ADMINISTRAÇÃO DE COMPORTAMENTO HUMANO EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE - UMA EXPERIÊNCIA PARA SERVIÇO PÚBLICO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA USP
T 88
L 2

U N I V E R S I D A D E D E S Ã O P A U L O

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL

ADMINISTRAÇÃO DE COMPORTAMENTO HUMANO EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE - UMA EXPERIENCIA PARA SERVIÇO PÚBLICO

S í l v i o P a u l o B o t o m é



Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Experimental .

S ã o P a u l o

1 9 8 1

Parece-me estranho agradecer verbalmente... Mas preciso registrar a quem, de fato, se deve este trabalho.

Gosto de ter uma percepção clara de que este trabalho não foi realizado por mim. Quem o fêz foi uma grande quantidade de pessoas que vivem o sofrimento de pagar o preço da incapacidade de trabalho ou de compromisso de outros... Eles vivem a experiência que eu, mero relator, descrevo aqui.

Ficarei contente no dia em que conseguir fazer com que eles usufruam do relato da mesma forma que fui capaz de usufruir da experiência deles, quando então, a pesquisa terá atingido ou recuperado seu significado.

Entre todos os que deram sua experiência vivida há que destacar um que parece ter sido o mais pobre, o mais amigo, o mais atingido, o mais vulnerável, o mais corajoso, o mais inquieto e o mais insatisfeito...

Aquele que foi, quase sempre, fonte, início, apoio, coragem, lucidez e que gerou a possibilidade de este trabalho - e de seu relato-existir, o reconhecimento de que foi ele o principal autor de tudo o que isto produziu de bom.

Obrigado, Cornélio Pedroso Rosenburg, principalmente, pela satisfação de ser o relator de uma parte tão pequena do trabalho que você tornou possível no Departamento de Saúde da Comunidade.

RESUMO

Este trabalho contém o relato de dez Estudos relacionados a um serviço de saúde desenvolvido pelo Departamento de Saúde da Comunidade da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo através dos 56 Postos de Saúde da rede do município durante o quadriênio 1975-1978. Os Estudos relatam o trabalho desenvolvido pela Administração do Departamento em relação a um atendimento de saúde que produza melhoria nas condições de saúde da população através de uma prestação de serviços de saúde eficaz. Os Estudos iniciam com uma descrição do problema ("diagnóstico") a ser resolvido pela atuação dos funcionários dos Postos de Saúde. Esse "diagnóstico" inclui a identificação de comportamentos inexistentes ou inadequados em relação às suas condições de saúde que eram característicos do repertório da população-alvo das ações dos Postos: gestantes, nutrizes e crianças até dois anos de idade. O ponto de partida também considera as condições dos Postos e a proposta de um "Programa de Saúde Materno-Infantil" elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A partir da "descrição do problema" especificaram-se as classes de ações que deviam ser apresentadas pelos Postos de Saúde em relação ao que devia ser conseguido (produzido) pelos Postos, ordenaram-se essas ações em uma seqüência, detalhou-se cada ação em ações mais simples e intermediárias. Em seguida, especificaram-se as "condições" que os Postos de Saúde deveriam ter para permitir a ocorrência das classes de respostas dos funcionários e da população-alvo. Dessas "condições" são apresentadas quatro como exemplo do procedimento utilizado e dos resultados obtidos: sistema de orientações de saúde, sistema de mapeamento do atendimento aos usuários dos Postos, sistema de fluxo do atendimento e de aprazamento de retornos e sistema de arquivo e documentação utilizados pelos Postos de Saúde. O trabalho foi desenvolvido por uma equipe multidisciplinar e envolveu funcionários de vários tipos e níveis na instituição. Salientou-se a preocupação em descobrir e criar condições para a ocorrência de comportamentos que produzissem melhores condições de saúde para a população-alvo do trabalho, abrangendo os níveis de prevenção de más condições de saúde e manutenção ou promoção de boas condições de saúde além dos níveis de recuperação e reabilitação já bastante existentes na atividade das instituições que prestam serviços na área da Saúde. O procedimento e os resultados parecem úteis para o planejamento e organização de instituições que têm um trabalho típico de "prestação de serviços" à população.

ABSTRACT

This paper reports ten studies concerning a health project implemented by the Department of Community Health of São Paulo Public Health Bureau at 56 Municipal Health Care Centers from 1975 to 1978. The studies report the work developed by the administration of the Department in relation to the organization of an efficient health service aiming at an improvement in the population health conditions. The studies initially presented a description of the problem (a "diagnostic") to be solved by the Health Care Center workers. This "diagnostic", based on their health conditions, included the identification of non-existent or inadequate behaviors that constituted the repertoire of the population affected by the Health Care Centers, e.g., mothers-to-be, breast-feeding mothers and children under two yers old. This starting point also included an evaluation of the characteristics of the Health Care Centers as well as of the "Health Project for Children and their Mothers" elaborated by the State of São Paulo Secretariat for Public Health. Based on the problem description it were specified classes of actions to be performed by the Health Care Center in terms of what its function was. These actions were ordenated in an appropriate sequence and decomposed in simpler intermediary actions. After this step, it were specified the conditions that these Health Care Centers should present in order to permit the occurrence of those classes of response performed by the Health Care Center staff and by the focused population. Among these conditions four were taken as samples of the applied procedure and of the results which were obtained. These conditions are: a system of health orientation, a system to chart the services rendered to the population, a system of flux of clientele and appointment and a system of files and documents used by the Health Care Center. The work was developed by a group of professionals of various areas and involved different kind of workers from many levels of the institution. It was emphasized the purpose to discover and set the necessary conditions to the occurrence of behaviors which would produce an improvement in the health conditions of the population. These behaviors included the prevention of poor and the maintenance of good health conditions as well as the traditional level of rehabilitation and recovery, usually found in institutions in the area of health. The procedure and its results seem to be useful to plan and organize the work in many similar institutions.

ÍNDICE

RESUMO 7

ABSTRACT 9

APRESENTAÇÃO - PREFÁCIO 19

- A situação. 19
- A população e os objetivos. 20
- O problema a resolver 23
- O plano de trabalho 25
- O procedimento geral 27
- A ocorrência do trabalho 30
- Características do relato 31
- Os participantes. 33
- O nome dado ao relato do trabalho. 34

INTRODUÇÃO GERAL 37

ESTUDO 1 . CLASSES DE AÇÕES-ALVO DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO À MELHORIA DE SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, COM AS QUAIS OS POSTOS DE SAÚDE PODERIAM INTERFERIR. 53

- MÉTODO. 63
  - Participantes 63
  - Material 64
  - Ambiente 64
  - Procedimento 64
    - . Primeira etapa - "Queixa e diagnóstico" 64
    - . Segunda etapa - Condutas que deveriam existir.. 66
    - . Terceira etapa - Hierarquização das condutas-alvo do ponto de vista de sua prioridade. 67

- RESULTADOS 69
  1. Condutas "inexistentes" ou inadequadas da população-alvo em relação a cuidados de saúde e as possíveis "causas" da inexistência ou inadequação dessas condutas 69

2. Condutas relacionadas à saúde de si próprias, dos filhos e dos membros da família que deviam ser apresentadas pelas usuárias dos Postos de Saúde 76

3. Hierarquização das condutas segundo o critério de prioridade delas para a melhoria das condições de saúde da população-alvo do Programa de Saúde 82

- DISCUSSÃO 85

ESTUDO 2 . O QUE OS POSTOS DE SAÚDE DEVERIAM FAZER PARA REALIZAR OS OBJETIVOS DO "PLANO NACIONAL DE SAÚDE" E DIMINUIR OS ÍNDICES REGIONAIS DE MORTALIDADE E MORBIDADE MATERNO-INFANTIS A PARTIR DAS CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO E DAS CONDUTAS DA POPULAÇÃO RELACIONADAS ÀS SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 97

- MÉTODO 105

- Participantes 105

- Material 105

- Ambiente 105

- Procedimento 106

- RESULTADOS 109

- DISCUSSÃO 113

ESTUDO 3 . O QUE OS POSTOS DEVERIAM FAZER EM FUNÇÃO DAS NECESSIDADES DE CADA TIPO DE USUÁRIO QUE PROCURA OS SERVIÇOS DOS POSTOS DE SAÚDE. 119

- MÉTODO 125

- Participantes 125

- Ambiente 125

- Material e procedimento 125

- RESULTADOS 133

1. Resultados em relação ao atendimento de gestantes . . 133

2. Resultados em relação ao atendimento de mães e crianças que participaram do programa de gestantes 141

3. Resultados em relação ao atendimento de crianças cujas mães não participaram do programa de gestantes e que iniciam a participação nas atividades do Posto após o nascimento da criança 143

- DISCUSSÃO 145

ESTUDO 4 . EM QUE SEQUÊNCIA AS AÇÕES QUE CONSTITUIAM O ATENDIMENTO DE UM POSTO DE SAÚDE DEVERIAM SER APRESENTADAS PARA GARANTIR O MELHOR ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS 159

- MÉTODO 161
  - Participantes 161
  - Ambiente 161
  - Material 161
  - Procedimento 162
- RESULTADOS 165
- DISCUSSÃO 173

ESTUDO 5 . DETALHAMENTO DAS CLASSES GERAIS DE AÇÕES DOS POSTOS DE SAÚDE E ENCADEAMENTO DAS CLASSES DE AÇÕES COMPONENTES DAS CLASSES GERAIS. 179

- MÉTODO 183
  - Participantes 183
  - Ambiente 183
  - Material 183
  - Procedimento 184
- RESULTADOS 187
- DISCUSSÃO 191

ESTUDO 6 . DEFINIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DAS ATIVIDADES (CLASSES DE RESPOSTAS) DOS POSTOS DE SAÚDE PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E DE ACORDO COM AS RESPONSABILIDADES DA INSTITUIÇÃO. 195

- MÉTODO 201
  - Participantes 201
  - Material 201
  - Ambiente 201
  - Procedimento 202
    - . Primeira etapa - Identificação das "condições" que deveriam ser melhor definidas para prosseguir a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil.. 202

. Segunda etapa - Especificação das características que deveria ter cada uma das condições listadas de forma a aumentar a probabilidade de ocorrência das condutas da população e dos funcionários dos Postos que haviam sido descritas nos Estudos anteriores e a garantir melhoria nos índices de boas condições de saúde da população. 203

. Terceira etapa - Concretização da "adjetivação" relacionada a cada "condição" que deveria ser definida (ou redefinida) 205

- RESULTADOS 209

1. "Condições necessárias" 209

2. Adjetivação das "condições" 210

3. Concretização da adjetivação 215

- DISCUSSÃO 225

ESTUDO 7. CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE ORIENTAÇÕES DE SAÚDE E DAS CARACTERÍSTICAS E INSTRUMENTOS PARA EXECUÇÃO DE CADA ORIENTAÇÃO DE SAÚDE 235

- MÉTODO 241

- Participantes 241

- Material 242

- Ambiente 242

- Procedimento 243

. Primeira etapa - Caracterização do sistema de orientações de saúde 243

. Segunda etapa - Construção do instrumento que permitiria "decidir" qual orientação cada usuário deveria ter cada vez que retornasse ao Posto para controle de saúde 244

. Terceira etapa - Procedimento de uso do instrumento elaborado na segunda etapa 246

. Quarta etapa - Caracterização do sistema de orientações de saúde 247

. Quinta etapa - Caracterização de um instrumento de ensino para realizar cada orientação de saúde de acordo com as características do sistema de orientações de saúde 247

- RESULTADOS 251

- DISCUSSÃO 267

ESTUDO 8 . UM SISTEMA DE MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS QUE OS POSTOS DE SAÚDE PODIAM PRESTAR A CADA USUÁRIO EM CADA DIA DE ATENDIMENTO COMO FORMA DE PREVISÃO E CONTROLE DO ATENDIMENTO DIÁRIO À POPULAÇÃO USUÁRIA 287

- METODO 295
- Participantes 295
- Material 295
- Situação de trabalho 296
- Procedimento 297

1. Diagnóstico. 298

. Atividade 1. Discussão do problema a ser resolvido 298

. Atividade 2. Organização do registro feito durante o debate. 299

. Atividade 3. Estudo do documento 299

2. Processo de solução 300

. Atividade 4. Levantamento de alternativas 300

. Atividade 5. Organização do registro sobre o debate em relação ao levantamento de alternativas de solução 300

. Atividade 6. Estudo do documento sobre alternativas de solução 301

3. Decisão 301

. Atividade 7. Estudo do documento sobre as alternativas de solução propostas 301

. Atividade 8. Escolha da melhor alternativa de solução. 301

4. Execução. 302

. Atividade 9. Construção das condições para implantação do que havia sido decidido. 302

. Atividade 10. Implantação-teste 303

. Atividade 11. Organização dos dados 303

. Atividade 12. Estudo dos resultados da implantação-teste 303

. Primeira etapa - Agenda simples 304
. Segunda etapa - Bloco de Agendamento construido para agendamento de gestantes 304
. Terceira etapa - Agendamento de Pré-Natal integrado 304
. Quarta etapa - Agendamento de Pediatria integrado 305
. Quinta etapa - Agendamento de Pré-Natal e de Assistência à criança (até um ano de idade) integrados em um Programa de Atendimento de Saúde Materno-Infantil. 305
. Sexta etapa - Agendamentos de clínica de adultos e de clínica de crianças (até seis anos de idade) integrados em um Programa de Atendimento Ambulatorial 305
- RESULTADOS 307
- DISCUSSÃO 335

ESTUDO 9 . UM SISTEMA DE FLUXO DE PRONTUÁRIOS E DE APRAZAMENTO PARA RETORNO DE USUÁRIOS DE FORMA A MAXIMIZAR O POTENCIAL DE ATENDIMENTO DOS POSTOS DE SAÚDE E A AUMENTAR A PROBABILIDADE DE RETORNO DOS USUÁRIOS. 349
- MÉTODO 355
- Participantes 355
- Material e situação de trabalho 355
- Procedimento 355
- RESULTADOS 357
- DISCUSSÃO 367

ESTUDO 10. ARQUIVO E DOCUMENTAÇÃO COMO CONDIÇÃO PARA A OCORRÊNCIA DE CLASSES DE RESPOSTAS (AÇÕES) PROFISSIONAIS DOS FUNCIONÁRIOS DOS POSTOS DE SAÚDE 375
- MÉTODO 389
- Participante 389
- Material 389
- Ambiente 389

- P r o c e d i m e n t o 390
1.Prontuário 390
a) Levantamento dos problemas existentes com os prontuários. 390
b) Debate, caracterizando o problema e organizando alternativas de solução 390
c) Estudo dos problemas relacionados aos prontuários utilizados nos Postos de Saúde 390
d) Debate em conjunto, propondo as características do prontuário a ser utilizado nos Postos de Saúde 391
2.Numeração e arquivamento dos prontuários de clientes nos Postos de Saúde. 391
a) Observação nos Postos de Saúde. 391
b) Debate, caracterizando o problema e sugerindo alternativas de solução 392
c) Estudo e proposta de solução. 392
d) Debate sobre solução e linhas gerais de implantação. 393
e) Estudo sobre a implantação dos procedimentos relativos à numeração e arquivamento de prontuários 393
f) Debate e decisão 393
3.Documentação 394
a) Surgimento do problema 394
b) Levantamento sobre as características dos impressos usados nos Postos de Saúde 395
c) Exame de cada impresso. 395
d) Desenho do modelo do impresso 396
e) Teste do impresso 397
f) Construção do documento propondo cada impresso 398
4.Procedimento de uso dos impressos 398
a) Elaboração de um documento descrevendo o uso do impresso 398

b) Teste do "manual de procedimento". 399
- RESULTADOS 401
1. Prontuário 401
2. Numeração dos Prontuários 402
3. Arquivamento 403
4. Documentação 405
5. Procedimento de uso 413
- DISCUSSÃO 415
DISCUSSÃO GERAL 429
REFERÊNCIAS 451
ÍNDICE DE AUTORES 459
ÍNDICE DE QUADROS 463

APRESENTAÇÃO-PREFÁCIO

A situação

Uma das Secretarias do governo municipal de São Paulo é a "Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo". Essa Secretaria está dividida em departamentos, dos quais um é o "Departamento de Saúde da Comunidade". Entre várias "divisões" o Departamento é responsável por uma que se define pela administração dos quase 60 Postos de Saúde que estão sob a responsabilidade da Prefeitura em todo o município.

Os Postos de Saúde do município são agências que têm um local físico (um prédio), equipamento, pessoal e uma área de atuação dentro dos limites do município. Cada agência é, de certa forma, uma instituição responsável pela saúde de uma área do município. No conjunto elas compõem parte da instituição maior — Departamento de Saúde da Comunidade — responsável pela saúde de toda a população do município (pelo menos no que diz respeito à sua área de competência). Cada Posto de Saúde deveria oferecer um atendimento à população que garantisse melhores níveis de saúde para os moradores da área pela qual o Posto é responsável.

Durante a gestão de governo do Departamento entre 1975 e 1978 houve uma grande insistência para que se entendesse a atuação dos Postos de Saúde como garantia de um trabalho de saúde fundamentalmente "preventivo" e não apenas "curativo". Conceber a atuação dos Postos ao contrário faria com que eles se caracterizassem como "ambulatórios" cuja função predominante seria a de atender à população quando estivesse em "más condições de saúde" (comumente designadas como "doen-

tes"). Nesse período, a preocupação fundamental do trabalho no Departamento foi a de que os Postos de Saúde chegassem a "prevenir problemas com as condições de saúde" da população. Isto significava desenvolver-se uma atuação antes que se instalassem "más condições de saúde" (antes que ocorresse a "doença") e essa atuação (para caracterizar-se como "preventiva") devia referir-se ao controle dos fatores que determinam, desencadeiam ou agravam as "más condições de saúde".

A população e os objetivos

Além das considerações acima, a Direção do Departamento de Saúde da Comunidade insistia em que o trabalho dos Postos de Saúde deveria ir mais longe ainda enquanto um serviço de Saúde Pública. Era necessário promover melhores índices de saúde e não apenas prevenir "doença". Os vários níveis de atuação em relação às condições de saúde da comunidade (curar "doença", prevenir "doença" e promover "saúde") deveriam ser equilibradamente considerados enfatizando-se os níveis de maior rentabilidade para a população. A definição de prioridades para esses níveis de atuação, no entanto, envolve responder a uma pergunta: quais as variáveis relacionadas a melhores condições de saúde da população?

Essas considerações se tornam tão mais relevantes, enquanto perspectiva de atuação, quanto mais a população que recebe os serviços dos postos é exposta a fatores que interferem e ou ocasionam mudanças nas condições de saúde.

A população-alvo da atividade dos Postos de Saúde está, na sua maioria, exposta a esses fatores. Principalmente porque a população quanto mais economicamente desprotegida mais perifericamente se localiza, em termos de moradia, em relação às áreas com condições de saneamento básico.

Além dessas condições que, afastando-se do centro urbano, se tornam gradualmente mais precárias, os recursos da população (econômicos, educacionais, de resistência às más condições do ambiente...) são também menores. Isso agrava ainda mais os riscos para a vida e para as "condições de saúde" dessa população.

Há uma parte dessa população cujas características a tornam mais vulnerável a um ambiente marcadamente desfavorável para a manutenção de boas condições de saúde e possibilidades de vida, como são os bairros periféricos de uma cidade como São Paulo. Essa parte da população é, basicamente composta por crianças desde os momentos iniciais de vida. A criança quanto mais nova menos condições tem para reagir a um ambiente hostil. Qualquer piora nas suas condições de saúde é tanto mais grave ou perigosa quanto menor for a criança atingida.

As condições de vida precárias e prejudiciais à saúde da população que mora dessa forma se somam, de certa forma, às condições do organismo infantil, mais desprotegido que o do adulto. Se a criança for ainda um feto ou um embrião, os efeitos de um ambiente inadequado à saúde serão ainda de maior abrangência e intensidade. Isso traz, como decorrência, que as condições em que uma mulher tem uma gestação são fundamentais para garantir o nascimento de uma criança com maiores possibilidades de vida.

Em resumo poderíamos dizer que quanto mais fatores que interferem com as condições de saúde estiverem presentes e quanto menos condições de reação do organismo a esses fatores, menor a probabilidade de que seja possível haver boas condições de saúde para um determinado organismo.

Colocar sob controle <u>cada</u> variável que interfere com a probabilidade de uma criança nascer sadia, normal e com possibilidades de reagir a um ambiente precário — e, mesmo,

hostil — era o desafio que o Departamento de Saúde da Comunidade se propunha enfrentar.

Essas razões é que definiam como prioritárias, para a atuação do Departamento, as ações de saúde dos Postos serem dirigidas a gestantes, nutrizes e crianças.

Essa prioridade foi proposta também pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que elaborou um "Programa Materno-Infantil" cujos objetivos gerais são:

"1. Proporcionar condições favoráveis para a evolução normal da gestação, parto e puerpério;

2. Detecter e tratar, o mais precocemente possível, processos patológicos da gestação e puerpério;

3. Proporcionar condições favoráveis para a adequada evolução do processo de nascimento e desenvolvimento normal das crianças de zero a 14 anos;

4. Detectar e tratar, o mais precocemente possível, processos patológicos que possam prejudicar essa evolução."

Ao propor estes objetivos para um "Programa de Saúde Materno-Infantil" a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo visava "reduzir a morbidade e mortalidade materno-infantil mediante ações integradas de fomento, proteção, recuperação e reabilitação da saúde" (esta expressão, no texto do Programa elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde, aparece como "propósito" do trabalho). Isto, de certa forma, se constituía no "problema de saúde da população que a Secretaria se propunha resolver através do 'Programa Materno-Infantil'".

