio e experiência. No decorrer da dinâmica, conseguimos discutir o histórico da criação do SUS, a necessidade do horário estendido da CF, as competências do médico de família e comunidade e a valorização do controle social. Nesse encontro, chamou atenção o interesse dos usuários em saber como funcionavam as reuniões do colegiado gestor da CF, e muitos se dispuseram a participar da seguinte.

DISCUSSÃO

Durante o estudo para a elaboração do presente trabalho, percebemos inúmeras convergências entre as referências bibliográficas sobre trabalho em equipe e participação popular. O termo de reunião de equipe não é propriamente um descritor em saúde, mas não foi difícil achar termos semelhantes. Em razão disso, o referencial teórico do estudo aborda inicialmente o trabalho em equipe, pois a reunião de equipe é um instrumento necessário para esse trabalho.

O conceito de trabalho em equipe usado mais difundido na literatura foi subscrito por Peduzzi⁵, que o elaborou com base na teoria do agir comunicativo de Habermas e de uma pesquisa empírica realizada com profissionais de saúde de um hospital. O curioso é que todas as referências da APS usam o conceito elaborado pela referida autora, Peduzzi, que parte de uma realidade da atenção terciária e hospitalocêntrica.

Nota-se também pouca regulamentação sobre normas para as reuniões de equipe, a não ser o Guia Prático de Reunião de Equipe na Atenção Primária à Saúde de 2021 da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SP) que fornece embasamento teórico, roteiros e dicas. Ademais, vale salientar que, durante a pandemia do COVID-19, diversas notas técnicas foram emitidas pela Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro desestimulando a prática das reuniões de equipe por uma justificativa sanitária.

Quanto ao presente estudo, percebe-se que ele se originou de uma inquietação da equipe com a comunicação com o usuário. Do ponto de vista pragmático da comunicação, Watzlawick¹⁷ determina os axiomas da comunicação e um deles descreve que toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto relacional. Tal pressuposto foi exemplificado na situação vivida nesta pesquisa, em que os ACS comunicavam os usuários sobre o funcionamento da equipe e eram claros os sinais de objeção não verbais à ideia colocada; por mais que eles, por vezes, concordassem verbalmente, era visível a inquietação com as orientações dadas.

Os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica porque podem influenciar significativamente a avaliação que os pacientes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental.

Perante o que foi relatado no estudo, foi fácil perceber que existiam problemas de comunicação entre a equipe Petrocochino e seus pacientes. A informação em saúde necessita ser clara, compreensível e consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada. Ou seja, essa personalização significa que é fundamental dar ao paciente uma informação adaptada ao seu nível cultural e ao seu estilo cognitivo, questão que remete ao conceito de competência cultural. É tarefa do médico de família e comunidade lidar com a diversidade cultural, contudo, com frequência, percebe-se que a prática médica está impregnada de etnocentrismo, ou seja, lamentavelmente se vê uma postura “civilizatória” com

relação aos pacientes. Dessa forma, percebe-se que a desvalorização dos fatores culturais no processo de saúde-doença é uma grave falha.

É preciso reconhecer que os profissionais de saúde encorajam pouco as perguntas por parte dos pacientes, tendem a falar mais do que a ouvir, não se interessam por conhecer qual a perspectiva do usuário nem as suas preocupações e expectativas. Induzem atitudes passivas por parte deles. Os fenômenos relacionados à saúde e à doença só podem ser compreendidos em um contexto histórico e social que extrapole a concepção biomédica. Infelizmente, alguns cursos de formação, tanto em nível de graduação como de pós-graduação preparam pouco seus egressos para tal abordagem, tão necessária na APS. Os profissionais que trabalham na ESF precisam ter uma escuta mais sensível se não quiserem cair nessa armadilha. As evidências já mostram que a participação ativa dos pacientes tem efeito positivo na recepção da comunicação, confere maior percepção de controle, e, por isso, apoiar os processos de participação popular em saúde é ampliar e qualificar o SUS.

Na organização inicial das reuniões com a comunidade encontramos resistência dos profissionais de saúde da equipe em fazê-las, tudo porque eles não se enxergavam como educadores populares. Percebe-se que isso é reflexo da educação bancária que tivemos. Essa concepção limitada induz-nos, como profissionais de saúde, a transmitir conhecimentos para que a população mude seu comportamento, higienizando-se melhor, alimentando-se melhor, sem levar em conta a realidade e as histórias, cultura e condições materiais de vida das pessoas.