Para os Postos de Saúde da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo, porém, o problema foi equacionado levando em conta outras variáveis.

O problema a resolver

Para o Departamento de Saúde da Comunidade, na época (1975), havia três aspectos que deviam ser considerados como "o que devia ser resolvido" pelo Departamento:

a) índice de morbidade e mortalidade materno-infantil no município;

b) proposições do Programa Materno-Infantil elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde e

c) condições (materiais, de pessoal, administrativas, etc.) concretas dos Postos de Saúde da rede do município.*

Nesse sentido, o "problema de saúde da população" era, para o Departamento, integrado com mais duas condições: as proposições de um órgão governamental de instância superior e as condições dos Postos de Saúde da rede municipal. Para o Departamento o problema a resolver integrava os três aspectos.

As proposições da Secretaria de Estado da Saúde precisariam ser adequadas às possibilidades e condições do Departamento, sua concretização seria, provavelmente, gradual, etc.. As características do trabalho dos Postos precisariam ser revistas e, também provavelmente, alteradas em função das proposições e das dimensões do problema da população.

---

* A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo tem, em todo o Estado de São Paulo, uma rede de Centros de Saúde (este é o nome utilizado) e a Secretaria de Higiene e Saúde do Município (capital) de São Paulo tem uma rede — só na área do município — de Postos de Saúde (este é o nome utilizado). Centro e Posto de Saúde são designações utilizadas, respectivamente, pela Secretaria de Estado da Saúde e pela Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo. O Departamento de Saúde da Comunidade, dentro dos Departamentos da Secretaria de Higiene e Saúde, era o que coordenava e administrava a atividade dos Postos de Saúde.

O que se observava nas atividades dos Postos, na época em que este trabalho iniciou, era um conjunto de características que interferiam e, até, impediam a consecução dos objetivos do Programa de Saúde Materno-Infantil e, como decorrência, a modificação nas condições de saúde da população-alvo.

Em linhas gerais, o atendimento da população era feito de uma forma tal (esperas prolongadas, atendimento superficial e compartimentalizado, exigência de retornos e filas para cada tipo de serviço, burocracia excessiva, etc.)que a probabilidade de a população agir de acordo com o que era necessário, voltar a procurar o Posto, ir até o Posto de Saúde pela primeira vez ou encaminhar outras pessoas para freqüentá-lo era minimizada.

O próprio volume de atendimento realizado apresentava uma capacidade ociosa (embora houvesse filas, amontoamentos, demoras prolongadas no atendimento, etc.) que mostrava não se prestar adequadamente o serviço à comunidade em relação ao preço relativamente alto que ela paga pela existência e manutenção de cada Posto de Saúde.

Embora os Postos de Saúde variem de tamanho — e de capacidade de atendimento — cada um contava com, pelo menos, um médico pré-natalista, um médico pediatra (com freqüência dois), dois dentistas, um assistente-social, um enfermeiro, um educador sanitário, dois escriturários, auxiliares e atendentes de enfermagem, pessoal encarregado da limpeza e manutenção e pessoal administrativo. Além disso, tem prédio, equipamentos, materiais, manutenção, serviço administrativo local e intermediário (chefias, coordenações regionais, administração central, etc.). Tudo isto custa um preço relativamente alto para a comunidade e, conforme o tamanho, os Postos de Saúde ainda poderiam ter outros profissionais (médico clínico, técnicos de laboratório, etc.) aumentando ainda mais

o seu preço para a comunidade.

Com todos esses recursos, porém, o atendimento era, com freqüência, de um terço (ou menos) de sua capacidade. O número de gestantes, por exemplo, que poderiam ter consulta médica em um período (quatro horas de trabalho) era de 20. O que acontecia, freqüentemente, era haver atendimento de apenas cinco ou menos gestantes em um período. Embora houvesse momentos ou Postos em que esses números eram superados, isso era ocasional ou de uma oscilação que deixava, ainda uma grande margem de ociosidade.

Além disso, o trabalho realizado era voltado para um atendimento fundamentalmente "curativo" (recuperação e reabilitação de condições de saúde).

Além do preço, o serviço prestado não parecia ser o de maior prioridade para a população em função das necessidades da população-alvo.

A população — como reflexo? — não procurava os Postos de Saúde a não ser quando estava em más — e em graus avançados — condições de saúde. Quando procurava, raramente retornava (ou não o fazia) tornando o trabalho ineficiente e, mesmo, inútil.

O plano de trabalho.

O trabalho que este relato descreve foi realizado a partir dessas condições iniciais e no espaço temporal desde o segundo semestre de 1975 até o final de 1978. Sua localização geográfica abrangeu toda a área do município da capital do Estado de São Paulo.

É importante lembrar também que os continentes temporais e espaciais tinham e impunham limitações e exigências

no ritmo, urgência, fronteiras definidas (em termos administrativos, geográficos, históricos e políticos) e, mesmo, impostas por um cargo público (Direção de um Departamento da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo) com duração limitada (quatro anos). Isto, sem dúvida, trouxe conseqüências, caracterizando muitos aspectos do trabalho. As próprias características da população atendida (com possibilidade de aproximadamente 60.000 atendimentos mensais com os recursos da época) e dos funcionários (mais de 1.000 já acostumados a um tipo de trabalho e concepção de saúde e de serviço na instituição) limitavam e exigiam medidas apropriadas a suas características.

A própria composição do grupo que iria coordenar o trabalho tinha suas limitações e exigências também. Para o autor esse problema aparecia como um "risco" ou um "desafio" em participar de um trabalho de saúde sendo "apenas" psicólogo. Que exigências e limitações haveria? Que contribuições seria possível oferecer? Este relato pretende ilustrar um pouco do que um psicólogo, participante do trabalho, percebeu e realizou junto com os demais participantes.

O relato terá, é claro, o enfoque e as percepções típicas da área profissional do autor. Não porque se ignore ou desconsidere as demais áreas mas porque é objetivo do relato examinar e explicitar um tipo possível de contribuição da psicologia para um trabalho voltado à saúde através de uma instituição de serviço público.

A própria quantidade de referências de literatura da área da saúde é mínima. Considerou-se, para este relato, desnecessário explicitar o que o autor havia lido sobre o assunto uma vez que, mesmo, corre o risco de ser superficial ou fazê-lo apenas para "mostrar que leu". O que há, no texto, referente à área de saúde (ou mesmo de outras áreas) foi descoberto e aprendido junto com os demais participantes, tra-

balhando e estudando em função das necessidades e solicitações do trabalho. Neste relato, insistimos, a preocupação é elucidar o que uma área definida — Psicologia — pode oferecer ao trabalho comum. Outros relatos pelos demais participantes (Serviço Social, Medicina, Odontologia, Enfermagem, Educação Sanitária, Saúde Pública, Nutrição, etc.) deverão enfatizar e esclarecer pontos de vista diversos daquele que o é neste texto.

Isto lembra também que, mais do que um plano prévio e "de fora", foi feita uma tentativa de caminhar organizadamente junto com a comunidade que solicitava o trabalho e que o realizaria. A exigência fundamental foi a de não perder nenhum aspecto o tempo todo e, por isto, a ênfase na organização foi fundamental. Sem se trabalhar de maneira organizada, dificilmente se conseguiria uma sistematização e integração de tantos pontos de vista e de dados de tão variadas naturezas.

Nesse sentido foi necessário criar e explicitar uma concepção de estudo mais ampla e significativa do que "ler textos e repeti-los". Enfatizou-se o debate, a experiência vivida, a verbalização de colegas, etc. como fonte de dados que eram importantes e deviam ser usados de acordo com suas possibilidades e características. Conforme a situação, são dados preciosos para o trabalho e é necessário saber respeitá-los, identificá-los, registrá-los, organizá-los e usá-los no trabalho.

O procedimento geral

Desde o início enfatizou-se uma "estratégia" para produzir condições progressivas de concretizar o trabalho que era proposto (no início vagamente). A "estratégia" consistiu em

que cada trabalho seria organizado como um "estudo" que terminaria com propostas de intervenção e apresentado por escrito sob a forma de um documento que explicitasse todas suas fases (a cada fase eram construídos documentos-relato por escrito e parciais). Sempre que foi necessário dividiu-se os "estudos" em "sub-estudos" mantendo, para cada um, as características do geral.

Cada "estudo" tinha um procedimento definido "a priori" pelo grupo que o realizava (como se fosse um plano de trabalho que se fazia sempre antes de iniciar o trabalho. Em geral cada estudo teve as seguintes fases: 1. descrição do problema; 2. levantamento de alternativas de solução; 3. escolha da melhor alternativa de solução; 4. planejamento da implantação da alternativa escolhida; 5. implantação gradual; 6. avaliação a cada etapa de implantação; 7. reformulação sempre que necessário; 8. correção da implantação, etc..

Cada fase tinha um documento escrito correspondente que ia, com os demais, compor o "estudo" todo.

Os participantes chegaram a realizar um "estudo" sobre a própria "estratégia" de trabalho adotada (acima descrita) registrando-a em um documento que foi subsídio para várias tarefas componentes do trabalho mais geral.

A ênfase no planejamento "antes" foi gerada pela preocupação de aumentar ao máximo a visibilidade e a intencionalidade (consciência?) antes de começar a agir em relação a um determinado problema (Varsavsky, 1974; Skinner, 1979, pp. 127-159).

A visibilidade (inclusive porque cada fase "virava" um documento escrito) era útil para garantir a participação de mais pessoas no decorrer do tempo (o processo e a conclusão ficavam estáveis e disponíveis no documento) que poderiam examinar, criticar e propor modificações no que havia sido

feito. Os próprios construtores de cada documento o usavam como material de estudo em qualquer tarefa posterior. Com tudo isso aumentava-se as possibilidades de participação — de inúmeras maneiras — em vários níveis da população envolvida no trabalho.

Havia um critério que era considerado importante: o procedimento de trabalho deveria ser sempre "facilitador". Cada tarefa deveria ser condição que facilitasse a ocorrência da tarefa seguinte (Skinner, 1979, pp.127-129) criando-se, progressivamente, mais recursos para encontrar a solução do problema — origem de cada tarefa.

Procurou-se evitar constrangimentos por procedimentos sofisticados, custosos ou demorados. Sempre que foi necessário criaram-se fases menores, recriaram-se etapas, sub-estudos, etc. para facilitar e ter produtos "finais" com menor tempo e trabalho.

Também explicitou-se a necessidade de que cada "área profissional" tinha que ensinar aos demais a linguagem que utilizava sempre que fosse necessário. Procurava-se evitar o uso de linguagem excessivamente técnica, apenas de uma área ou de conceitos complexos de difícil compreensão. À medida que se aprendia algo de uma área, isso era incorporado. No próprio relato (este texto) do trabalho se toma este cuidado.

As dificuldades associadas à diversidade de formações, informações, pontos de vista, experiências de trabalho, etc. foram, progressivamente, superadas graças à constante ênfase em aprender com os demais ao realizar o trabalho. Já era bastante encontrar pessoas dispostas a tentar uma mudança e a enfrentar as conseqüências e exigências disso. As diferenças tinham que fazer parte do próprio problema a ser resolvido. A busca da cooperação envolvia a descoberta de uma linguagem comum e a percepção do que acontecia com os demais componentes do grupo de trabalho quando se trabalhava.

A ocorrência do trabalho

O que se precisava fazer não era algo novo que pudesse ser apenas ou simplesmente derivado de objetivos gerais. Eram objetivos ainda por descobrir melhor e uma instituição com mais de duas décadas de existência e funcionamento, envolvendo mais de mil pessoas com uma "cultura" (padrões de conduta) bem definida e "assentada".

O que prevaleceria: o velho ou o novo? Parece que o conflito assim apresentado é falso ou apenas verbal. Tinha-se que propor o novo com a percepção de que era uma interação entre os dois o que determinaria o resultado que existiria.

De certa forma o trabalho tinha que ser feito em dois planos: manter o funcionamento do serviço (a rotina de trabalho não podia ser interrompida) e renová-lo (ao mesmo tempo). A analogia usada internamente era que o trabalho tinha que ser realizado como se fosse a modificação da estrutura e do funcionamento de um avião sem parar de voar.

Não se podia ignorar o que era feito e já existia. Era importante aproveitar o máximo do que já funcionava e, ao mesmo tempo, ir mudando tudo o que fosse necessário.

Realizar um trabalho novo mantendo o velho em funcionamento exige uma clara estratégia de substituição gradual. Imagine-se reformar um avião sem parar de voar e se pode ter uma idéia da intensidade dos perigos e dificuldades relacionados à realização de uma mudança em um bem estruturado sistema envolvendo a saúde de um extenso contingente populacional com uma relativa fragilidade em relação às suas condições de saúde. Quem o interromperia para "mudar" o sistema de trabalho? Era necessário correr os riscos e enfrentar as dificuldades de mudá-lo em funcionamento.

Também o "conflito" entre fazer como "tecnicamente" seria correto ou fazer com o máximo de correção que os demais

membros da comunidade de trabalho aceitariam às vezes se acentuava. De certa forma o conflito real era "fazer com os demais ou apesar dos demais" e, nesse caso, o "conflito" perdia sentido (deixava de sê-lo). Os dois extremos são limitantes e não são "reais". Cada participante deveria estar "pressionando" os demais expondo seus pontos de vista e expondo-se ao máximo de forma que houvesse possibilidade de uma intensa interação de "ensino e aprendizagem" entre os próprios participantes. A troca constante e organizada de informações permitiria um trabalho integrando os vários pontos de vista.

De certa forma era como se os participantes "modelassem" o próprio comportamento a partir das interações a cada nível de trabalho. Embora não se tivesse "a priori" definido e claro o que "modelar" e todos os "passos" dessa "modelagem" parecia que o procedimento ajudaria a aproximar as pessoas desenvolvendo seu repertório de trabalho e de interação constantemente.

Características do relato

A forma de relatar (aproximando-se do modelo de relatório científico) foi escolhida porque interessava orientar o trabalho na direção de uma maneira científica de realizá-lo. A forma do relato, nos parece, ajuda a identificar problemas com o que foi feito.

Além disso — é a razão principal — esta maneira de relatar reflete melhor o modo pelo qual o trabalho foi feito (estudos feitos com um procedimento definido). Uma forma mais descritiva ("estudo de caso", por exemplo) poderia ser usada mas — nos parece — encobriria as características do trabalho tal como ele foi desenvolvido.

O relator não foi apenas um observador mas também um

participante do trabalho que é relatado e isto, é claro, terá implicações sobre o conteúdo e sobre as características do relato.

Também é importante ressaltar que o que é relatado é uma parte do trabalho feito. Foi excluída dele a maior parte do que foi realizado. Isto prejudicará a percepção concreta do que foi realmente feito.

Para quem participou do trabalho o relato talvez pareça irreal. Não contém todos os momentos, dificuldades, o clima emocional de várias circunstâncias, as confusões, as inseguranças, os receios, os desânimos, as euforias... Pode parecer que o trabalho foi uma realização linear, contínua... A "aparência" do relato se deve a ele ser resultado da tentativa de ordenar para relatar e tornar acessível às pessoas que não participaram dele. A seqüência dos estudos, porém, reflete a seqüência dos trabalhos realizados embora tenha havido superposições e ramificações que não podem vistas nos textos.

A linguagem, ao se referir ao comportamento, parecerá imprecisa e superficial para os psicólogos que lerem o trabalho. Evitou-se uma terminologia que pudesse tornar o trabalho difícil ou inacessível para quem não conhece a área. Parece-nos que o trabalho pode ser útil a uma população que desconhece a terminologia técnica da psicologia, especialmente da Análise (Experimental ou Aplicada) do comportamento.

Para os profissionais da área de Saúde parecerá — talvez — que o relato é distante dos problemas que encontram no cotidiano de seu trabalho. O autor não é um profissional que domina a terminologia e a literatura da área com suficiente segurança para fazer incursões teóricas ou conceituais além daquelas que arriscou — até pretensiosamente — no relato deste trabalho. Cabe aí — sempre! — o pedido de desculpas pelo que aprendeu mal no contato com os colegas das

áreas profissionais mais diretamente relacionadas à saúde.

Mesmo as características (e, conseqüentemente, o mérito) do trabalho podem estar comprometidas por imperfeições do relato e por limitações do relator (é um psicólogo sem formação de sanitarista ou de outra área ligada à saúde). Será necessária uma certa dose de prudente cuidado na leitura que se fizer.

Ainda parece necessário insistir que o trabalho foi realizado por inúmeras pessoas. O relator é apenas um dos que participaram do trabalho, sendo autor do relato e não do trabalho relatado.

Os participantes

Além dos participantes restritos (indicados em cada um dos estudos que se seguem) é dificílimo reconhecer e prestigiar todos os que constribuiram para o trabalho (pessoas competentes e queridas de diferentes formas) e sempre correremos o risco de esquecer alguém que foi importante. E houve muitos heróis anônimos nos bastidores deste trabalho. A eles cabe a homenagem e o reconhecimento maior: foram eles que realizaram o que este texto descreve.

A direção segura de alguns e a crítica implacável de outros combinavam-se com a persistência, organização, tenacidade ou profundidade de conhecimento de outros. A paciência em registrar e trabalhar em inúmeros passos intermediários sem produtos utilizáveis foi um dos instrumentos mais importantes para se conseguir o que será descrito. E isso deve ser tributado a alguns dos participantes do trabalho. Transformar registros e informações desordenados em textos utilizáveis foi outro desses instrumentos — qualidades de alguns — muito úteis para o que se conseguiu realizar.

Possivelmente poderão ser feitas questões sobre as contribuições específicas de uma ou outra área profissional — o que não aparece clara e delimitadamente no texto — e isto nos parece importante considerar em relação a um trabalho de uma equipe multidisciplinar. Em um trabalho assim e com uma equipe desse tipo há muito mais aspectos relativos ao problema que devem ser considerados do que "escolas", "teorias" ou "funções" (de uma ou outra profissão) a respeito da tarefa. Os recursos, informações e instrumentos básicos e metodológicos é que realmente importam e, sem dúvida, mais do que as "abordagens" ou "soluções" já feitas por outros e alhures.

O nome dado ao relato do trabalho

No nome dado a este relato aparece a expressão "administrar comportamento humano". A razão de usá-la dessa forma é que, nos parece, a direção de uma instituição de serviços — como o são as instituições de saúde — fundamentalmente deve "criar condições" para a ocorrência dos comportamentos que definem a instituição e são responsáveis por gerar o benefício que ela se propõe garantir.

Não se trata de "administrar coisas" nem nos parece que a expressão "administrar recursos humanos" diga o que realmente é administrado. Aquilo que a pessoa fizer enquanto participante da instituição é o que precisa ser "administrado". É claro que há muita coisa em torno disso que precisa ser esclarecida.

Uma delas é a provável percepção que a expressão "administrar comportamento humano" trará para muitas pessoas. É freqüente encontrarmos uma razoável confusão entre controle social e determinação do comportamento humano, levando, com

freqüência, a um estéril debate verbal em torno de percepções confusas e de termos mal definidos.

A controvérsia do determinismo em relação ao comportamento humano, e que consideramos mais ser uma confusão semântica do que uma controvérsia real (Botomé, 1975), não distingue o que seja determinismo absoluto e determinismo probabilístico e nem identifica as implicações — bastante diversas — de um e outro tipo de determinismo. Também — o que nos parece pior — há uma confusão entre controle social e controle das variáveis que interferem com o comportamento em uma situação de investigação. Alguns psicólogos, mesmo profissionais envolvidos com a Análise Experimental do Comportamento, chegam a confundir "análise" com "controle experimental" numa evidente — e perigosa! — confusão entre características básicas dessa maneira de trabalhar em Psicologia.

Parece-nos que as confusões em torno desses conceitos precisam ser melhor esclarecidas sem o que correremos o risco de continuar em uma obscurantista difusão de preconceitos com uma atraente e ilusória aparência de "criticidade". Mesmo infelicidades — nos parece! — como a tradução do título do livro "Beyond Freedom and Dignity" (Além da liberdade e da dignidade) por "Mito da liberdade" nos parece colocar mais problemas ainda nessas confusões. Cremos que Skinner (1971) estava mais preocupado em ir "além" do que apenas chamar a "liberdade" de mito. Pelo menos, o que entendemos por liberdade social. O título — que devia ser descritivo — parece levar mais a enganos do que a uma percepção do que seja a contribuição específica da área.

Neste trabalho essas concepções interferiram em vários momentos, tendo que ser enfrentadas e resolvidas.

Como conseqüência, aparecerão no contexto deste relato, embora não sejam objeto de maiores considerações e nem examinadas com profundidade.

INTRODUÇÃO GERAL

Trabalhar em uma área qualquer exige que se tenha claro, e antes de qualquer outra coisa, o que é o objeto de trabalho dessa área. Isto vale para qualquer área de trabalho profissional ou disciplina de investigação científica. O trabalho com saúde não é exceção. Nessa área também é importante esclarecer qual é o objeto (ou variável) básico de estudo e de trabalho.

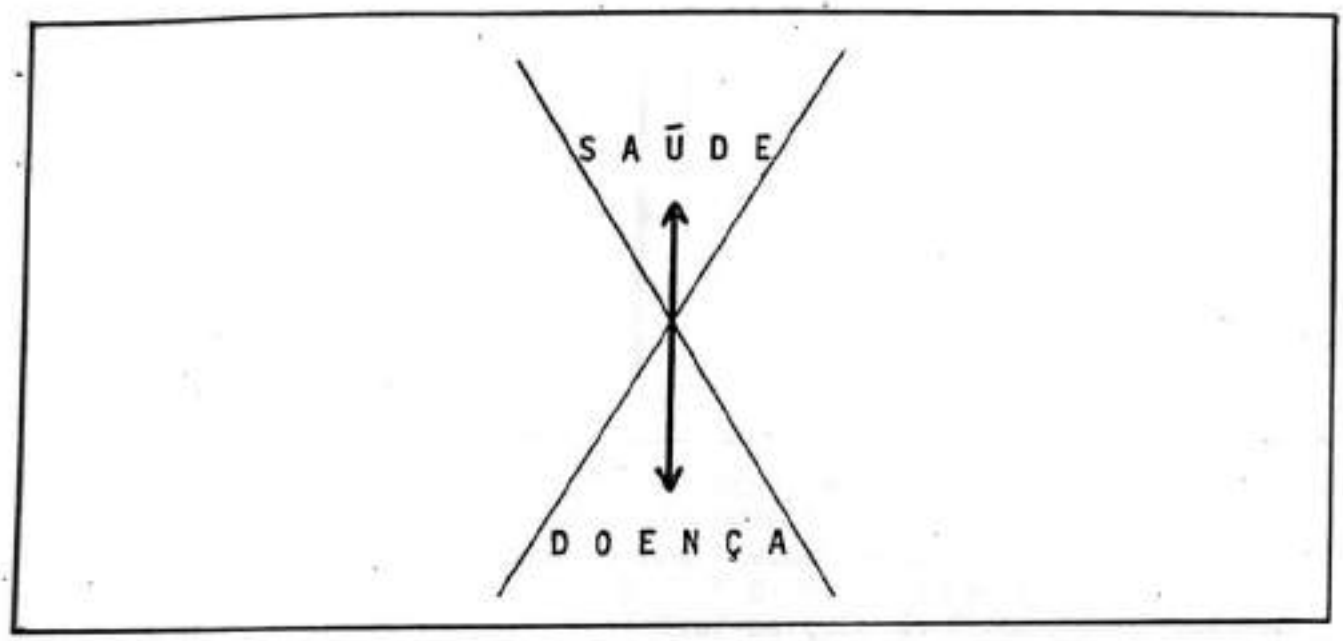
O que é saúde?* É freqüente na linguagem cotidiana, na linguagem profissional, e mesmo na literatura científica, encontrarmos a palavra "saúde" usada em contraposição à palavra "doença" e, mesmo, ser entendida como "ausência de doença". Os próprios dicionários deixam a entender que "doença é a falta ou perturbação da saúde" (Ferreira, 1977). As duas expressões (saúde e doença), porém, são apenas um artifício de linguagem não referindo fenômenos reais. Elas equivalem a duas grandes — e grosseiras — categorias nominais (Levine e Elzey, 1976, pp. 3-29) que reúnem grandes porções do continuum que é a variável (ou evento) "condições de saúde de um organismo".

O que existe na natureza são inúmeros graus de condições de saúde. A variável "condições de saúde" pode assumir infinitos valores e alguns deles são comumente resumidos pelo nome "saúde" e outros pelo nome "doença".

---

* As noções aqui apresentadas em relação à área da saúde são derivadas de um trabalho ainda em elaboração na época em que este texto foi redigido (abril de 1981). Trata-se do trabalho de Rosenburg, Peres e Botomé — O que é Saúde Pública? — a ser, provavelmente, publicado pela Ed. Brasiliense ainda em 1981.

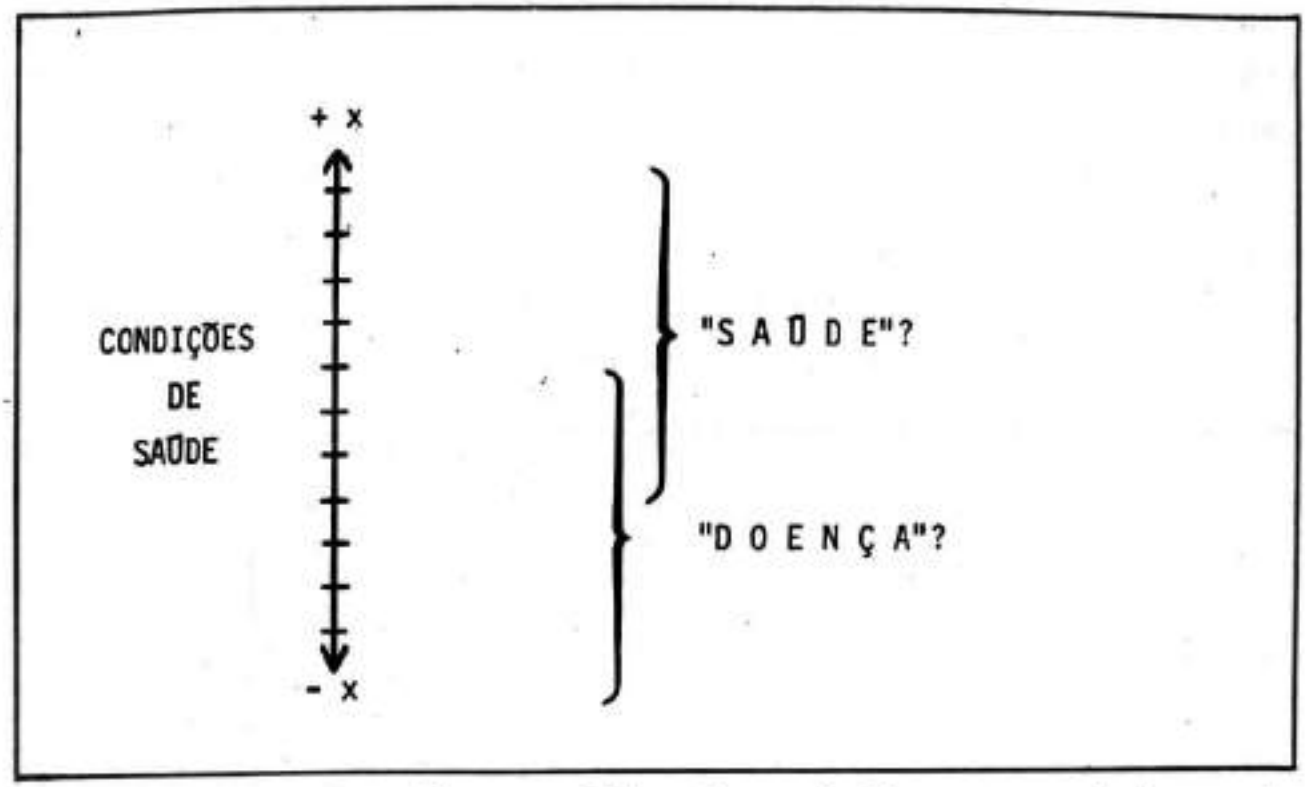
Rosenburg e outros (1981) salientam que "saúde" e "doença" não são — como parece — dois polos de uma dicotomia. O fenômeno "condições de saúde" não tem apenas dois valores opostos e separados. O raciocínio relativo a essa dicotomia pode ser representado pelo esquema do Quadro 0.1 (retirado de Rosenburg e outros, 1981).



Quadro 0.1. Representação esquemática da dicotomia representada pelo uso dos termos saúde e doença para falar da variável "condições de saúde de um organismo".

É necessário, substituindo esse raciocínio, entender o fenômeno (evento ou variável) "condições de saúde de um organismo" como um continuum em que se tem muitos valores que podem ser assumidos pela variável. O esquema no Quadro 0.2 representa um pouco melhor uma maneira mais adequada de raciocinar sobre a variável "condições de saúde de um organismo".

É possível perceber no esquema representado no Quadro que a variação das "condições de saúde de um organismo" pode ter valores entre + x (e este valor "x" é uma incógnita ainda por descobrir) e - x. A própria linguagem usada para indicar as variações das "condições de saúde" entre esses dois

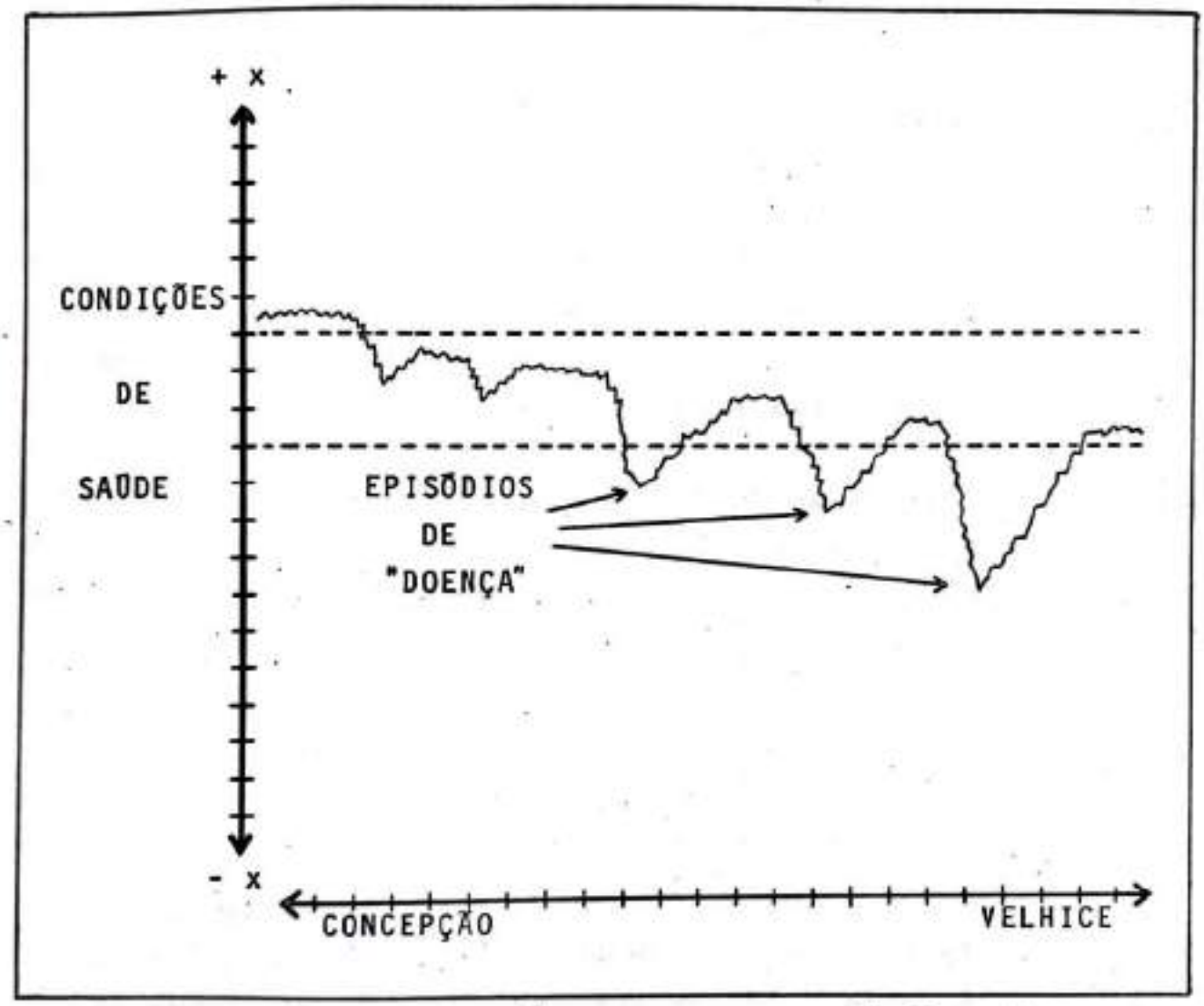


Quadro 0.2. Representação esquemática das variações que pode haver da variável "condições de saúde de um organismo" e que mostram a inadequação (principalmente imprecisão) dos termos "saúde" e "doença" para referir a porções desse continuum de variações. À direita pode-se ver que a dicotomia não parece adequada para descrever porções do fenômeno em questão.

valores extremos (e incógnitos!) é ainda inexistente ou, pelo menos, insuficiente e impreciso. Chaves (1980, p. 50) propõe termos para nomear cerca de nove níveis dessas variações nas condições de saúde. Os termos, porém, permanecem em um nível de mensuração apenas ordinal (permitindo somente hierarquizá-los, sem sequer conhecer a distância do intervalo entre eles). Mesmo que se mantivesse esse nível de mensuração (conforme os critérios de Levine e Elzey, 1976) ainda seria possível encontrar mais termos para descrever outros níveis além daqueles descritos por Chaves (1980, p. 50). Por exemplo, limitação da atividade, interrupção temporária das atividades, dependência de artefatos para funções vitais, incapacidade total e definitiva, coma, etc. são níveis que poderiam ser, ainda, subdivididos e descritos em mais níveis ainda.

O fenômeno "condições de saúde" ainda pode ter outras especificações. Uma delas é o fato de que o evento "más condições de saúde" (ou "doença") tende a ser um evento que, em organismos com certas condições de vida, é "episódico".

Representando esse aspecto em um gráfico (adaptado de Chaves, 1980 e de Rosenburg e outros, 1981) teremos uma percepção como a que é ilustrada no Quadro 0.3.



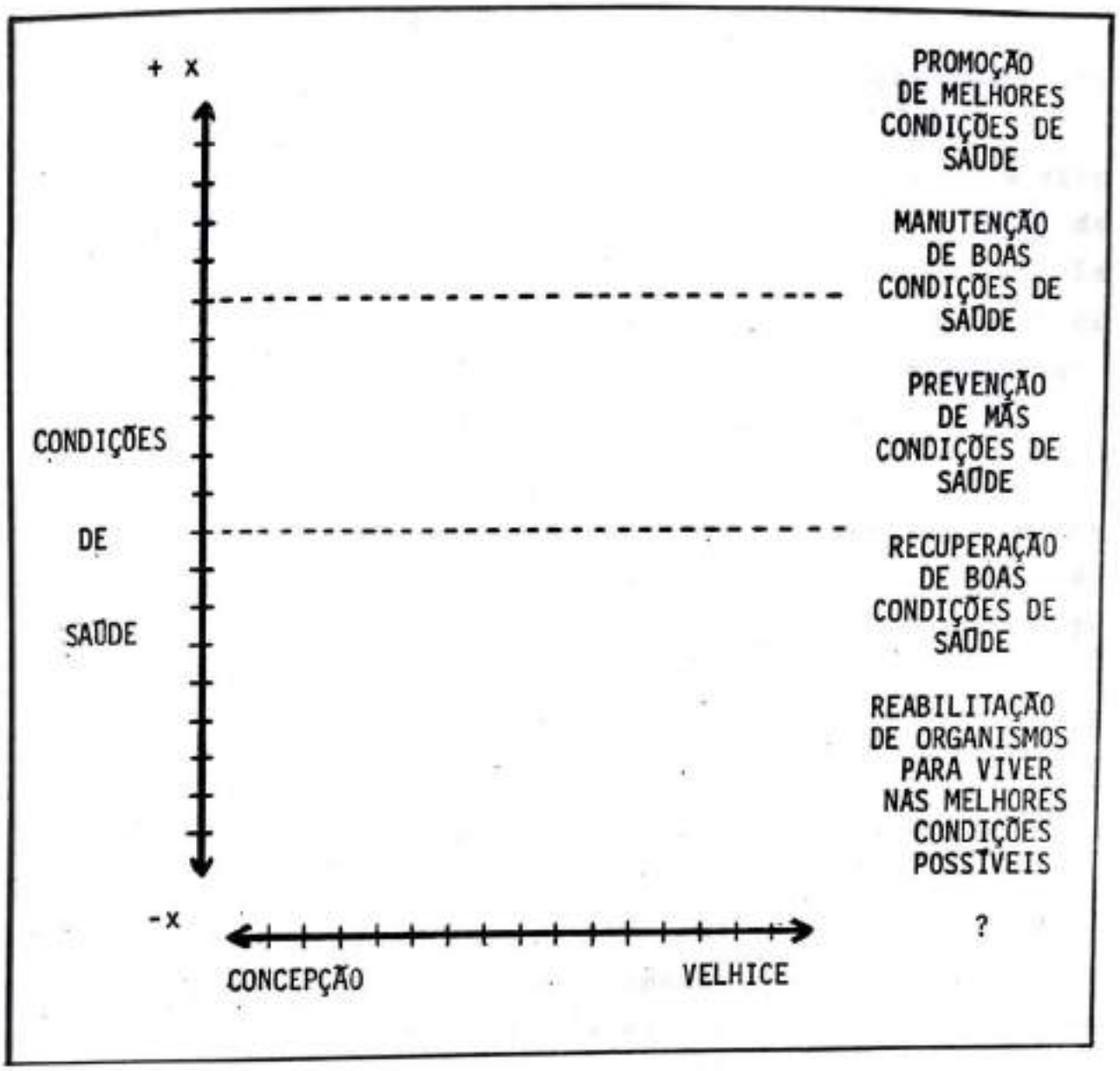
Quadro 0.3. Representação esquemática de uma curva ("teórica") de variação das condições de saúde de um organismo. A faixa de valores entre as duas linhas pontilhadas seria a faixa entre os limites de condições de saúde de uma determinada raça e cultura em ambiente favorável e com uma determinada potencialidade. Os pontos assinalados pelas flechas indicam os episódios de "doença".

Nesse Quadro (ver Quadro 0.3), pode-se observar uma simplificação da "trajetória vital" hipotética de um indivíduo (também hipotético) de determinada raça e cultura com ambiente favorável e determinadas potencialidades (Cf. Chaves, 1980, p. 52). A curva oscila e, de vez em quando, cai abaixo de um certo limite de valores (os valores abaixo desse limite são usualmente considerados "doença"). Esta queda, porém, é episódica (acontece de vez em quando) e é possível "recuperar" (até certo ponto) os níveis anteriores de "condições de saúde".

A área da saúde não pode ocupar-se apenas do "episódio doença". Ela deve ter como objeto de trabalho (de conhecimento, de intervenção, de ensino, de produção de tecnologia, etc.) todos e quaisquer valores da variável "condições de saúde". Nesse sentido, em termos de atividade, cabe-lhe não apenas lidar com a recuperação de "boas condições de saúde" quando um organismo está em "más condições de saúde" ou com a reabilitação quando esta recuperação só pode ser feita em parte por meio de artefatos ou de "compensações". A área tem como responsabilidade também, e talvez principalmente, a prevenção de más condições de saúde e a manutenção e a promoção de boas condições de saúde.

No Quadro 0.4, pode-se ter uma percepção desses níveis de atuação dos profissionais da área de saúde em relação às possibilidades de variação do evento "condições de saúde de um organismo".

O problema em relação ao trabalho envolvido pela área de saúde é que parece haver uma ênfase em uma atuação (produção de conhecimento, intervenção, ensino, produção de tecnologia, etc.) nos níveis de recuperação e reabilitação. Não se lida, na verdade, com as faixas de valores das "condições de saúde" que caracterizariam "saúde" e sim com as faixas que caracterizam "doença".



Quadro 0.4. Representação esquemática de diferentes níveis de atuação possíveis pelos profissionais da área de saúde em relação às condições de saúde de um organismo. O último nível (abaixo e à direita no Quadro) é, de certa forma, uma interrogação ainda.

A implicação para os profissionais é que eles, geralmente, estão "à espera da doença" (esperando que as pessoas fiquem em tão más condições de saúde e que não tenham outra alternativa senão recorrer a eles) do que interferindo com as variáveis determinantes das condições da saúde (em

qualquer de seus valores e em qualquer dos níveis de atuação possíveis — ver Quadro 0.4).

Essas considerações nos interessam especialmente no que diz respeito a suas implicações para a atuação de um "Posto de Saúde". Uma instituição desse tipo (ou com este nome) poderia ocupar-se de um (ou de alguns) dos níveis de atuação indicados no Quadro 0.4 ou de todos os níveis. Se os "Postos de Saúde" se ocupassem apenas da "recuperação de boas condições de saúde" ou da "reabilitação" teríamos mais propriamente um "ambulatório" ou um "Posto de assistência médica" do que um "Posto de Saúde".

Algumas vezes se usa, inclusive, o artifício de se dizer que "a recuperação também é prevenção" (no sentido de "impedir males maiores") especialmente quando se faz "diagnóstico precoce". Esse artifício, porém, parece falso ou enganador. "Prevenir" significa lidar com as variáveis que determinam a ocorrência de más condições de saúde antes que elas exerçam sua atuação sobre as condições de saúde do organismo.