Fazer as reuniões de equipe no território mostrou-nos que é preciso valorizar verdadeiramente o saber dos nossos usuários e fazer com que esses saberes contribuam para o próprio autocuidado tanto no campo individual quanto no da comunidade. Ficou evidente que, quando o grupo envolvido neste estudo parou para refletir sobre seus problemas e determinantes sociais em saúde, ela se conectou com o conceito amplo de saúde.

A falta de quórum na primeira reunião fez-nos perceber que nosso abismo de comunicação com a comunidade era muito maior do que pensávamos. Não é possível ter uma equipe resolutiva que atenda às necessidades do território sem a capacidade de diálogo entre trabalhadores da saúde com os usuários. Um canal de comunicação sólido fez muita falta no processo de divulgação, por isso tivemos a iniciativa de gravar áudios com a voz dos próprios profissionais da equipe convidando para reunião, pois isso passou mais confiança e credibilidade.

Durante a busca por locais que pudessem sediar a reunião, refizemos laços com serviços da comunidade e nos aproximamos de outros grupos sociais. Isto é, tivemos um ecomapa atualizado do território correspondente à população adscrita à ESF, ferramenta do planejamento em saúde que auxilia o processo de diagnóstico local e identificação das necessidades de saúde da população.

Notamos que o planejamento prévio da reunião, a elaboração de uma pauta estruturada para conduzir a sessão e a elaboração do material de suporte com as figuras e cartolinas de forma didática foi fundamental, contribuindo de modo claro para o desenvolvimento do projeto. Contudo, lidar com a comunidade requer deixar fluir o inesperado, para que de fato se possa praticar educação popular. Deve se entender que ouvir mais do que falar corresponde à verdadeira indissociabilidade entre educar e cuidar. Percebemos que a educação em saúde é, muitas vezes, entendida como um modo de fazer as pessoas mudarem seus hábitos para assimilarem práticas higiênicas e recomendações médicas que evitariam o desenvolvimento de um conjunto de doenças. Entretanto, para os autores que se baseiam na educação popular, educar para a saúde é justamente ajudar a população a compreender as causas dessas doenças e a se organizar para superá-las.¹⁸

A participação popular constitui uma força social capaz de dialogar com a equipe profissional sobre problemas e elencar prioridades de forma equânime, democrática e participativa e influir na organização de serviços públicos de saúde, impulsionando a formulação de políticas para a promoção da saúde como direito de todos. Entretanto, é lamentável como o espaço da reunião de equipe no território é desvalorizado pelos pacientes, bem como é doloroso perceber que a sociedade não está preparada para ser protagonista nas políticas públicas.

No terceiro encontro, a dinâmica da árvore de problemas permitiu aos usuários fazerem reflexões críticas sobre determinantes da saúde no respectivo território, como no caso do descalabro e infortúnio provocados pelo lixo. Vê-se frequentemente que problemas relacionados aos resíduos sólidos têm se avolumado nas sociedades contemporâneas, implicando a deterioração da qualidade de vida. Contudo, os usuários presentes na reunião pensaram livremente em uma solução intersetorial que envolvia a Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento do problema. Sendo assim, é preciso reconhecer a complexidade da realidade sanitária e que ações isoladas e descontextualizadas não conseguirão produzir os resultados desejados. A intersetorialidade representa um princípio da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil e deve ser uma atribuição de todos os profissionais que integram as equipes da ESF.

No quarto encontro, destacou-se o empoderamento dos participantes a respeito do controle social, a ponto de muitos se disporem a participar do Conselho Gestor da unidade. Os conselhos de saúde e as conferências de saúde são os principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. No entanto, a participação da comunidade no processo de planejamento e controle social das ações de saúde, infelizmente, permanece aquém do desejado em decorrência de múltiplos fatores, a exemplo do grande desconhecimento sobre direitos e deveres, sobre a existência e finalidade dos Conselhos de Saúde.

Por último, deve-se reconhecer que, apesar da participação legítima dos pacientes nas reuniões, o quórum atingido nos encontros ficou abaixo das expectativas se for levado em conta o total de cadastrados na equipe. Além disso, os resultados do estudo ficaram limitados às impressões resultantes da observação dos profissionais nas reuniões, não tendo sido utilizada qualquer outra ferramenta para mensurar seu impacto na comunidade.