Esperar que existam as más condições de saúde (mesmo que em pequeno grau) é o que chamamos de "esperar pela doença". Atuar somente quando já existem "más condições de saúde" é um investimento com pouco retorno: as pessoas já sofreram e vão sofrer, sua produtividade diminuiu, parou e vai demorar a voltar a ser o que era (se voltar), a comunidade gasta mais para recuperar alguém do que para mantê-lo saudável, a comunidade deve compensar a produção do indivíduo e produzir para sustentá-lo enquanto ele não recupera suas condições de saúde, etc..

A responsabilidade dos Postos de Saúde, nesse sentido, é a de desenvolver uma atuação em relação a todos os níveis de maneira a tornar significativo (útil, rentável em

termos de saúde) o investimento feito pela comunidade no recurso de saúde. Mais do que "esperar pela doença" os Postos deveriam "aumentar ou melhorar as condições de saúde" da população pela qual fossem responsáveis.

No centro dessas considerações, porém, há um outro conceito a levar em conta para localizar o tipo de atuação dos Postos de Saúde e as características de seu trabalho: o conceito de diagnóstico em saúde.

Há vários tipos ou níveis de "diagnóstico" possíveis. Alguns deles parecem ser insuficientes para lidar adequadamente com o evento "condições de saúde".

Descrever ou nomear (ou mesmo quantificar), por exemplo, uma "condição de saúde" de um organismo (artrite, gota, lombalgia, etc.) não parece suficiente. É necessário identificar quais as variáveis potencial e provavelmente responsáveis pelas características das condições de saúde existentes. De certa forma o aspecto fundamental é caracterizar a relação entre as condições de saúde existentes e as variáveis responsáveis por elas. Sem isso corre-se o risco de só "remover o efeito" e não alterar os determinantes das condições de saúde.

No caso deste trabalho interessava identificar as possíveis variáveis responsáveis pelas condições de saúde da população e, então, tentar alterá-las.

Uma das variáveis que interferem com as condições de saúde é o comportamento humano. O que uma pessoa faz em relação ao seu ambiente e em relação a si próprio interfere com as condições de saúde. Há, nesse sentido, uma grande quantidade de "situações" em que o comportamento de uma pessoa interfere com sua saúde (Botomé, Souza, Nale, Pedrazzani e Moraes, 1980).

Nesse sentido o presente trabalho considera três

conceitos ou parâmetros básicos em relação ao trabalho com "condições de saúde" de uma população: o conceito de "saúde", o conceito de "diagnóstico" e o conceito de "comportamento".

Os "comportamentos" relacionados às condições de saúde da população podem ser inadequados ou inexistentes ou, ainda adequados. É necessário, para interferir, identificar quais deles existem e como ocorrem para poder interferir com a sua ocorrência e, conseqüentemente, com as condições de saúde que dependem deles.

A decorrência principal desses conceitos é a percepção e proposição do que constituiria o alvo da interferência: as classes de respostas ou as variáveis ambientais relacionadas às condições de saúde da população usuária dos Postos de Saúde. É importante salientar que não eram as condições de saúde (ou as suas variáveis determinantes) de um organismo mas de uma população do maior município brasileiro.

Também é importante ressaltar que as variáveis responsáveis pelas condições de saúde da população-alvo não eram todas acessíveis aos Postos de Saúde em função das próprias características dos Postos (um lugar onde se fixavam recursos de saúde para atender a população).

O próprio conceito de Saúde Pública envolve a possibilidade de lidar com inúmeras variáveis. O que os Postos alcançavam, porém, era uma parte dessas variáveis. Saúde Pública envolve mais do que aquilo que os Postos poderiam fazer. O que importava era garantir que fosse feito — e bem feito — tudo o que estava ao seu alcance. E essa responsabilidade envolve lidar com os vários níveis de atuação em relação às condições de saúde (promoção, manutenção, prevenção, recuperação e reabilitação). Esses níveis, quando a variável que interfere com a saúde é o comportamento humano, também podem exigir em relação ao comportamento: promover me-

lhores comportamentos, manter comportamentos adequados, prevenir comportamentos inadequados, recuperar comportamentos adequados ou reabilitar comportamento. Os profissionais dos Postos de Saúde não poderiam negligenciar um ou outro nível. Era necessário analisar e ter claro o quanto, a cada momento, era necessário para cada nível de atuação.

Isso tudo ainda devia ser combinado com o que era possibilidade ou responsabilidade dos Postos quanto às condições de saúde da população: o que estava mais próximo? o que fazer primeiro? qual a seqüência de ações relevante? o que dependia do que?... Era necessário responder a várias perguntas para poder iniciar o trabalho.

A própria Secretaria de Estado da Saúde tentou encaminhar o equacionamento de algumas dessas possibilidades e responsabilidades para facilitar o trabalho dos Postos de Saúde através do que foi considerado "Programa Materno-Infantil". Nesse Programa, porém, há uma confusa formulação de objetivos. Pelo menos há uma proposição que confunde o problema das condições de saúde da população (alterá-las parecia ser a característica fundamental do objetivo do trabalho). Para conseguir isto haveria uma série de "meios": ações da população, ações dos funcionários dos Postos, condições para a execução dessas ações, etc.. O programa proposto, no entanto, formula: propósito (reduzir mortalidade e morbidade), objetivos gerais (por exemplo: proporcionar condições favoráveis para a evolução normal da gestação), objetivos operacionais (por exemplo: realizar imunizações e exames complementares em gestantes) e metas (por exemplo: redução de 40% da mortalidade de menores de um ano).

As metas nos parecem confundir-se com uma "quantificação" do propósito e os objetivos gerais e operacionais são na verdade o que os Postos vão fazer (e, portanto, meios) e não o que devem conseguir (isto seria mais próximo a objeti-

vos) com a população. Talvez fosse necessário uma melhor clareza em relação aos objetivos típicos de uma agência de saúde, os objetivos intermediários (por exemplo: ações da população), os meios (por exemplo: ações dos funcionários) e os recursos (por exemplo: material, treinamento, etc.). Era necessário explicitar, sem confundir, o que era relevante e o que era necessário precisar (quantificar) sem perder a relevância de vista.

Aos profissionais do Departamento de Saúde da Comunidade surgiam algumas questões: seria possível (ou necessário) fazer "análise de tarefas", "análise de missões" ou "análise de funções" conforme preceitua a literatura?

Deveria definir-se os objetivos conforme modelos conhecidos? O que exigiria tal esforço? Seria necessário fazer "planos" de intervenção de acordo com os "modelos consagrados"?

Não havia clareza sobre se fazendo tudo isso aumentar-se-ia a probabilidade de as pessoas agirem de maneira diferente da que usualmente apresentavam.

Havia necessidade de se explicitar algumas confusões e isto seria, provavelmente, feito durante a realização do trabalho.

Um exemplo era que objetivos pessoais de trabalho (ou de vida) não podem ser confundidos com os objetivos do trabalho proposto por outras instâncias e pessoas da comunidade. Também não se podia misturar os objetivos, meios e maneiras de trabalhar típicos de uma área profissional com os objetivos, meios e maneira de trabalhar típicos da instituição e do trabalho que ela se propõe.

Em geral, é necessário distinguir bem entre meios e fins, entre meios e fins pessoais, entre meios e fins relacionados aos problemas que devem ser resolvidos através de

um trabalho profissional.

Mais restritamente este problema atingia os psicólogos envolvidos no trabalho. Era necessário, para eles, ter claro o que era a contribuição que a Análise Experimental do Comportamento teria a dar para o trabalho comum. Não era repetir procedimentos nem era reproduzir técnicas usadas em laboratórios de comportamento.

Era necessário identificar tipos de relações entre ambiente e classes de ações humanas da população, dos funcionários e dos administradores da instituição. Mais concretamente era necessário identificar:

- que efeitos devem ser produzidos pelas ações de cada tipo de pessoa?
- que classes de ações, e respectivas dimensões, serão capazes de produzir esses efeitos?
- que condições ambientais as possibilitariam existir?
- que condições precisam ser criadas para facilitar sua ocorrência?

Talvez o trabalho não pudesse ser "experimental" (no sentido de pesquisa experimental) mas também não era suficiente uma "aplicação" de conceitos, técnicas ou procedimentos já especificados. Havia muito por conhecer e era necessário produzir esse conhecimento. Não bastava também fazer "pesquisa em ação" de qualquer jeito.

O procedimento de trabalho (talvez um método de trabalho) deveria enfrentar e resolver esses problemas todos.

Os "conflitos" que existiriam não pareciam poucos. O próprio início do trabalho era marcado por uma proposição que continha uma dupla possibilidade: examinar e mudar as características da instituição ou examinar e mudar as clas-

ses de respostas dos funcionários ou usuários?

Parecia haver uma interação bastante grande entre diferentes níveis de atuação: a saúde da população dependia do seu comportamento; o comportamento da população, por outro lado, dependia do comportamento dos funcionários dos Postos de Saúde; o comportamento dos usuários, por sua vez, dependia do comportamento dos administradores da instituição e este dependia das características da instituição e de variáveis externas à própria.

A solicitação que, em 1975, a instituição (Departamento de Saúde da Comunidade) fazia à Universidade (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo) não explicitava essas variáveis. O que se pedia era um curso para aprender a fazer modificação de comportamento. Isto não é fácil de ser atendido sem resolver alguns conflitos. Botomé (1981) relata alguns desses conflitos:

1. Queixa ou diagnóstico? Não parecia suficiente uma "queixa" ("a população não sabe se comportar em relação a sua saúde"). Era necessário precisar melhor as variáveis em jogo e as relações entre elas para poder decidir se era a "queixa" o problema a resolver.

2. Auxiliar ou denunciar o controle (social) do comportamento? Parecia que era necessário criar condições para que toda a comunidade conhecesse e interferisse com as variáveis responsáveis por sua conduta. Qualquer auxílio de interferência que apenas aumentasse as possibilidades de controle dos que já detêm o poder implicaria em concentrar o controle das variáveis determinantes do comportamento de uns poucos e isto parecia anti-ético, na medida em que os que "são controlados" não têm condições de exercer influência nesse controle.

3. Comportamentalismo ou comportamento dos compor-

tamentalistas? Não se pode confundir o que um movimento de trabalho em Psicologia possibilita e propõe com o que cada psicólogo, que de alguma forma se associa ao movimento, faz. O desafio ou a dúvida maior era: o que seríamos capazes de contribuir como participantes dessa maneira de trabalhar em Psicologia?

4. Atender ao "cliente" ou ao "paciente"? Não se pode confundir impunemente as necessidades e condições de quem é alvo de uma intervenção com as queixas e proposições de quem pede e paga a intervenção. Especialmente quando quem o faz é uma instituição governamental. O grau de clareza que se tiver da interação entre "cliente e paciente" determinará muito provavelmente o que será feito pelos profissionais da instituição.

5. Dar "soluções" ou descrever o problema a ser resolvido? O ponto de partida pode levar a uma apressada "aplicação de técnicas e procedimentos" já conhecidos ou disponíveis. Uma "solução" deve ser a etapa final de um processo em que se tenha claro uma grande parcela das variáveis (se não todas) envolvidas (Skinner, 1979, pp. 127-159). Mais do que um "diagnóstico" à maneira difundida é necessário descrever o problema que deve ser resolvido, especificando as variáveis envolvidas na sua ocorrência.

6. Explicações para o comportamento da população ou justificativa para o comportamento dos poderosos? O que se usa para "explicar" o que a população faz pode ser uma justificativa para aquilo que se faz em relação a ela. Dizer que a população não tem consciência ou percepção da importância de sua saúde não explica (não explicita) quais as variáveis responsáveis por "cuidar da própria saúde" mas "justifica" (encobre) o que a instituição faz (que pode ser não dar condições ou dar condições inadequadas) em relação a determinação desses comportamentos. Pelo menos tal maneira de

falar pode adiar o exame de outras variáveis o que equivale a "justificar" o que é feito.

7. Classes de ações (ou de respostas) das pessoas ou relações de suas ações com o ambiente em que agem? É comum na literatura psicológica encontrarmos uma nomenclatura que não diferencia classes de respostas de comportamentos. Com freqüência são tratados como sinônimos. Esta diferença, porém, precisa ser esclarecida e considerada ao se interferir com o comportamento humano. Uma coisa é lidar com a relação entre o que um organismo faz e o ambiente em que o faz; outra, bem diferente, é lidar apenas com as classes de respostas envolvidas nessa relação.

8. Condições(ambientais) ou ordens e instruções para alterar comportamento? É comum a suposição de que ordens e instruções devam ser suficientes para que as pessoas hajam de acordo. Parece ser dispensável ou irrelevante se as condições que deveriam existir e relacionadas a (necessárias para) sua execução de fato estejam disponíveis (ao alcance do) ao organismo que realiza a ação.

9. Comportamento dos dirigentes ou comportamento dos dirigidos? Qual a variável em foco? Talvez a variável crítica não seja — como se costuma pensar — o que fazem aqueles que "são dirigidos" mas o que fazem aqueles que dirigem. Talvez seja necessário ter claro o quanto de cada um pesa ou importa na resolução do problema em foco.

10. A quem servir afinal? Esta é uma pergunta que dificilmente se faz e se usa como critério para avaliar o que é feito em um trabalho. A quem beneficia — e quanto a cada um — o trabalho feito? A quem deveria beneficiar?

O objetivo deste relato é descrever uma amostra do trabalho realizado no Departamento de Saúde da Comunidade da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo en-

tre 1975 e 1978, tentando implantar o Programa de Saúde Materno-Infantil nos Postos de Saúde da rede municipal. Mais especificamente o relato tentará evidenciar a contribuição da psicologia a um trabalho deste tipo: prestação de serviços a um público através de uma instituição.

A diluição da psicologia no contexto de outras contribuições, no entanto, não facilitará esta especificação do que se propõe o trabalho. Ele é, antes de tudo, um problema de várias áreas profissionais e várias disciplinas científicas.

ESTUDO 1

CLASSES DE AÇÕES-ALVO DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO À MELHORIA DE SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE COM AS QUAIS OS POSTOS DE SAÚDE PODERIAM INTERFERIR

Qual seria o ponto de partida para a implantação de um programa de saúde? Bastaria ter um plano ou projeto para poder iniciar? O que seria "iniciar" uma implantação?

Quando os participantes desse estudo começaram seu trabalho, estas perguntas não pareciam tão pertinentes nem tão importantes quanto o pareceram logo após ter começado a tentar implantar um programa de saúde. Seu interesse (ou declarações) em realizar uma implantação "usando modificação de comportamento" acrescentava um novo aspecto às mesmas perguntas: no caso de ser um programa de modificação de comportamento, visando melhorar as condições de saúde da população, qual seria o ponto de partida?

Havia, de certa forma, uma direção já "fixada" e que devia ser levada em conta: a proposta de um programa de atendimento às gestantes, nutrizes e crianças até dois anos de idade, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde. O problema dessa "proposta", porém, era que era vaga demais e não parecia sair dos moldes já consagrados pela rotina dos Postos de Saúde da Secretaria do Estado, ou dos modelos de planejamento em voga no nosso meio e que não parecem levar suficiente e adequadamente em conta o comportamento humano nestes "programas ou planejamentos".

A Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São

Paulo tinha, em relação aos quase sessenta Postos de Saúde de sua rede — subordinados ao Departamento de Saúde da Comunidade— outras necessidades e exigências e, num dado momento, a preocupação (ou declarações) de enfatizar o comportamento humano no trabalho com a saúde da população.

As "necessidades" pareciam, à primeira vista, fazer com que a instituição e seus funcionários passassem a exercer determinadas funções ou a desincumbir-se de certos encargos especificados — aparentemente com precisão — na proposta de programa (ou plano?) feita pela Secretaria de Estado da Saúde.

O caminho, se considerássemos isto, levaria ao já conhecido ponto de partida — muito típico de muitos programas de treinamento — voltado para o "treino de funções" ou "responsabilidades dos funcionários" da empresa ou instituição procurando "otimizar seus índices de produtividade".

Esse "ponto de partida" (ou esta perspectiva) como direção do trabalho parecia ser enganoso. Primeiro porque poderíamos estar desenvolvendo um custoso e complexo sistema para otimizar eficiência (tantas coisas feitas por unidade de tempo, tantos clientes "atendidos" por mês etc.) sem ter claro quais os resultados que se queria obter sobre as condições de saúde da população (Talvez esse seja um dos aspectos de dicotomia — descrita por Varsavsky em 1974 — entre enfoque "empreso-centrico" e enfoque "pueblo-centrico").

Preocupar-se em treinar funcionários ou em definir-lhes funções e prepará-los para elas não parece ser o começo (nem o problema a ser resolvido) mas o final de um trabalho (ou a solução — talvez! — a ser dada). O problema real ainda parecia escondido mais longe: treiná-los para que? Não era treiná-los em que. Isto até era acessível, e fartamente definido, pelo menos em relação a alguns funcionários (ge-

ralmente os mais humildes da escala funcional).

A própria preocupação em treinar os funcionários parece ser uma armadilha, se lembrarmos o que é típico nas contingências de reforçamento presentes no serviço público: as conseqüências finais (ou que têm poder de alterar a probabilidade de ocorrência das respostas — ações — dos funcionários) ocorrem independentemente da efetividade do que os funcionários façam. O salário será pago se os funcionários fizerem coisas, independentemente de sua eficácia em relação ao serviço da instituição. Exagero ou não, ainda há outros tipos de contingências que parecem mais efetivos na determinação daquilo que os funcionários fazem: aprovação social (onde se destacam cumplicidade e a conhecida maledicência ou "fofoca") esquiva de aversivos (punições, desaprovação de superiores, colegas etc.). O que se parece ter em relação às "funções ou responsabilidades" dos funcionários são, em grande parte, complexos rituais supersticiosos consagrados, muitas vezes, por "portarias", "normas", "ordens de serviço" ou, mesmo, "resoluções". Também crenças e hábitos difundidos e arraigados são verdadeiros sistemas de controle do comportamento dos funcionários.

Estas considerações, embora sem maior evidência ou sistematização, nos pareciam um caminho pouco promissor. Para treinar os funcionários é necessário ter claro o que eles devem fazer (ou estar aptos a). Para definir este "o que" eles devem fazer, a Instituição deve ter seus objetivos bem definidos e especificados. Estas definições, porém, para servir de ponto de partida para o treino dos funcionários, exige-se que tenham sido formuladas em função de (para atender a) necessidades da população que a agência deveria estar atendendo através de seus serviços. E esta relação entre objetivos da Instituição e necessidades da população nem sempre é clara.

A própria queixa do cliente, no caso a agência do governo, não apresentava com clareza estas relações limitando-se a dizer que a "população não se comportava adequadamente em relação a sua saúde e os "funcionários estavam mal preparados para suas funções". Seria, porém, a "queixa do cliente" igual ao "problema do paciente"? (Paciente, no caso, é usado no sentido de sobre quem incidirá a intervenção e não apenas como "alguém passivo").

Isto trazia outro perigo: ter a queixa ou o pedido do cliente como ponto de partida (Holland, 1973, 1974, 1976, 1978; Botomé, 1981) minimizando o que, efetivamente, era o problema para quem sofreria (e não para quem solicitava) a intervenção.

As considerações acima conduziam a um ponto preciso: era necessário "diagnosticar" o problema que deveria ser resolvido. A própria expressão "diagnosticar o problema" se aproximava da linguagem usual de uma equipe de saúde e ocupou um lugar de destaque nas reuniões e debates da equipe responsável pela implantação do programa de saúde.

Os conflitos, porém, não desapareceram, colocando-se, mais localizadamente agora, em torno da expressão "diagnóstico". O que seria um "diagnóstico" adequado? Se não bastava a queixa do cliente o que ainda fazia falta?

Não parecia suficiente, também, a mera classificação do fenômeno ou dos fatos em categorias mais abrangentes. Diagnosticar deveria incluir a "explicação" do que ocorria e classificar (por exemplo, dizer que havia uma "evasão dos serviços de saúde" ou que "havia pouco cuidado com a própria saúde" ou que "a população não cuidava adequadamente" da própria saúde era apenas "dar nomes genéricos a conjuntos de fatos" — isto equivale ao conhecido procedimento de classificar fatos — o que parece apenas acomodar quem fala dessa

forma) parecia não levar a identificar os determinantes do que se queria resolver.

Uma forma de classificação mais sutil é a "rotulação". Dizer que as pessoas "não valorizam a saúde", que os "funcionários são irresponsáveis", que a "população é relaxada" ou "despreparada", "inculta" etc. é apenas rotular, sem acrescentar nada que permita lidar com o problema da necessidade de melhorar as condições de saúde. Bushell (1973) faz esta denúncia em relação aos "rótulos" usados no ensino quando analisa o comportamento em sala de aula e a "explicação" do fracasso escolar, salientando que "dar rótulos" não é "explicar" o que acontece mas tem o efeito de encobrir variáveis, tranqüilizar o rotulador e levar a procedimentos de trabalho inadequados e ineficazes.

Uma outra forma de "explicação" que parecia "contaminar" o que se chamava de "diagnóstico" era a preocupação com "causas internas". Dizer que a população não tinha "consciência" do valor da saúde ou não tinha "interesse" ou "motivação" era cair em uma ficção verbal já denunciada como uma falsa "explicação" para o comportamento: uma ficção verbal para Skinner (1974) ou um artifício de linguagem como considera Ryle (1967) ao diferenciar "acontecimentos" e "eventos disposicionais".

As contribuições de Ullmann e Krasner (1965) sobre as diferenças entre o "modelo médico e o modelo psicológico" e as de Lewin (1969) sobre a abordagem aristotélica e a galiléica na Psicologia contemporânea colocam ainda mais problemas nas diferentes maneiras pelas quais se referiam os profissionais participantes deste trabalho ao que "deveria ser corrigido pelo programa de saúde a ser implantado".

Mesmo o chamado "diagnóstico prescritivo" conforme definido por Stellern, Little e Vasa (1976) e que adota o conceito de "objetivo comportamental" proposto por Mager (1976)

e de "análise de tarefas" por Mechner (1974), parecia ser insuficiente, ou, pelo menos, era acompanhado por diversas perguntas. Se interessava "prescrever as condutas que os organismos em foco deveriam apresentar" tinha sentido questionar-se: de onde tirar ou como identificar quais as ações que os organismos deveriam apresentar? Como obtê-las?

Mesmo sabendo as fontes e procedimentos para obtê-las ainda restavam as questões: seriam as condutas identificadas suficientes? Por que as atuais não são adequadas? Ou quais ações as que vão ser instaladas devem substituir? Sob controle de que estímulos elas seriam instaladas? E quais os estímulos com os quais tinham ou deveriam ter relações no meio onde vivem essas pessoas? O que determinava (ou determinou!) a existencia de condutas inadequadas ou a inexistência de adequadas seria alterado?

Holland (1978) insiste na necessidade de que não se façam intervenções sobre a conduta (elas são resultado) das pessoas, mas sobre variáveis que as determinaram (elas são parte significativa dos determinantes dessas condutas) alterando (intervindo sobre) o ambiente onde usualmente vivem (se comportam) essas pessoas.

Não se trata de um procedimento de ordem técnica para "consertar condutas erradas", através de aplicação de intervenções (técnicas e procedimentos) temporárias ou transitórias (tipo "tratamento clínico ou hospitalar") sem levar em conta (com uma identificação precisa e adequada) as condições que, no ambiente do organismo, vigoram e que mantêm (ou extinguem as respostas (ou classes de respostas) originais.

O problema de comportamento do organismo em foco, se aceito como definem os "patrões dos profissionais", talvez enfatize "o que a pessoa faz de errado", quando, pelas des-

cobertas da análise experimental do comportamento, já se sabe que se alguém faz algo errado, o ambiente onde ele vive é que precisa ser alterado. A cultura predominante, os recursos disponíveis e acessíveis têm uma grande parcela de responsabilidade naquilo que os organismos fazem. Se quisermos interferir sobre o que eles fazem é necessário alterar o ambiente em que vivem e não tratá-los como se eles estivessem errados ou como se o problema fundamental fosse com seus próprios organismos.

As contribuições da Análise Experimental do Comportamento parecem apontar para a necessidade de um "diagnóstico" das relações entre as variáveis envolvidas no problema que se quer resolver antes de se planejar procedimentos (ou escolher técnicas) de intervenção.

A própria expressão "diagnóstico" nos parece insuficiente ou inadequada (pelo menos conforme o dicionário Aurélio, 1ª edição — Ferreira, 1975) para o que está envolvido neste contexto. "Descrever o que está acontecendo" é diferente de "descrever as relações entre o que está acontecendo e os seus determinantes". Esta última expressão, é que nos parece próxima (apenas mais próxima) do que poderíamos chamar de descrição do problema a ser resolvido.

No que é de interesse para este trabalho — os índices de saúde da população — parecia importante analisar quais as classes de ações envolvidas com a saúde da população-alvo que favoreciam ou prejudicavam as boas condições de saúde e quais as variáveis ambientais que existiam nos ambientes que freqüentavam e que interferiam com essas classes de ações.

Provavelmente haveriam vários níveis nessas variáveis. Por exemplo, vários aspectos da saúde da população dependem de suas próprias ações. Estas ações, por sua vez,

dependem de variáveis ambientais (ambiente de vida da pessoa ou o ambiente criado pela própria agência de saúde — inclusive o comportamento de seus profissionais) que, por sua vez, dependem de variáveis administrativas (o sistema político-administrativo e de decisões como examina Berlinguer, 1978).

Essas variáveis, tanto quanto as classes de respostas relacionadas a elas e aos índices de saúde da população, precisavam ser identificadas e descritas antes de se elaborar qualquer plano de intervenção. Identificá-las e descrevê-las, porém, não são processos estáticos que uma vez feitos, não mudam mais. Mesmo porque várias delas podem ser desconhecidas, inacessíveis ou incontroláveis para e pelos que intervêm.

Rosenburg, Peres e Botomé (1981) organizam algumas características das variáveis independentes em relação a variáveis dependentes em quatro níveis relacionando-as com "tarefas" que o profissional deve realizar conforme as características das variáveis com as quais se defronta. O quadro 1.0 mostra estas relações.

CARACTERÍSTICAS DAS VARIÁVEIS	TAREFA CORRESPONDENTE A SER FEITA
Desconhecidas →	Torná-las conhecidas
Inacessíveis →	Torná-las acessíveis
Incontroláveis →	Torná-las controláveis
Controláveis →	Manipulá-las para obter os efeitos desejados, ou necessários.

Quadro 1.0. Hierarquização de algumas características das variáveis independentes envolvidas em um problema com as correspondentes tarefas a desenvolver conforme a característica predominante.

Fazer um "diagnóstico" identificando as relações entre as variáveis dependentes e as determinantes é, basicamente, preceder a intervenção pela identificação, análise e descrição das variáveis envolvidas com o problema existente.

As pretensões a respeito de quanto se vai conseguir nessa "descrição do problema" (é a expressão que preferimos em lugar de "diagnóstico") podem ser altas. A sua consecução, porém, dependerá do próprio desenvolvimento do trabalho, das condições e repertórios das pessoas envolvidas e dos recursos (inclusive o tempo) e materiais disponíveis.

O objetivo da parcela do trabalho que o relato deste estudo descreve era obter respostas, através do que os participantes conheciam, para as seguintes perguntas:

1. o que a "população-alvo faz de errado ou deixa de fazer em relação à sua saúde?
2. o que pode estar determinando isto?
3. que condutas a população-alvo deveria apresentar em relação à sua saúde?
4. qual a hierarquia dessas condutas do ponto de vista de sua prioridade em relação à saúde da população?

MÉTODO

Participantes

Os participantes foram os componentes da equipe da instituição inicialmente responsável pelo trabalho a ser desenvolvido. Era constituída pelo Diretor do Departamento de Saúde da Comunidade e pelo conjunto de pessoas encarregadas de definir o processo de implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil proposto pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Também fizeram parte do grupo de participantes o autor deste trabalho, uma psicóloga e professora de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e três estudantes-estagiárias de Psicologia (último ano de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

Em termos de habilitações profissionais o grupo contava com: um médico sanitarista (e pediatra), uma médica pediatra, duas educadoras sanitárias, duas assistentes sociais, duas enfermeiras, uma nutricionista, dois psicólogos e três estudantes-estagiárias de Psicologia.

Além desses, houve ainda a colaboração periódica de um médico obstetra, participando do exame dos produtos obtidos em determinados momentos do trabalho.

Basicamente os participantes — à exceção do obstetra e dos psicólogos — eram o próprio grupo encarregado inicialmente de estudar e propor a forma de implantar o Programa de Saúde proposto pela Secretaria de Estado da Saúde.

Material

O material utilizado foi basicamente material acadêmico: lápis, papel sulfite, borracha, livro de registro do trabalho (livro de atas) etc.

Como material informativo utilizaram-se os documentos que caracterizavam a instituição (regimento interno) e o "Programa Materno-Infantil" elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde (as cópias usadas eram de reprodução a álcool e não continham referências ou autoria).

Ambiente

O ambiente de trabalho foi o de uma sala comum com carteiras do tipo "universitário", tendo aproximadamente 4,0 x 8,0 metros e isolamento de barulho e intervenções sociais externos.

Procedimento

O procedimento relacionado à parte do trabalho relatada neste Estudo foi desenvolvido em três etapas, cada uma dividida em fases.

Primeira etapa — "Queixa e diagnóstico".

Na primeira etapa procurou-se explicitar melhor "o que caracterizava o problema que devia ser resolvido através da atuação dos Postos de Saúde". O trabalho, para isto, foi realizado em três fases.

Na primeira fase procurou-se realizar um esclareci-

mento da "queixa do cliente". Este esclarecimento foi feito em torno dos índices de morbidade e mortalidade materno-infantis do município de São Paulo, dos objetivos do Programa de Saúde Materno-Infantil proposto pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, dos documentos que caracterizavam o Departamento de Saúde da Comunidade e definiam seus objetivos e das características gerais da população-alvo do trabalho. O "esclarecimento" foi, ainda, feito sob a forma de leitura conjunta dos documentos disponíveis que continham estes dados com debate a cada parcela ou unidade de estudo com significado para o grupo. Os resultados desses "estudos e debates" eram registrados sistematicamente.

Na segunda fase da primeira etapa procurou-se esclarecer e sistematizar o que a população-alvo fazia de inadequado em relação à sua própria saúde e o que não fazia (quando deveria fazer). Para concretizar isto, organizou-se um conjunto de tarefas que, em seqüência, terminariam produzindo uma lista organizada sobre as condutas inadequadas ou "inexistentes" da população-alvo em relação à sua própria saúde. O primeiro passo foi cada conjunto de três ou quatro participantes elaborarem uma lista a respeito do que as usuárias (de interesse para o Programa) faziam errado ou deixavam de fazer em relação à saúde. Com as listas de cada grupo, fizeram-se debates com todos os participantes juntos, lendo e comentando cada lista de maneira a completá-las, corrigi-las etc. O segundo passo foi dois participantes (dois psicólogos) organizarem as listas por categorias de aspectos comuns a que se referissem estas "condutas inadequadas ou inexistentes". O terceiro passo dessa fase foi conferir (todos os participantes juntos), corrigindo e completando as listas organizadas por categorias.

Na terceira fase da primeira etapa, procurou-se explicitar que possíveis determinantes se relacionavam com a

"ocorrência de condutas inadequadas" e com a "não ocorrência de condutas adequadas" da população-alvo em relação à sua própria saúde. O primeiro passo desta fase foi debater sobre o que eram "causas", "razões" ou "determinantes" da conduta, procurando-se esclarecer, durante a própria discussão, o que eram "falsas explicações" e o que eram, de fato variáveis a considerar como determinantes das condutas listadas. A pergunta chave, em torno da qual se procurou trabalhar, era "o que leva a população-alvo a apresentar condutas inadequadas ou a não apresentar condutas adequadas em relação à saúde?" Após os debates iniciais em torno da tentativa de responder à pergunta para um conjunto de condutas, prosseguiu-se para os demais conjuntos mantendo o mesmo procedimento.Ao final fez-se uma revisão de todas as "razões" apontadas.

Segunda etapa — Condutas que deveriam existir.

Na segunda etapa procurou-se identificar e organizar as condutas que deveriam ser apresentadas pela população-alvo de forma a "resolver o problema-origem do Programa(descrito na "queixa"), para substituir as condutas inadequadas ou para "tornar existentes as condutas inexistentes" relacionadas à saúde dessa população. Esta etapa foi desenvolvida em quatro fases.

Na primeira fase procurou-se fazer um levantamento das condutas que deveriam ocorrer, sem uma preocupação de organização ou sistematização. Os participantes, em grupos de três ou quatro (cada um com um psicólogo ou estagiária de psicologia), examinavam os registros do que havia sido produzido na primeira etapa e iam explicitando (e registrando) as condutas da população-alvo que deviam ser apresentadas e que lhes ocorriam ao examinar o material. Ao final do trabalho, os grupos, em conjunto, examinavam as listas produzi-

das e corrigiam ou completavam o que havia sido feito pelos diferentes grupos, constituindo uma listagem final das condutas que os usuários deveriam apresentar para atender aos objetivos do Programa Materno-Infantil (redução dos índices de morbidade e mortalidade materno-infantil).

Na segunda fase desta etapa foi feita uma organização da lista de condutas produzida na fase anterior por classes de situações a que se referiam as condutas. Esta organização foi feita inicialmente por dois estagiários-psicólogos participantes e conferida (em forma de apresentação e debate) por todos os participantes em conjunto.

Na terceira fase foi feito um debate com todos os participantes sobre a lista de "situações diante das quais os usuários deveriam apresentar as condutas" de forma a completá-la, alterá-la, corrigi-la etc. O debate foi feito com todos os participantes em conjunto.

Na quarta fase os participantes reuniram-se em grupos de três ou quatro (cada grupo tinha sempre um psicólogo ou estagiário de psicologia) e conferiram cada lista de condutas referentes a cada uma das situações organizadas. A tarefa desta fase — para cada grupo — era alterar, corrigir ou completar cada lista. Quando todos os grupos fizeram o exame de todas as listas, fez-se uma conferência com todos os participantes em conjunto. A lista final, conferida, constituiu-se na proposta de condutas que o grupo fazia para as condutas da população-alvo em relação à saúde, que os Postos de Saúde deveriam procurar instalar.

Terceira etapa — Hierarquização das condutas-alvo do ponto de vista de sua prioridade.

Nessa etapa procurou-se graduar as condutas-alvo

das usuárias sob o ponto de vista de quais seriam as prioritárias para a sua saúde, levando em conta, também, as possibilidades dos Postos de Saúde (estas, porém, em caráter secundário).

Para conseguir a hierarquização foi proposto aos participantes que, individual e isoladamente, cada um colocasse cada conduta em um de quatro níveis de prioridade, sendo o primeiro o de maior prioridade e o último o de menor prioridade. Numeraram-se as condutas e cada participante indicou, para cada conduta, qual o nível de prioridade a que ela lhe parecia pertencer, entre os quatro indicados (I, II, III, IV). Não foram propostos ou explicitados critérios para cada um desses níveis de prioridades.

Após todos os participantes, à exceção dos psicólogos e estagiários de psicologia que não tinham experiência de trabalho na Instituição, terem "indicado o nível de prioridade para cada conduta", foram tabulados os resultados e, em discussão sobre a tabulação, explicitados e organizados os critérios usados para a hierarquização feita individualmente.

RESULTADOS

Os resultados desta fase do trabalho referem-se a quatro tipos de dados: a) condutas inadequadas ou inexistentes da população (alvo do Programa a ser implantado: gestantes, mães e crianças até dois anos de idade); b) possíveis "causas" para sua inadequação ou inexistência; c) condutas que as usuárias dos Postos de Saúde deveriam apresentar para lidar adequadamente com sua saúde e com a saúde de suas crianças pequenas e d) critérios de hierarquização das prioridades dessas condutas para desenvolver recursos e procedimentos que aumentassem a sua probabilidade de ocorrência.

Devido à grande quantidade de dados e por ser objetivo deste trabalho a apresentação de um procedimento usado no desenvolvimento de um Programa de Saúde, serão apresentados apenas exemplos que constituem uma amostra dos dados obtidos.

A seguir serão apresentados, separadamente, os conjuntos de dados de cada tipo que foram obtidos com o procedimento.

1. Condutas "inexistentes" ou inadequadas da população-alvo em relação a cuidados de saúde e as possíveis "causas" da inexistência ou inadequação dessas condutas.

No quadro 1.1 pode-se encontrar exemplos de condutas (inexistentes ou inadequadas) da população-alvo do trabalho, em relação à sua alimentação e à alimentação de sua família. As condutas referem-se ao que fazem em relação a que comer (condutas 1, 2, 3) desde o conhecimento do que é

melhor comer até a aquisição do que comem; ao processo de preparar ou dar a comida (condutas 4, 5, 6, 7) e à higiene da preparação dos alimentos.

1. não sabem o que dar de comida às crianças;
2. consomem alimentos inadequados para si e para a família;
3. compram alimentos de má qualidade;
4. não sabem como dar comida às crianças;
5. não têm rotina de alimentação;
6. passam muito rapidamente de alimentos líquidos para sólidos em relação à alimentação de bebês;
7. desmamam crianças precocemente;
8. não apresentam cuidados de higiene indispensáveis ao preparar alimentos;
9. usam materiais (inclusive mamadeiras) não suficientemente limpos.

Quadro 1.1. Algumas condutas inadequadas (ou inexistentes — ver as negações) das mães e/ou gestantes potencialmente usuárias dos Postos de Saúde do município de São Paulo em relação à alimentação em suas casas.

No Quadro 1.2, encontram-se seis razões apontadas para a existência das condutas inadequadas ou inexistentes em relação à alimentação. As "causas" apontadas vão da falta de conhecimento (informação ou orientação) até as condições financeiras, materiais, de disponibilidade de bons alimentos e de tempo para sua preparação.

1. falta de orientação (informação);
2. propaganda sobre alimentação;
3. dificuldades financeiras;
4. falta de condições materiais para preparar os alimentos;
5. má qualidade dos alimentos disponíveis no bairro onde mora;
6. trabalho fora ou rotina da casa.

Quadro 1.2. Razões apontadas para a ocorrência de condutas inadequadas ou para a inexistência de condutas adequadas da população-alvo do Programa em relação à alimentação.

No quadro 1.3, estão sete exemplos de condutas inadequadas em relação à higiene. Os exemplos 1, 2 e 3 referem-se à higiene ambiental; os 4, 5, 6 à higiene pessoal e o 7 à água para consumo (de beber ou para limpeza).

1. limpam pouco e de maneira inadequada a própria casa;
2. convivem com animais de maneira inadequada;
3. deixam o lixo a descoberto e próximo de suas casas;
4. tomam banho com pouca freqüência e de maneira inadequada;
5. dão banho nas crianças com pouca freqüência e de maneira inadequada;
6. trocam muito pouco de roupa;
7. usam água contaminada (poço, bica, fonte, riacho...).

Quadro 1.3. Exemplos de condutas inadequadas da população-alvo do Programa em relação à higiene.

O quadro 1.4 mostra cinco "razões" ("causas") apontadas para que não existissem condutas adequadas em relação à higiene ou para que elas fossem inadequadas. Entre as "ra-

zões" encontram-se a falta de saneamento ou de instalações sanitárias e de roupa para trocar. Junto está a falta de dinheiro ("dificuldades financeiras") e a falta de aprendizagem sobre como lidar com higiene.

1. falta de saneamento básico (água, esgoto, coleta de lixo...);
2. não têm instalações sanitárias em casa;
3. não têm roupa para trocar;
4. dificuldades financeiras;
5. não aprenderam como se cuida da higiene.

Quadro 1.4. Razões apontadas para as condutas inadequadas ou para a inexistência de condutas adequadas da população-alvo em relação à higiene.

1. não fazem imunizações em crianças;
2. apresentam ausência de cuidados ou cuidados inadequados em relação às doenças que possuem ou de alguém da família: verminoses, diarréias, infecções, tuberculose, doenças venéreas, desidratação, patologias pré-natais, problemas odontológicos;
3. procuram serviço de saúde somente quando a doença já se instalou e apresenta aspectos graves.

Quadro 1.5. Exemplos de condutas inadequadas e de inexistência de condutas adequadas da população-alvo do Programa em relação à própria saúde.

No quadro 1.5, estão três exemplos de condutas inadequadas e inexistência de condutas adequadas relacionadas a cuidados com a própria saúde (mais propriamente, talvez, em relação a doença). A falta de imunizações, os cuidados inadequados ou inexistentes em relação às doenças e a procura tardia de serviço médico (ou de saúde) são os três exemplos

apontados.

No quadro 1.6, pode-se ver as razões apresentadas para a ocorrência dessas condutas na população-alvo. As seis razões variam, desde a desinformação, desnutrição e falta de higiene da população até as características (inadequadas!) dos Serviços de Saúde. A inadequação, dificuldade de acesso e "deseducabilidade" dos serviços são tipos de "causas" novas no contexto de resultados apresentados até agora. Elas se referem à responsabilidade do próprio serviço de saúde em relação às condutas da população.

1. desinformação e desconhecimento;
2. desnutrição;
3. ausência de cuidados de higiene;
4. os serviços de saúde são deseducativos ou inadequados aos valores da população;
5. o atendimento médico disponível é inadequado;
6. dificuldades de acesso a serviços médicos: distância, preço, dificuldade.

Quadro 1.6. Razões apresentadas para a ocorrência de condutas inadequadas ou para a não-ocorrência de condutas adequadas da população-alvo do Programa em relação às suas condições de saúde.

No Quadro 1.7, são apresentados seis exemplos de condutas inadequadas (ou de ausência de condutas adequadas) das usuárias dos Postos em relação ao próprio Posto de Saúde. Os exemplos enfatizam basicamente a procura dos Postos de Saúde e o retorno para continuação de controle de atendimento.

No Quadro 1.8, pode-se ver nove "razões" apontadas para "explicar" por que os usuários têm condutas inadequadas em relação aos Postos de Saúde. As razões referem-se a

1. procuram ajuda "material" do Posto de Saúde (remédios, enxoval, carta de internamento etc.);

2. só procuram (gestantes) o Posto de Saúde em fase final de gravidez para obter carta do hospital;

3. só procuram o Posto de Saúde quando têm problemas de saúde graves ou em estado adiantado;

4. só procuram o Posto de Saúde no início da gravidez quando querem abortar;

5. desistem rapidamente (não retornam quando iniciam) do programa de atendimento de pré-natal;

6. não retornam ao Posto de Saúde para controle de saúde.