Atualmente a reunião de equipe é vista como um espaço administrativo da ESF, porém pode ser entendida também como um ambiente de tomada de decisão, visando à mudança na realidade encontrada e ao enfrentamento dos problemas relacionados à saúde individual, da família e da comunidade. Para ter êxito, é fundamental o favorecimento da comunicação e da pactuação entre diferentes atores e interesses, a fim de compartilharem suas experiências e conhecimentos em busca da resolução dos problemas e da criação de novas estratégias que contribuam para a realização do planejamento local.

Diante da experiência vivenciada na realização de reuniões de equipe com a inclusão dos usuários, pôde-se constatar que a participação popular constitui uma força social capaz de influir nos serviços públicos de saúde, impulsionando a formulação e o fortalecimento de políticas para a promoção da saúde. Observamos que é possível incluir o paciente como protagonista no tocante ao planejamento de uma equipe de ESF. Ademais, pudemos testemunhar também a dificuldade existente para se exercitar o diálogo como estratégia primordial para a consolidação da participação popular em comunidade.

Segundo nossa avaliação, as distorções apontadas no estudo decorrem principalmente da concepção enraizada da educação bancária, que tem entre seus corolários o entendimento que alguns detêm o saber e outros não — capturado pelo paradigma biomédico, que receita que os profissionais de saúde devem transferir ensinamentos aos pacientes pois estes são desprovidos de saber.

Apesar de os resultados do estudo estarem baseados na percepção dos profissionais de saúde de uma equipe de ESF, esta experiência, no entanto, permite-nos afirmar a potencialidade transformadora das reuniões de equipe no território. Elas são importantes dispositivos para o delineamento do trabalho na APS.

Por fim, enfatiza-se o relato da experiência da autora como proposta para futuras práticas profissionais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos mestres que me guiaram nesse processo, especialmente o professor Ricardo Donato Rodrigues.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JFSM: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. PRO: Conceituação, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Sampaio LFR, Mendonça CS, Turci MA. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, orgs. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2. ed. Porto Alegre. Artmed; 2019. p.50-65.
2. Centro Cultural do Ministério da Saúde. A Saúde bate à porta: Programa Saúde da Família. Linha do Tempo - Trajetória do PSF [Internet]. [acessado em 14 jul. 2023]. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/timeline.php>.
3. Núcleo de Telessaúde Sergipe. Quando foi iniciada a Estratégia de Saúde da Família no Brasil? BVS APS Atenção Primária à Saúde [Internet]. 2015 [acessado em 14 jul. 2023]. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quando-foi-iniciada-a-estrategia-de-saude-da-familia-no-brasil/>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família [Internet]. [acessado em 14 jul. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia/>
5. Dias RB, Nogueira FPS. Trabalho em equipe. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, orgs. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2. ed. Porto Alegre. Artmed; 2019. p. 1079.
6. Grandó MK, Dall'agnol CM. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. Esc Anna Nery 2010;14(3):504-510. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300011>
7. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cad Saúde Pública 2018;34(8):e00029818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>
8. Dallari DA. O que é participação política. São Paulo: Brasiliense; 1999.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro [Internet]. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 [acessado em 14 jul. 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
10. Freire P. Educação como prática de liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.
11. Fernandes RS, Fank EI, Mendes LEF, Araújo RS, Barbosa DS. Potencialidades da Educação Popular em tempos de pandemia da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Interface (Botucatu) 2022;26:e210142. <https://doi.org/10.1590/interface.210142>
12. Dantas ACMTV, Martelli PJJ, Albuquerque PC, Sá RMPF. Relatos e reflexões sobre a atenção primária à saúde em assentamentos da reforma agrária. Physis 2019;29(2):e290211. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290211>
13. Fleury S, Vasconcelos L, Lobato C, org. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009
14. Figueiredo NMA. Método e metodologia na pesquisa científica. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis; 2008.

15. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1991.
16. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)* 2018;22(Supl. 2):1525-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
17. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D. Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix; 2007.
18. Vasconcelos EM. Educação popular e atenção à saúde da família. 6. ed. São Paulo: Hucitec; 2015.