Quadro 1.7. Exemplos de condutas inadequadas e de inexistência de condutas adequadas da população-alvo do Programa em relação ao Posto de Saúde.

dificuldades próprias da usuária (razões 1 e 2), à localização dos Postos (razão 3), ao tipo de atendimento oferecido (razão 4), e a características dos serviços realizados pelo Posto de Saúde (razões 5, 6, 7, 8 e 9). As "razões", na sua maioria, apontam para aquilo que os Postos de Saúde fazem como "causa" das condutas inadequadas ou de inexistência de condutas adequadas por parte dos usuários.

No Quadro 1.9, são apresentados três exemplos de "condutas" das usuárias dos Postos de Saúde em relação a orientações de saúde dadas a elas por profissionais da área de saúde. Fundamentalmente os exemplos ilustram a não-mudança das "condutas" das usuárias apesar de orientações dadas pelos profissionais nos Postos de Saúde.

1. não pode sair de casa (marido não deixa, muito trabalho, muitos filhos pequenos etc.);

2. trabalha fora e não tem tempo de levar crianças ao Posto de Saúde;

3. os Postos de Saúde são mal localizados;

4. o Posto oferece atendimento de saúde "curativo";

5. não é conhecido o que os Postos de Saúde podem oferecer;

6. a rotina do Posto (horário, forma de atendimento...) é inadequada;

7. o atendimento do Posto de Saúde é inadequado: desagradável, demorado, ineficiente etc.);

8. os funcionários do Posto de Saúde não dão "atendimento educativo";

9. não são acessíveis os resultados dos Programas de Saúde.

Quadro 1.8. Razões apresentadas para a ocorrência de condutas inadequadas ou para a não-ocorrência de condutas adequadas da população-alvo do Programa em relação ao Posto de Saúde.

1. apresentam dificuldades em seguir instruções;

2. não "compreendem" informações mínimas sobre saúde;

3. resistem a mudar condutas supersticiosas mesmo quando orientadas.

Quadro 1.9. Exemplos de "condutas inadequadas" ou inexistência de "condutas adequadas" da população-alvo do Programa em relação a orientações de saúde dadas por profissionais.

1. as atividades do Posto são predominantemente "curativas";

2. o Posto está desacreditado perante a população;

3. a rotina de atendimento do Posto é inadequada;

4. o Posto dá atendimento "deseducativo";

5. a forma de dar orientação de saúde é inadequada para o tipo de população que usa os Postos de Saúde.

Quadro 1.10. Razões apresentadas para a ocorrência de condutas inadequadas ou para a não-ocorrência de condutas adequadas da população-alvo do Programa em relação às orientações de saúde dadas por profissionais.

No Quadro 1.10, pode-se ver as cinco razões apresentadas como "explicação" para a pouca efetividade das orientações de saúde dadas por profissionais dos Postos de Saúde. Todas as razões indicam procedimentos e características dos Postos de Saúde como responsáveis pela ineficácia das orientações oferecidas pelos Postos.

2. Condutas relacionadas à saúde de si próprias, dos filhos e dos membros da família que deviam ser apresentadas pelas usuárias dos Postos de Saúde.

A partir das condutas inadequadas ou da "inexistência de condutas adequadas" que as usuárias dos Postos de Saúde "apresentavam", obteve-se uma lista de aproximadamente duzentos itens (algumas condutas apresentavam desdobramentos, por isto o "aproximadamente").

No Quadro 1.11, pode-se observar os aspectos em relação aos quais as usuárias deveriam apresentar condutas (ou

classes de respostas). As condutas das usuárias foram classificadas como relacionadas a cinco grupos de "aspectos do ambiente" em relação aos quais elas deveriam apresentar essas condutas. Três desses grupos estão divididos em tipos de aspectos mais específicos.

O Quadro 1.11 permite observar que o levantamento continha condutas que se relacionavam a alimentação, higiene, doenças, Posto de Saúde e sexo.



Quadro 1.11. Aspectos em relação aos quais foram listadas condutas que as usuárias deveriam apresentar. A lista acima foi retirada da lista e serviu para conferi-la após sua elaboração inicial.

A listagem não contém outros tipos de aspectos do ambiente das usuárias em relação aos quais elas deveriam apresentar condutas de forma a manter a sua saúde e a dos filhos.

Em relação à alimentação da família a usuária deve:

1. selecionar alimentos de acordo com o valor nutritivo, o preço e a aceitação da família;
2. comprar alimentos perecíveis apenas para uso do dia quando não tiver geladeira;
3. armazenar alimentos (ou sobras) de maneira que os perecíveis fiquem em geladeira e os não perecíveis fora do alcance de animais, insetos etc.;
4. utilizar todas as partes aproveitáveis dos alimentos disponíveis;
5. cozinhar de forma a garantir o valor nutritivo dos alimentos;
6. distribuir os alimentos de forma a garantir a alimentação mais adequada para toda a família.

Quadro 1.12. Exemplos de classes de respostas que as usuárias dos Postos de Saúde deveriam apresentar em relação à alimentação da família.

No Quadro 1.12 pode-se observar exemplos de condutas relacionadas à alimentação da família. As condutas listadas são classes de respostas bastante gerais. Referem-se ao que adquirir para comer, ao armazenamento, à utilização completa dos alimentos, ao modo de preparar e à distribuição entre os membros da família.

No Quadro 1.13, pode-se observar cinco exemplos de

Em relação à alimentação de criança pequena a usuária deve:

1. selecionar alimentos próprios para a idade da criança;
2. introduzir alimentos novos gradativamente;
3. alimentar a criança em horários de acordo com com a idade;
4. usar técnicas de alimentação que evitem inapetência;
5. fornecer leite (de preferência) para crianças menores de um ano.

Quadro 1.13. Exemplos de classes de respostas que as usuárias dos Postos de Saúde devem apresentar em relação à alimentação da criança pequena.

condutas que as usuárias dos Postos de Saúde devem apresentar em relação à alimentação de uma criança pequena.

Diferem dos exemplos do Quadro anterior (alimentação da família) embora refiram-se a aspectos semelhantes: o que oferecer de alimentos, como alimentar, horários de alimentação etc. Também são classes de respostas relativamente gerais.

No Quadro 1.14, encontram-se quatorze exemplos de "condutas" relacionadas à higiene de crianças. Um desses exemplos está subdividido em oito subclasses, totalizando vinte e uma classes de respostas das usuárias dos Postos de Saúde em relação à higiene das crianças.

No Quadro 1.15, são apresentados nove exemplos de condutas das usuárias dos Postos de Saúde em relação a doenças de crianças. As condutas incluem algumas que se referem a

Em relação à higiene de crianças a usuária deve:

1. trocar fraldas após a defecação;
2. trocar fraldas de três em três horas;
3. dar banho diariamente;
4. evitar banho em corrente de ar ou em ambiente totalmente fechado;
5. usar água corrente com crianças maiores de seis meses;
6. enxugar totalmente a criança após o banho;
7. limpar orelhas e narinas com cuidado e sem introduzir objetos;
8. vestir a criança de acordo com a temperatura ambiente;
9. colocar na criança roupas limpas, diariamente;
10. manter as crianças calçadas;
11. lavar fraldas logo após a troca sem uso de alvejantes;
12. lavar mamadeiras logo após o uso;
13. desinfetar mamadeira e demais utensílios antes de usar;
14. levar crianças maiores a:
    - lavar as mãos antes de comer;
    - tomar banho diariamente;
    - escovar dentes após as refeições;
    - usar roupas limpas para dormir;
    - cortar as unhas;
    - usar calçados nos pés;
    - brincar longe de lugares sujos;
    - limpar-se adequadamente após urinar ou defecar.

Quadro 1.14. Exemplos de classes de respostas que as usuárias dos Postos de Saúde deveriam apresentar em relação à higiene de crianças.

Em relação a doenças de crianças a usuária deve:

1. tomar providências adequadas para impedir o agravamento de doenças até atendimento médico (diarréias, vômitos, febre, ferimentos, queimaduras, convulsão etc.);

2. levar a criança ao Posto de Saúde (ou a outro recurso apropriado) quando houver sinais de doença (choro intenso e prolongado, recusa freqüente de alimentos, agitação ou prostração intensas, febre alta ou contínua, queixas de dor, vômitos, evacuações moles ou freqüentes, prisão de ventre etc.);

3. seguir orientações do médico e do Posto de Saúde quanto a cuidados com a criança (alimentação, vestuário, higiene, medicação etc.);

4. retornar ao Posto de Saúde (ou outro recurso) quando não houver sinais de melhora;

5. retornar a consultas marcadas mesmo que haja melhora;

6. levar as crianças ao Posto de Saúde periodicamente para controle de saúde;

7. levar as crianças ao Posto de Saúde para imunização em qualquer idade se não vacinadas;

8. levar as crianças ao Posto de Saúde para vacinação básica a partir de quinze dias de idade;

9. retornar ao Posto de Saúde nas datas marcadas para vacinação.

Quadro 1.15. Exemplos de classes de respostas que as usuárias dos Postos de Saúde devem apresentar em relação a doenças de crianças.

"evitar doença" (más condições de saúde)ou a "manter as boas condições de saúde sob controle" (ver condutas 3, 5, 6, 7, 8, 9).

No conjunto dos Quadros 1.11 a 1.15, há vários exemplos de condutas (ou de classes de respostas) das usuárias dos Postos de Saúde (gestantes e mães de crianças até dois anos de idade), relacionadas a diferentes aspectos do ambiente dessas usuárias.

3. Hierarquização das condutas segundo o critério de prioridade delas para a melhoria das condições de saúde da população-alvo do Programa de Saúde.

As duas centenas de condutas das usuárias consideradas do grupo prioritário (população-alvo do Programa de Saúde Materno-Infantil) foram examinadas do ponto de vista de sua prioridade em relação à saúde dessa população.

A hierarquização feita apenas permitiu explicitar os critérios que foram considerados para avaliar as prioridades das condutas listadas, no sentido de poder dedicar esforços de implantação maior e mais intensos para condutas de maior prioridade.

O fato de não se ter chegado a um consenso a respeito da hierarquização das condutas fez com que se examinasse melhor os critérios usados para o julgamento das prioridades.

Com o exame feito, explicitaram-se onze critérios para ordenar em níveis de prioridade as condutas da população-alvo considerada.

No Quadro 1.16, pode-se ver os critérios elaborados a partir do exame da hierarquia feita inicialmente por cada um dos participantes do trabalho.

Sete dos critérios referem-se a critérios para <u>incluir</u> condutas no primeiro nível de prioridade. Os outros

quatro referem-se a critérios para não incluir condutas no nível máximo de prioridade.

Não foram explicitados os critérios para outros níveis de prioridade além dos que permitiam incluir ou excluir condutas do nível de maior prioridade.

Ponto de partida:	O grupo de usuários dos Postos de Saúde considerado como prioritário é constituído de: gestantes, crianças de 0 a 2 anos e mães de crianças de 0 a 2 anos.
Critério 1.	Se a conduta afeta direta ou indiretamente a mortalidade ou morbidade do grupo de usuários prioritário, ela deverá ser incluída no nível I de prioridade;
Critério 2.	Se a conduta não se refere especificamente ao grupo de usuários prioritaríssimo, mas não existe outra conduta semelhante que se refira especificamente a este grupo, ela deverá ser incluída no nível I de prioridade;
Critério 3.	Se a conduta é imprescindível para se avaliar a ação do Posto de Saúde em relação ao grupo de usuários prioritário, ela deverá ser incluída no nível I de prioridade;
Critério 4.	Se a conduta é imprescindível para a ocorrência de outra conduta prioritária, ela deverá ser incluída no nível I de prioridade;
Critério 5.	Se a conduta previne possíveis erros dos funcionários do Posto de Saúde em relação ao grupo de usuários prioritário, ela deverá ser incluída no nível I de prioridade;
Critério 6.	Se a conduta refere-se a cuidados de higiene pessoal ou ambiente, dos quais se relacionam problemas de saúde que ocorrem com alta freqüência com o grupo de usuários prioritário, ela deverá ser incluída no nível I de prioridade;
Critério 7.	Se a conduta é uma condição imprescindível para que o grupo de usuários prioritaríssimo seja atendido no Posto de Saúde, ela deverá ser incluída no nível I de prioridade;
Critério 8.	Se a conduta se relaciona a um problema pouco freqüente e/ou pouco importante, mesmo que este problema ocorra com o grupo de usuários prioritário, a conduta não deverá ser incluída no nível I de prioridade;
Critério 9.	Se a conduta tem alta probabilidade de ser aprendida sem ação direta do Posto, mesmo que se refira ao grupo de usuários prioritaríssimo, ela não deverá ser incluída no nível I de prioridade;
Critério 10.	Se a conduta é muito discrepante das condições reais de vida do grupo de usuários prioritário ("sofisticação"), ela não deverá ser incluída no nível I de prioridade;
Critério 11.	Se a conduta expressa "o que deve ser evitado" e existem outras habilidades que "garantem o que deve ser feito", mesmo que se refira ao grupo de usuários prioritário, ela não deverá ser incluída no nível I de prioridade.

Quadro 1.16. Critérios explicitados pelo grupo de participantes, segundo os quais foram hierarquizadas as condutas dos usuários dos Postos de Saúde, do ponto de vista de prioridade .

DISCUSSÃO

Os dados de literatura disponíveis apontam para dois grandes grupos de fatores (variáveis) que determinam a alteração de condições de saúde nos seus mais variados graus: condições ambientais (que incluem o "ambiente" genético e biológico dos pais) e o comportamento das próprias pessoas ao lidar consigo próprias e com o seu ambiente.

Muitas das condições ambientais que afetam as condições de saúde de uma população não são acessíveis ou controláveis por instituições como os Postos de Saúde. Mesmo muitas das que o são só podem ser "alcançadas" pelos Postos de Saúde através do comportamento do usuário.

A inadequação ou a inexistência de comportamentos responsáveis por boas condições de saúde são, de certa forma uma fonte que serve para informar o que está errado e o que está faltando. Com estas duas informações já se pode esclarecer o que fazer no lugar delas que, efetivamente, resolva o problema de origem.

Uma grande parte das condutas descritas nos Quadros deste estudo e apontadas como inadequadas ou como inexistentes interferem — muitas vezes de maneira decisiva — sobre as condições de saúde das próprias pessoas ou de quem vive próximo a elas.

Também é bastante perceptível que as condutas adequadas que devem substituí-las ou passar a existir no lugar delas dependem de variáveis diversas, muitas delas nem sempre acessíveis aos Postos de Saúde ou controláveis por eles.

As condutas em relação à alimentação, por exemplo (ver Quadro 1.1), poderiam ser melhoradas por manipulação de

diversas variáveis: disponibilidade de alimentos, maiores salários (ou, pelo menos, possibilidade de trabalho adequadamente remunerado) e ensino sobre como adquirir e usar melhor os alimentos acessíveis ou disponíveis, seriam algumas dessas variáveis.

Nos demais Quadros (Quadros 1.3, 1.5, 1.7 e 1.9) descrevendo as condutas "inadequadas ou inexistentes" pode-se notar algo semelhante. Muitas das condições ou recursos existentes no ambiente de vida dessas pessoas interferem na baixa (ou nula) probabilidade de ocorrência de condutas adequadas em relação à saúde (por exemplo, tomar banho de maneira inadequada ou insuficientemente depende de ter água, local adequado, possibilidade de proteger-se do frio, aquecer a água, ter noções sobre como, quanto e quando tomar banho, além de noções sobre os efeitos de tomar ou não tomar banho de acordo com certas características).

Nos Quadros 1.1, 1.3, 1.5, 1.7 e 1.9, parece ser uma constante as verbalizações explicitarem a mesma possibilidade de haver vários determinantes para as "condutas" apontadas como "inadequadas ou inexistentes".

As próprias razões para a inadequação ou inexistência apontadas (ver Quadros 1.2, 1.4, 1.6, 1.8 e 1.10) responsabilizam variáveis de diferentes tipos como possíveis responsáveis por aquilo que a população faz ou deixa de fazer em relação à própria saúde.

O grau de acessibilidade dessas variáveis à intervenção dos Postos de Saúde ou a possibilidade de ele exercer controle na alteração delas varia conforme a natureza de cada variável. Algumas são diretamente acessíveis aos Postos (por exemplo falta de informações ou de treino, facilidade dos horários de atendimento nos Postos de Saúde, localização ou rotina dos Postos, tipo e qualidade de atendimento, custo do atendimento no Posto etc.). Outros são indiretamente acessí-

veis (ensinar a cuidar do lixo, ensinar a limpar a casa, fornecer medicamentos, fornecer suplemento alimentar etc.). Outros, ainda, escapam da esfera de ação direta ou imediata dos Postos de Saúde (propaganda sobre alimentação, condições de saneamento básico etc.).

O mecanismo básico parece ser o de lidar com as variáveis relacionadas às condutas mais prioritárias alterando as variáveis determinantes de sua ocorrência, mais acessíveis, mais controláveis e prosseguindo, à medida que se conseguir efeitos com essas, para as menos acessíveis e de maior dificuldade de controle. Rosenburg, Peres e Botomé (1981) ilustram essa maneira de raciocinar em uma hierarquia de organização de variáveis conforme se pode ver no Quadro 1.0.

O levantamento de "condutas inadequadas ou inexistentes" e as "razões pelas quais são assim" poderia prosseguir ainda sendo pesquisado e, mesmo, por diferentes maneiras e procedimentos, fontes etc. Para este trabalho, porém, importava — na fase que este estudo relata — ter uma noção suficientemente — e não exaustivamente — clara do que estava errado e o que poderia ser alterado para corrigi-lo, e que fosse possível obter rapidamente e com um custo pequeno.

Poder-se-ia por em dúvida a veracidade das afirmações feitas pelos participantes do trabalho, alguns com vários anos de atividade na Instituição tanto em nível de campo como em nível de administração. Os dados, porém, não foram considerados definitivos. O próprio processo de implantação de um programa a partir deles deveria garantir mecanismos para averiguar sua realidade, pertinência, precisão, adequabilidade, relevância etc..

O ponto de partida era utilizar o mais e melhor possível todos os dados disponíveis antes de ir buscar novos ou duvidar dos que fossem de domínio dos profissionais envolvi-

dos com a própria Instituição.

O trabalho, na primeira etapa deste estudo, pode-se resumir simplisticamente, foi uma transformação das experiências e verbalizações dos participantes em um registro organizado, examinável e replicável (ou, pelo menos, criticável).

Com os dados referentes, portanto, à primeira etapa ("condutas inadequadas, inexistentes e razões para que fossem assim") ficou mais fácil dizer "o que os usuários dos Postos deveriam fazer para cuidar da saúde" a partir dos dados organizados e para atender aos objetivos do Programa de Saúde Materno-Infantil (reduzir morbidade e mortalidade materno-infantil no município).

O conjunto de dados apresentados no Quadro 1.11 diz respeito aos próprios "tipos de aspectos" diante dos quais os usuários deveriam apresentar condutas relacionadas a cuidados com sua saúde. Os "tipos de aspectos" (ou classes de estímulos ambientais) poderiam ser outros, ou ser apresentados em descrições com detalhes mais específicos etc..

Não pareceu, porém, ser necessário para a finalidade desta fase do trabalho que isto acontecesse. Mais uma vez, o grupo de participantes — cuja manifestação desde que sustentada por um bom procedimento ou uma clara, correta e convincente argumentação — tinha a palavra final. E foi com as "situações" relacionadas no Quadro 1.11 que o trabalho prosseguiu explicitando e organizando as condutas (classes de respostas) que os usuários deveriam apresentar diante delas de forma a garantir melhores condições de saúde a si próprios e a seus familiares.

Os exemplos descritos nos Quadros 1.12 a 1.15 podem também ser questionados de diversos pontos de vista. Quais são pertinentes à atividade do Posto garantir? Quais deles

são prioritários? São efetivos? O custo de sua instalação compensa para os efeitos que obterão sobre a saúde da população? Haveriam outros melhores?

As perguntas poderiam multiplicar-se e, mais uma vez, a consideração cabível parece ser que o que se conseguiu no trabalho desenvolvido foram os resultados a que chegaram os participantes, com os recursos e experiências disponíveis e com o procedimento utilizado. O próprio desenvolvimento do trabalho ainda previa que as condutas fossem revistas, corrigidas, alteradas, completadas etc. à medida que se tornassem disponíveis evidências que sustentassem tais modificações.

Entre os participantes havia a crença (declarada) de que as condutas listadas constituiam-se em variáveis que influiriam sensivelmente na melhoria das condições de saúde da população-alvo do Programa de Saúde a ser implantado.

A terceira etapa do trabalho, onde se procurou verificar os níveis de importância das condutas das usuárias em relação à influência em sua saúde e as possibilidades de essas variáveis serem manipuladas pelos funcionários dos Postos de Saúde, mostrou-se ineficaz.

Os "votos" dos participantes para a maioria das condutas mostram-se dispersos pelos quatro níveis de prioridade, mostrando maior concentração nos níveis II e III. As conclusões tiradas pelo próprio grupo de participantes foram de que não havia critérios comuns e que cada participante examinava e avaliava as condutas das usuárias de acordo com a perspectiva da própria área profissional sem levar em conta (ou levando muito pouco) o contexto e a função dessas condutas em relação à saúde.

A decisão que acompanhou essa análise foi a de explicitar uma lista de critérios de prioridades que todos de-

vessem levar em conta ao retomar essas condutas em fases mais adiantadas.

O que — salientou-se — parecia importar era que cada conduta seria detalhada em atividades variadas (com prováveis diferentes profissionais) e cada uma teria aspectos realçados ou não de acordo com quem a estivesse desenvolvendo na respectiva atividade do Posto e conforme as próprias necessidades (ou parte delas) a que deveria atender.

A explicitação de critérios comuns e públicos, porém, era um estágio útil como "aprendizagem" dos participantes para ter critérios mais explícitos e sociais para julgar as condutas dos usuários em termos de prioridade para a promoção de melhores condições de saúde.

Nem todas as condutas listadas tinham o mesmo valor de influência na melhoria das condições de saúde da população. Algumas, inclusive, tinham um valor maior devido a permitir que a população se expusesse a variáveis que, daí, interfeririam em condutas mais diretamente relacionadas à saúde. A conduta (ou classe de respostas) "retornar ao Posto para controle de saúde" é desse tipo. O critério 4 (ver Quadro 1.16) refere-se a essas condutas.

Outras condutas, embora parecessem (ou fossem de fato) importantes para a saúde, eram de baixíssima probabilidade de ocorrência no ambiente (vida real) do usuário, devido à inexistência das variáveis relacionadas com sua possibilidade de apresentação (por exemplo, só tomar água tratada).

Outras condutas adquiriam importância para o Programa de Saúde (mais do que diretamente para a saúde da população) porque eram indicadores fundamentais para verificar os efeitos da atuação do Posto sobre a saúde da população (ver critério 3 no Quadro 1.16). Levar as crianças periodicamente ao Posto para controle de saúde" ou "retornar a consultas

marcadas, mesmo que haja melhora", são exemplos de condutas que atendem a essa necessidade (e correspondente critério). Sem indicadores desse tipo (claro está que deveriam haver outros) os funcionários correriam o risco de atuar supersticiosamente, desenvolvendo rituais profissionais de cuja eficácia não se saberia ou que pouco se poderia verificar. A decorrência poderia ser até prejudicar ou colocar a população em risco sem sequer percebê-lo. Por exemplo, desenvolver um sistema de atendimento no Posto cujas vagas dependem da colocação da pessoa em uma fila levou a população a chegar em horários ainda (e cada vez mais) noturnos para disputar a vaga. A noite sem sono, o frio da madrugada, a falta de alimentos, a grande quantidade de horas de pé com crianças de poucos meses de idade somavam-se às já prejudicadas condições de vida das pessoas numa gritante violência contra suas condições de saúde, construída pelo próprio sistema de atendimento do Posto de "Saúde".

No conjunto dos dados, obteve-se uma listagem de condutas que deve relacionar-se e atender a necessidades de saúde da população. O procedimento utilizado envolvia as perguntas "de onde extrair as condutas necessárias a instalar na população?" (as fontes de informação) e "como fazer para ter essas informações?" (os procedimentos para "retirar" as informações das fontes.

Tyler (1978, pp. 3-39) sugere algumas fontes de onde se pode extrair informações sobre objetivos de ensino ("condutas-alvo); Ribes (1976) considera não ser útil transformar, simplesmente, conteúdos (informações) em condutas para se ter bons "objetivos comportamentais"; Botomé e outros (1979b) fazem uma "análise de algumas condições necessárias para propor objetivos de ensino". Nesses trabalhos há uma insistência nas fontes e procedimentos mais adequados para se obter "condutas-alvo".

No presente estudo, as fontes foram os próprios profissionais envolvidos (participantes) como possuidores tanto de conhecimentos técnicos e científicos (pela própria formação e estudo profissionais) como de conhecimentos da instituição (características, recursos etc.) e da população (hábitos, necessidades, condições, recursos etc.).

O procedimento enfatizou o registro sistemático e conferido das verbalizações desses participantes a respeito dos dados que eles haviam, formal ou informalmente, sistematicamente ou não, observado.

As perguntas a respeito da validade do procedimento, da fidedignidade ou suficiência dos dados, ou das possibilidades de explorar outras fontes e procedimentos são pertinentes. O próprio "tipo de diagnóstico obtido" pode deixar muito a desejar (precisão, quantificação, quantidade, amostragem, envolvimento da população ou, pelo menos, dos funcionários menos graduados etc.). De fato, são necessidades importantes a atender e exigências a garantir.

O problema, porém, em relação a essas exigências e necessidades não são apenas um problema de qualidade científica, de precisão de medida, de nível de operacionalização ou de certeza de trabalhar da maneira ideal preconizada na literatura (muitas vezes "receitas" alheias à nossa realidade). Ao trabalhar no campo e com vistas à aplicação de conhecimentos há outras perguntas que surgem: Quanto tempo se pode esperar sem interferir? Quanto dinheiro se tem disponível ou é justo gastar? No que e quanto se pode contar com a disposição favorável da população dirigente (interna e externa) da instituição ? Até onde os participantes vão ou aceitam ir? Os dados disponíveis não são suficientes para — pelo menos — iniciar? É possível começar com poucas exigências — quanto? — e progredir aos poucos no seu aumento? Quantas pessoas podem ser envolvidas no trabalho? Qual o ritmo possível, sem recuar

ou perder na qualidade do trabalho que permite garantir maior envolvimento? O que, como e em que ritmo a instituição e os seus participantes mudam hábitos, crenças, comportamentos?

Cada pergunta parecia exigir que a respectiva resposta contivesse o indefinível "o mais ou o melhor possível". Era importante propor para a frente, para o futuro, mas caminhar com toda a instituição. Não parecia ser possível "grandes reformas" propostas "de fora" por alguém à margem ou sem a participação do maior número possível de pessoas desde as decisões até a sua regulamentação e execução.

Sem dúvida o "tipo de diagnóstico" feito é incompleto. Tanto no que diz respeito à quantidade de dados como quanto a precisão ou especificidade deles. Neste estágio do trabalho, por exemplo, não houve preocupação em descrever as "condutas" de acordo com os consagrados critérios propostos por Mager (1976, 1977), Vargas (1974), Popham e Baker (1976) e outros. Parecia aos participantes que, neste estágio do trabalho, haveria o risco de definições artificiais onde houvesse uma preocupação com atender precisão, especificidade, operacionalidade etc. sem os suficientes dados para que elas fossem fiéis ao que era necessário à população.

A especificidade, pertinência, relevância, suficiência etc. das condutas arroladas são um problema de aperfeiçoamento contínuo — a partir de seguros dados de avaliação — mais do que um nível arbitrário, geralmente definido por alguém (autoridade, autor etc.) nem sempre com a percepção dos fatos, problemas e caracterísitcas das pessoas envolvidas.

A impossibilidade ou dificuldade momentânea ou circunstancial, porém, não podem ser desculpas para relaxamento, descuido ou justificativa de pouca exigência ou precisão no trabalho. As exigências científicas não podem ser consideradas nem "norma absoluta" nem "caprichos sofisticados". Elas

são critérios ou parâmetros que se deve procurar atender sempre e progressivamente. A moralizante posição do "tudo ou nada" ou a "auto-complacência" nas dificuldades ou circunstâncias (mesmo pessoais) não podem ser aceitas. O momento pode não permitir tudo... mas quanto pode permitir e o progresso desse quanto são um problema, sem dúvida, em aberto.

Além das considerações anteriores à fase do trabalho que este estudo relata trouxe, para o grupo de participantes, algumas percepções que, mesmo em germe, ajudaram na localização do que foi feito em um contexto mais complexo.

Uma dessas percepções foi a de que os fenômenos da saúde (alterações nas condições de saúde de um organismo) são multideterminados e as variáveis que os afetam não pertencem somente ao campo das chamadas "disciplinas ou áreas da saúde". O salário de uma pessoa, a maneira como ela se comporta, descansa, trabalha, dorme etc. afetam suas condições de saúde.

As próprias disciplinas (ou, pelo menos, o comportamento dos profissionais dessas disciplinas) científicas parecem trabalhar enfatizando algumas variáveis dependentes como seu objeto de estudo, caindo em uma segmentação do conhecimento perigosa e ineficiente para lidar com o evento saúde. Talvez fosse mais promissor se as disciplinas elegessem, explicitassem e enfatizassem como objeto de estudo e de interferência não as variáveis dependentes (por exemplo a condição de saúde do organismo) mas a relação entre essa variável dependente e os seus determinantes. Não se trataria, nesse caso, de alterar apenas as condições de saúde de um organismo mas de alterar as relações entre as suas condições de saúde e as variáveis que as determinam. Isto implica identificar e alterar (ou interferir de qualquer outra forma) as variáveis que determinam as condições de saúde de um organismo (Rosenburg, Peres e Botomé, 1981).

Holland (1973, 1974 e 1976) insiste, para o campo da Psicologia, por exemplo, na necessidade de tratar não o organismo mas as variáveis responsáveis pela situação que é necessário "tratar" (mudar). Analogamente pode-se dizer o mesmo das condições de saúde de um organismo do ponto de vista biológico ou fisiológico. São as variáveis responsáveis pela situação de más condições de saúde que devem ser "tratadas" (mudadas). As condições do organismo, de certa forma, já são um efeito e é insuficiente (ou improdutivo) alterar estas sem modificar aquelas.

No levantamento das "razões possivelmente responsáveis pelas condutas inadequadas ou inexistentes" os participantes apontaram os serviços dos Postos de Saúde como responsáveis por várias das inadequações ou inexistências de condutas dos usuários em relação à sua saúde. Essa percepção traz a explicitação de uma relação que parece ser muito importante no desenvolvimento do trabalho: os comportamentos dos usuários dos Postos de Saúde em relação à sua própria saúde <u>dependem</u> em grande parte daquilo que os Postos de Saúde fizerem em relação a eles. Em outras palavras, todas as atividades desenvolvidas nos Postos de Saúde deveriam ser <u>condições que facilitassem</u> a (aumentassem a probabilidade de)ocorrência das condutas dos usuários que melhorassem suas condições de saúde ou as mantivessem em bons níveis.

Uma outra percepção possível nos dados organizados é a interdependência de condutas profissionais em relação aos resultados desejados (atendimento adequado e melhora das condições de saúde dos usuários).

Pelo que os participantes indicaram como "razões" para a inadequação das condutas dos usuários, várias delas são de inter-relação entre as condutas dos funcionários dos Postos. "Rotina de trabalho inadequada", "atendimento desedu-

cativo", "demora no serviço", "tipo de atendimento oferecido" são alguns exemplos em que decisões ou outros tipos de condutas de funcionários de diferentes níveis na escala administrativa interferem com as condutas profissionais de outros funcionários que, por sua vez, vão interferir com os comportamentos dos usuários.

O ponto central, porém, a destacar parece ser o de que o que o Posto faz determina em grande parte o que a população fará em relação à sua saúde.

Tendo definido quais as condutas da população, impunha-se uma nova espécie de questão: o que deve fazer o Posto de Saúde para influenciar, promover, manter ou garantir a ocorrência dessas condutas?

A pergunta explicita (ou contém) a noção de que as atividades profissionais (ou condutas de um profissional) são variáveis independentes (ou podem sê-lo) em relação a outras variáveis (dependentes): comportamentos de outras pessoas (usuários, clientes, pacientes...), condições de saúde etc..

O que o Posto de Saúde fizesse deveria ser condição (ou conseqüência) para aumentar a probabilidade de ocorrência de condutas da população apropriadas à manutenção, recuperação ou melhoria de suas condições de saúde.

ESTUDO 2

O QUE OS POSTOS DE SAÚDE DEVERIAM FAZER PARA REALIZAR OS OBJETIVOS DO "PLANO NACIONAL DE SAÚDE" E DIMINUIR OS ÍNDICES REGIONAIS DE MORTALIDADE E MORBIDADE MATERNO-INFANTIS A PARTIR DAS CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO E DAS CONDUTAS DA POPULAÇÃO RELACIONADAS ÀS SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE.

Tendo caracterizado o que a população deveria fazer em relação a suas condições de saúde e as possíveis (e até prováveis) variáveis responsáveis por essas condutas (ou por sua inadequação ou inexistência), surgiu uma preocupação conseqüente: com quais variáveis lidar e como fazê-lo?

Algumas das variáveis eram inacessíveis ou de difícil acesso. Outras, mesmo acessíveis, de difícil controle. A consideração de cada uma fazia com que o trabalho se orientasse na direção da responsabilidade das ações do Posto de Saúde em relação à população que o utilizava.

A pergunta óbvia diante do trabalho a realizar parecia ser: o que cada Posto de Saúde deve fazer para realizar os objetivos a que se propõem a instituição a que pertence e a organização da qual faz parte (respectivamente, Departamento de Saúde da Comunidade e Secretaria de Higiene e Saúde do município)? A obviedade, porém, era apenas aparente. Havia uma série de dificuldades e variáveis a considerar e alterar para se poder chegar a obter algum tipo de resposta significativa para a pergunta fundamental.

O que cada uma das pessoas deve fazer (no sentido de "comportar-se", de agir) para conseguir um determinado efeito

no ambiente é bastante difícil de identificar. Especialmente quando os objetivos são exigentes, problemáticos e quando há inúmeras pessoas e uma instituição envolvida (com sua organização, estrutura e cultura, bastante definidas e arraigadas). Isto se acentua quando o comportamento de uma pessoa (no caso a população) ou grupo de pessoas depende (é função de), comportamentos de outras pessoas (no caso, dos funcionários dos Postos).

A própria noção de comportamento produzida por pesquisa é desconhecida. A noção popular (e, mesmo, a aparentemente sofisticada noção existente nos meios profissionais de nível universitário) vem misturada com crenças e comportamentos incompatíveis com o uso da noção científica do que seja comportamento. As ficções verbais (termos, conceitos e definições) sancionadas pelas autoridades, pelo hábito e pela força do número de usuários controlam, muito mais do que se percebe à primeira vista, o que as pessoas fazem ao lidar com a noção — difundida — de comportamento.

O problema se acentua quando, além de lidar com a noção (já comumente inadequada e imprecisa) de comportamento, deve-se lidar com o próprio evento comportamento. Enxergá-lo em meio a multiplicidade de eventos do cotidiano já é uma tarefa complexa. O que se dirá de identificar, escolher, hierarquizar comportamentos etc. envolvidos nas atividades que implicam lidar com o comportamento.

O que se pode dizer, então, das dificuldades envolvidas quando é necessário transformar intenções, valores, idéias, conhecimentos, dados e expectativas em comportamentos humanos correspondentes, de forma a produzir todas essas coisas de maneira significativa para a vida?

Para se progredir nessa direção há pressuposições, habilidades e exigências que precisam ser consideradas. O tra-

balho proposto para ser desenvolvido não nos parecia ser exceção se a expectativa fosse a de que as pessoas agissem de acordo com certas proposições para obter um determinado resultado de alto valor para toda a comunidade. Os objetivos do trabalho pareciam ter essa característica.

O que se considera "pressuposições básicas" derivou do próprio trabalho com uma equipe multidisciplinar e podem ser resumidas em cinco principais:

1. identificar o comportamento humano (as ações das pessoas) como força produtora de alterações na natureza (física e social) existente. Uma tal identificação — parece claro! — exigirá raciocínio, linguagem, aprendizado e percepções apropriados;

2. identificar as variáveis naturais (e múltiplas) relacionadas à determinação dessas ações. Uma percepção clara e precisa (desmistificada e desmitificada) do que faz com que as pessoas ajam do jeito como o fazem é fundamental para lidar com um mínimo de sucesso com as ações humanas envolvidas em qualquer atividade humana;

3. superar a crença de que as principais variáveis determinantes do comportamento são internas e identificar as variáveis ambientais mais significativas para alterar o comportamento. Dentre as múltiplas variáveis influindo na probabilidade de ocorrência das ações de uma pessoa, há diferenças de grau de influência, de importância para alterar a ação, de acessibilidade, de custo etc.. Nem todas merecem o mesmo grau de atenção, dependendo do que se tem em vista (um tratamento clínico, uma interação social, um trabalho pro-

fissional, a vida de uma comunidade etc.).

4. libertar-se do controle exercido por concepções derivadas de crenças e conhecimentos tradicionais (alguns já antigos e arraigados) a respeito do que determina o comportamento. Principalmente as já instaladas e difundidas noções de "livre-arbítrio", de "desejo e vontade" humanos como os "grandes determinantes" daquilo que o homem faz. A poderosa força de inércia dessas concepções já lhes deu uma forte aparência de "verdades" consagradas pelo hábito, pela tradição e pela adesão de inúmeras pessoas. Essa consagração é que lhe dá a aparência e força de "verdade";

5. adquirir um repertório que permita lidar com as variáveis relacionadas ao comportamento humano com sabedoria, cuidado, habilidade e ética social. Ao trabalhar com o comportamento humano é necessário, fundamentalmente, agir explícita e publicamente. Isto não parece, porém, ser uma tradição ou costume em nossa cultura e nem parece ser fácil de aprender e realizar em nossa comunidade.

Além dessas pressuposições básicas (relacionadas, basicamente, ao tipo de aprendizagem social, escolar, profissional e vivencial de cada um) há um conjunto de habilidades que parecem necessárias para tal tipo de trabalho. Algumas delas:

1. distinguir entre utilizar corretamente os diferentes níveis de linguagem em relação ao parâmetro generalidade-especificidade;

2. utilizar termos com referentes identificáveis (mesmo pelo próprio falante). É um risco usar-se

termos conhecidos e "de efeito" sem se saber mais do que uma vaga e imprecisa definição verbal dos mesmos. Talvez isso seja um hábito mais freqüente do que se imagina em uma cultura em que a educação é fortemente "verbalista";

3. agir com facilidade em contato com linguagem nova e diferente da que se está acostumado. Isto inclui — inclusive! — perceber que a linguagem é nova e diferente;

4. explicar fatos de maneira a explicitar variáveis naturais e específicas relacionadas com sua ocorrência e não apenas "relacionadas" de maneira verbal. Isto inclui, também, percepção de diferença entre explicações reais e pseudo-explicações, especialmente, as justificativas da ocorrência de fatos com aparência de "explicações";

5. interagir verbalmente de maneira positiva e afirmativa em vez de disputar, encobrir, mistificar e mitificar acontecimentos ou verbalizações a respeito deles;

6. transformar a experiência de outros profissionais (ou a verbalização sobre ela) em dados utilizáveis, públicos e replicáveis. Isto implica falar e ouvir séria e cuidadosamente e avaliar o grau de confiança ou de precisão de uma verbalização;

7. superar o hábito de "verbalizar por verbalizar", o "discutir sob controle da oposição ou da própria discussão", "o debate por diletantismo". É necessário utilizar debates e discussões profissionais como instrumentos de trabalho, fontes de informação e de avaliação recíprocas;

8. registrar verbalizações de importância para as decisões em jogo, extraindo-as das verbalizações em geral e organizando-as de forma útil para os objetivos do trabalho ao qual as verbalizações se referem.

As pressuposições e o repertório até agora descritos ainda parecem precisar ser acrescidos de exigências relacionadas à maneira de trabalhar. Essas precisam ser consideradas porque à dificuldade já bastante grande de combinar diferentes conhecimentos (e de diferentes áreas) se acrescenta a necessidade de extrair deles (ou transformá-los em) comportamentos significativos para a solução do problema que deu origem à atividade e ao qual o conhecimento em pauta se relaciona.

Uma dessas exigências é a de utilizar ao máximo e da melhor maneira possível as contingências naturais existentes e que tornem mais provável o prosseguimento do trabalho em uma direção promissora e de maneira cumulativa. Disto decorre evitar ou diminuir, ao máximo, artifícios ou contingências que, embora poderosas, não sejam as mais significativas, disponíveis, baratas e as naturalmente relacionadas aos comportamentos que as pessoas apresentam ao trabalhar.

Uma outra exigência nos parece ser a de superar os tradicionais papéis do psicólogo em um trabalho de uma equipe multidisciplinar. Não basta desempenhar um papel "clínico" melhorando ou garantindo o conforto ou qualidade das relações sociais, nem "tratando" as peculiaridades de cada um ou medindo e qualificando desempenhos, aptidões, interesses ou atitudes. A necessidade parece apontar para o envolvimento com a realidade do trabalho e para alterar o ambiente físico, social e organizacional para que cada um — do jeito que seu repertório permitir — dê e aproveite o máximo daquilo que acontece na realização do trabalho comum.

Essas exigências parecem também relacionar-se ao conflito entre duas maneiras de trabalhar. Uma maneira "tecnocrata" em que alguém — "especialista" ou "entendido" (e muitas vezes "de fora da situação") — planeja e define o que deve ser feito enquanto os "participantes" executam o plano. A outra maneira consideramos aquela em que as próprias definições e o plano do trabalho são feitos progressivamente envolvendo todos os participantes em todas as etapas do trabalho. O conflito, entre essas duas maneiras, de certa forma, revela uma outra exigência: a necessidade de fazer com que o trabalho seja, de fato, de todos e exista a partir do que os participantes produzem, entendem, propõem etc.. A participação de cada profissional deveria garantir, ao máximo, que aparecessem os dados da área disponíveis para contribuir com o trabalho, provavelmente, multidisciplinar.

Com o que foi considerado sobre pressupostos, repertório necessário e algumas exigências, explicitou-se o que se levava em conta para iniciar, com o grupo de profissionais envolvidos, a tentativa de responder à pergunta: o que os funcionários dos Postos de Saúde deveriam fazer para atender (ou realizar) os objetivos do Programa de Saúde Materno-Infantil proposto pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, visando obter melhoria nos índices de saúde de mães e crianças do município, a partir da realidade (recursos, condições, pessoal...) dos próprios Postos de Saúde do Departamento de Saúde da Comunidade e <u>através</u> dos comportamentos da própria população-alvo.

A Psicologia teria algo a contribuir? Poderia ajudar na fase inicial do trabalho?

Os psicólogos participantes da equipe que realizou o trabalho tinham presente que havia um volumoso — embora não o dominassem integralmente — conhecimento sobre o com-

portamento humano, suas características leis. Tinham conhecimento sobre os processos básicos de comportamento, os tipos de seus determinantes fundamentais, sobre as críticas ao comportamentalismo, sobre as inúmeras considerações quanto ao trabalho do psicólogo em nosso meio, sobre a produção da pesquisa básica e aplicada, sobre os conflitos em torno das noções básicas da Psicologia (por exemplo: a noção de comportamento, a noção de determinismo, a noção de contingência de reforçamento etc.).

Não é necessário explicitar, especificamente, quais e quanto de conhecimento se tinha. O que parecia importar era que mais do que discutir, ler, discorrer sobre, considerar ou levar em conta era preciso agir e interagir utilizando no comportamento (além do verbal) todos os dados disponíveis e de domínio dos participantes.

Para concretizar um pouco disto era necessário utilizar o máximo daquilo que se poderia obter com os participantes, nas condições concretas, disponíveis ou existentes na instituição que propunha o trabalho a ser feito.

O objetivo deste "estudo" é explicitar o que se fez e se conseguiu no início e as considerações que foram possíveis a partir do produto obtido ao tentar explicitar o que os Postos de Saúde deveriam fazer para influir (determinar) nas condutas da população que interferiam com as suas condições de saúde.

METODO

Participantes

Os participantes foram os componentes da própria equipe da instituição, responsável pelo trabalho a ser desenvolvido. Era constituída pelo Diretor do Departamento de Saúde da Comunidade e pela equipe de assessores. Também fizeram parte do grupo de participantes o autor deste trabalho e três estudantes-estagiários de Psicologia.

Em termos profissionais o grupo de participantes era constituído de quatorze profissionais: um médico sanitarista (e pediatra), uma médica pediatra, um médico obstetra, duas educadoras sanitárias, duas assistentes sociais, duas enfermeiras, uma nutricionista, um psicólogo e três estudantes estagiários de Psicologia (último ano do curso).

Os participantes, com exceção do psicólogo e dos estagiários, eram funcionários da instituição com um número de anos variável quanto a tempo de experiência na instituição. Basicamente os participantes eram o próprio grupo de trabalho já existente na instituição, à exceção dos psicólogos que iniciaram a participação na instituição ao realizar o presente trabalho.

Material

O material foi, fundamentalmente, o mesmo descrito no Estudo 1.

Ambiente

O ambiente em que o trabalho foi desenvolvido foi o

mesmo descrito no Estudo 1.

Procedimento

Após uma revisão do trabalho correspondente ao Estudo 1 (relato anterior), organizou-se um debate com todos os participantes em torno da questão: O QUE OS POSTOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DEVERIAM FAZER PARA REALIZAR OS OBJETIVOS DO PLANO DE SAÚDE PROPOSTO PELA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, DIMINUIR OS ÍNDICES DE MORTALIDADE E MORBIDADE MATERNO-INFANTIS NO MUNICÍPIO A PARTIR DA REALIDADE DOS POSTOS E ATRAVÉS DAS AÇÕES DA PRÓPRIA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO À SUA SAÚDE?

Ressaltou-se a importância de não se perder de vista a quádrupla exigência para as verbalizações que ocorressem durante a reunião de debate:

a) os objetivos do plano proposto pela Secretaria da Saúde;

b) o problema a ser resolvido através das ações dos Postos Municipais de Saúde;

c) as características básicas (a realidade) dos Postos Municipais de Saúde;

d) as ações da população em relação a suas condições de saúde.

Três participantes (dois psicólogos e uma assistente social) registravam as verbalizações dos participantes, relatando uma síntese do registro de tempos em tempos durante a reunião. Não havia um critério pré-estabelecido para a ocorrência dos relatos. Eles poderiam ser feitos quando os debates diminuíssem, a pedido de qualquer participante ou houvesse um montante de informações registradas suficientes (a critério de quem registrava) para justificar

um relato.

A cada relato do que havia sido registrado a respeito do debate, solicitava-se que os participantes corrigissem (alterando ou retirando) informações, acrescentassem itens ou aspectos que considerassem estar faltando ou detalhassem o que considerassem geral ou amplo demais.

Também salientou-se que só seriam mantidas como "produtos finais dos debates" as verbalizações a respeito das quais se obtivesse consenso do grupo de participantes.

Um dos psicólogos (quem registrava) exerceu uma função mista que poderia ser caracterizada como: coordenador-moderador dos debates. O coordenador dos debates não coincidia com o dirigente (Diretor) da reunião. Isto era importante porque permitia um grande dinamismo nas reuniões, embora dependesse de características dos participantes para se tornar factível. A estratégia permitiu sempre uma útil e tranqüilizadora separação entre o Diretor (e coordenador) do trabalho como um todo (Departamento inteiro e seus objetivos) e um dirigente (ou coordenador) de uma reunião (instrumento ou atividade) para realizar os objetivos maiores. O que ele fazia era basicamente:

- garantir entendimento das verbalizações de cada um pelos demais profissionais integrantes do grupo;
- solicitar que os participantes esclarecessem (detalhassem, exemplificassem, argumentassem, etc.) a respeito de suas verbalizações;
- explicitar que tipos de dados estavam envolvidos nas verbalizações dos diferentes profissionais do grupo de participantes;
- ajudar a <u>somar</u> ou <u>combinar</u> contribuições de di-

ferentes áreas profissionais;

. explicitar controvérsias de fato e aspectos que, não fazendo parte da controvérsia, poderiam ser combinados;

. esclarecer confusões semânticas (por exemplo, termos ambíguos, afirmações demasiado gerais ou demasiado específicas, usos de exemplos ou de analogias como argumentos etc.);

. solicitar leitura dos registros periodicamente;

. avaliar cansaço, produtividade, aversividade etc. dos debates e procurar alterar, intensificar ou reduzir qualquer um desses aspectos durante os debates.

A primeira sessão — com cerca de três horas de duração — terminou com a combinação de, na sessão seguinte, debater-se o "produto final da discussão", para somente "completá-lo, corrigi-lo ou retirar algum aspecto dele" até que "todos o considerassem representativo do que o grupo considerasse a tarefa realizada".

Na segunda sessão, o procedimento foi aproximadamente o mesmo, com as características acima. Esta sessão durou de duas a três horas.

Os resultados foram apresentados sob a forma de um quadro igual ao que apresenta os resultados finais neste trabalho (ver Quadro 2.1). Procurou-se sempre registrar (e organizar ou transcrever os registros) utilizando palavras ou expressões usadas pelos participantes. Procurou-se, também, garantir que as palavras ou expressões usadas não fossem exclusivas ou muito características de uma ou outra área profissional dos participantes de forma a evitar confusões semânticas que tivessem a aparência de controvérsias reais (Copi, 1974, pp. 105-110).

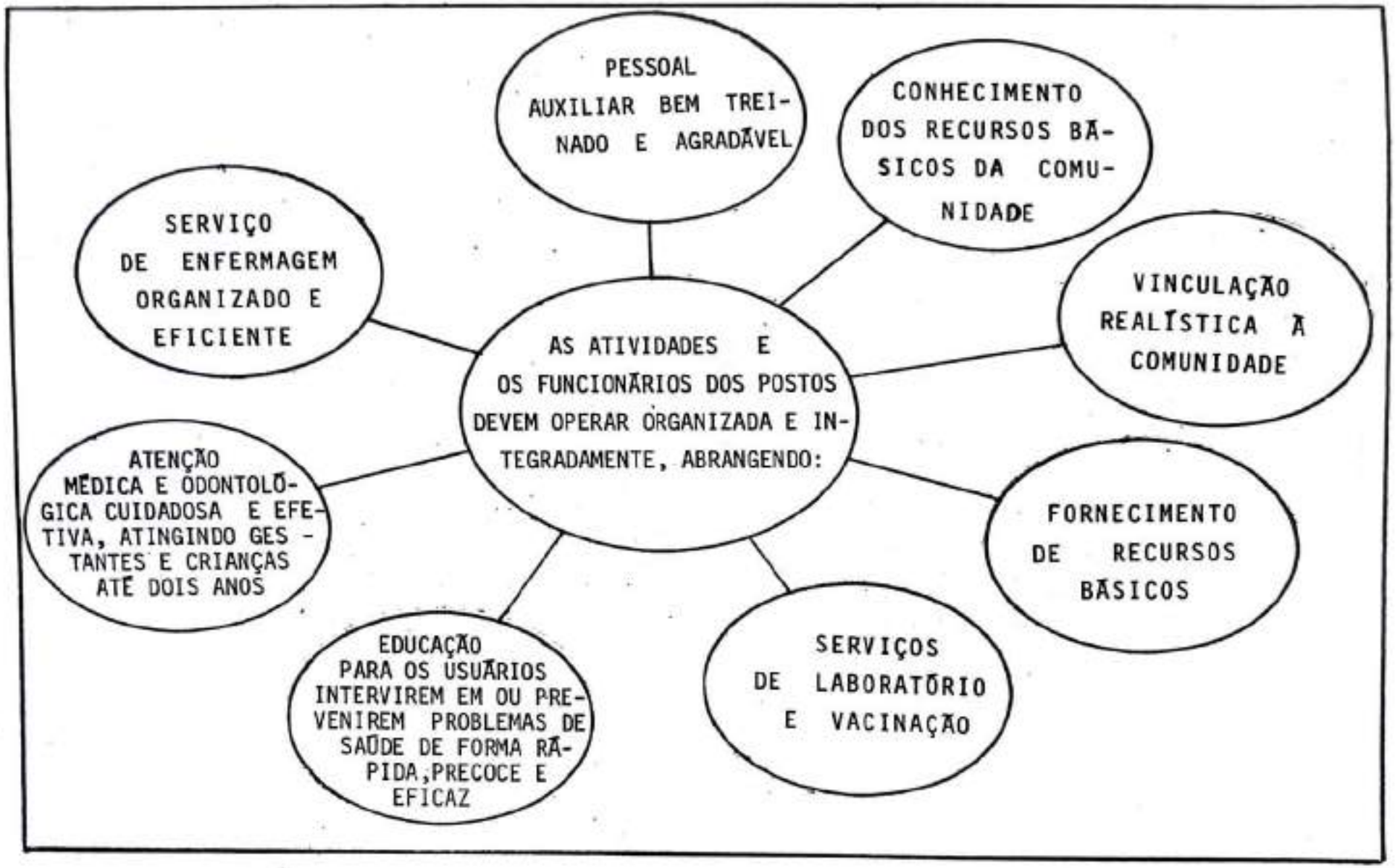
No Quadro 2.1 pode-se observar um conjunto de nove afirmações a respeito do que deviam fazer os Postos de Saúde para realizar o trabalho a que se propunham (contribuir para a ocorrência dos comportamentos que melhorassem as condições de saúde da população).

A afirmação central é geral e contém dois advérbios de modo (organizadamente e integradamente) qualificando como deviam operar as atividades e os funcionários dos Postos. Não ficou claro (e não foi importante neste estágio do trabalho) o que seria, especificamente, cada uma dessas duas qualificações das "operações" de um Posto de Saúde. O consenso a que se chegou, pelo grupo de participantes, neste estágio de trabalho, foi apenas até o nível de generalidade (ou de especificidade) que os advérbios explicitam.

Nas quatro afirmações da parte inferior do Quadro 2.1, encontramos referência aos serviços que os Postos de Saúde devem prestar à população. Dois deles (afirmações à esquerda da parte inferior no Quadro) com adjetivos (cuidadosa e efetiva) para o trabalho dos médicos e dentistas e advérbios para as ações que o posto deveria ensinar (educar) a população a apresentar diante de sua própria saúde (rápida, precoce e eficaz).

As afirmações à direita e na parte inferior do Quadro, ainda se referem aos serviços que os Postos devem prestar, embora não contenham adjetivos ou advérbios que os qualifiquem.

Nas quatro afirmações da parte superior do Quadro 2.1, encontramos referência não aos serviços que os Postos



Quadro 2.1. Primeiro resultado dos debates realizados pelos participantes para responder à questão: "o que os Postos Municipais de Saúde deveriam fazer para realizar os objetivos do Programa de Saúde Materno-Infantil proposto pela Secretaria de Estado da Saúde e diminuir os índices de mortalidade e morbidade a partir das características dos Postos Municipais de Saúde ?".

deveriam prestar, mas a características ou qualidades dos funcionários (ou das atividades internas) dos Postos.

As duas afirmações à esquerda da parte superior do Quadro, especificam os adjetivos organizado e eficiente (para o serviço de enfermagem) e bem treinado e agradável (para o pessoal auxiliar).

As duas afirmações à direita da parte superior ainda se referem a características internas dos Postos: conhecimento dos recursos e vinculação realística à comunidade.

No conjunto, os participantes referiam dois tipos de exigências: relativas aos serviços a prestar e relativas às condições do Posto (ou do pessoal) para prestá-los. Essas exigências pareciam ser necessárias para se conseguir interferir com a probabilidade de ocorrência das ações que a população deveria apresentar, deveria alterar ou deveria deixar de apresentar.

DISCUSSÃO

Os resultados que aparecem no Quadro 2.1 são vagos e amplos. Correspondem a uma ainda imprecisa "declaração de intenções", "de espectativas" ou "de aspirações" a respeito do que os Postos de Saúde deveriam fazer, ser ou ter como características ou condições para lidar com a população usuária.

A adjetivação ou "adverbiação" revela a linguagem e a percepção ainda residentes em um nível nominal de mensuração (Levine e Elzey, 1976) bastante amplo e vago. A linguagem, nessas condições, ainda não permitia precisar o que se queria ou necessitava para conseguir os objetivos que constituiam o alvo do trabalho inicial (e, no que diz respeito às condutas da população, descrito no estudo 1).

O resultado produzido,porém, teve uma vantagem. Sua vaguidade e amplitude ajudou — graças talvez ao procedimento empregado — a obter algum consenso com razoável rapidez. É claro que consenso em um nível tão amplo e vago pode ser uma armadilha ou parecer uma inutilidade. O seu conteúdo informativo é pequeno já que é vago e amplo e, portanto, inversamente proporcional à possibilidade de replicabilidade — ou de falseabilidade na expressão de Magee (1974, pp. 41-43). O consenso obtido a este preço é uma vitória só aparente se levarmos em conta o que se queria na gênese do trabalho. Sem dúvida os objetivos não eram "obter consenso entre um heterogêneo grupo de profissionais a respeito de opiniões quanto a características dos Postos de Saúde".

No que, então, poderia servir ou ser útil o conjunto de expressões usadas pelos participantes? Como prosseguir no trabalho? De que maneira aproveitar os termos usados? Seriam eles de alguma utilidade? (Além de ajudar a obter consenso

entre os participantes!).

Há algumas considerações a respeito dessas perguntas que podem ser pertinentes para sua elucidação.

A primeira dessas considerações é que os termos e expressões são linguagem e manifestação "natural" dos participantes envolvidos. Eles traduzem as verbalizações reais(talvez uma enevoada percepção) e iniciais do que estava em jogo para o trabalho. Não são operacionalizações de uma ou outra área profissional ou de um ou outro técnico que definisse — com provável arbitrariedade — com precisão suficiente o que era que se queria ou se devia fazer nos Postos de Saúde.

As verbalizações registradas como produto, significavam o conjunto do que se percebia por todos os participantes. No momento inicial do trabalho, maior precisão implicaria maior dispersão do que cada um tinha para contribuir com um avanço comum para todos.

A necessidade de maior especificação, embora necessária era também uma armadilha no estágio inicial do trabalho. A especificidade de cada disciplina ou área profissional (ou mesmo de cada pessoa do grupo de participantes) envolvida, não correspondia à especificação do problema central a ser resolvido pela equipe. A participação de diferentes profissionais e de diferentes áreas exigia cuidados especiais. Como especificar uma linha de atuação com pessoas de diferentes experiências, formações, áreas de trabalho, conhecimentos, linguagens e expectativas?

• À medida que se caminhava para uma maior especificidade, observava-se uma tendência à discordância e à — pelo menos aparente — controvérsia em lugar de se ir acumulando as partes de contribuição de cada um para formar o "quebra-cabeças" que descrevia o problema e suas alternativas de solução.

Os "argumentos" (nem sempre o eram) se reduziam, freqüentemente, a disputas verbais alimentadas por confusões semânticas geradas pelas próprias diferenças entre os componentes da equipe de trabalho. Nesse sentido era mais útil permanecer em um plano suficientemente vago e amplo, de forma a obter um "ponto comum para o trabalho prosseguir" do que, precocemente, exigir maior precisão e especificidade de cada um.

Os resultados têm dois conjuntos de dados que parecem úteis para uma segunda etapa do trabalho que, embora vagos e mal descritos, servem como ponto de partida: ações do Posto (embora não estejam sob a forma de verbos de ação) e condições relacionadas a essas ações.

As "ações", "atenção médica", "atenção odontológica", "educação para os usuários","serviços de laboratório", "fornecimento de recursos" e o abrangente "operar" eram enriquecidas pelas "condições" "pessoal auxiliar bem treinado e agradável", "serviço de enfermagem organizado e eficiente", "conhecimento dos recursos da comunidade", "vinculação realística à comunidade", além dos também abrangentes "organizada e integradamente". Ambos os conjuntos poderiam ser um ponto de partida?

A própria relação entre os dois conjuntos (ações e condições para sua ocorrência) não parecia ser percebida, pelo menos com clareza suficiente para se tornar explícita e utilizável imediatamente.

O problema foi, ao final, descobrir estratégias para prosseguir o trabalho. A pergunta central que produzira os dados ainda não havia sido suficientemente respondida. Seria o momento de explicitar que comportamentos dos funcionários do Posto tornariam os resultados obtidos reais?

A própria complexidade do que seja o comportamento e algumas críticas ao simplismo de apenas construir uma lista

de classes de respostas para depois ensiná-las (Ribes, 1976) se somou às controvérsias em torno do conceito de comportamento (Schick, 1971; Catania, 1973), às críticas ao uso de objetivos comportamentais (Goldberg, 1975; Parra, 1978) e, mesmo, ao insatisfatório conceito de objetivo comportamental (Vargas, 1974; Mager, 1976; Botomé, 1977b e 1980a; Short, 1978) com tudo isto levantou-se a suspeita de que se deveria, antes de se definir explicita e operacionalmente as "ações do Posto", encontrar e precisar melhor "diante do que ele (o "Posto") deveria agir". Com dados a este respeito talvez fosse mais fácil chegar a um consenso sobre o que se deveria fazer diante dessas situações.

O procedimento — registrar e organizar as verbalizações dos participantes e submeter o registro organizado o mais imediatamente possível aos próprios — parecia ser promissor. Permitia utilizar o conhecimento dos próprios participantes, seu envolvimento era ativo (eles verbalizavam e discutiam o registro embora — no início — o temessem um pouco. Por exemplo, "veja o que você vai registrar do que vou falar, viu?"), era uma exigência gradual (no início bastava organização e consenso) e haviam conseqüências rápidas (além das sociais imediatas) em relação a ter um produto organizado, claro e explícito do próprio trabalho realizado*.

Talvez o procedimento devesse se tornar mais sofisticado para as próximas fases do trabalho, levando em conta a necessidade de envolver mais variáveis e aumentar a exigência de clareza e precisão.

---

* Este procedimento foi utilizado de maneira semelhante em anos posteriores por Bori, Botomé, De Rose e Tunes (1978), por Tunes (1980) e por Simão (1980) em diferentes trabalhos com professores universitários, com estudantes de pós-graduação e com professores secundários.

Um aspecto que mereceu especial destaque foi a percepção de que as ações da população eram uma função do que cada Posto fizesse com as pessoas que buscavam os Postos de Saúde. Atender as necessidades específicas da população e não apenas "receber as pessoas" no Posto se impunha como uma direção de trabalho a explorar.

ESTUDO 3

O QUE OS POSTOS DEVERIAM FAZER EM FUNÇÃO DAS NECESSIDADES* DE CADA TIPO DE USUÁRIO QUE PROCURA OS SERVIÇOS DOS POSTOS DE SAÚDE.

O trabalho desenvolvido no início, e relatado nos estudos 1 e 2, trouxe uma percepção — ou quase consenso — para o grupo de participantes. O que a população fará em relação à sua saúde (suas ações) depende do que o Posto vai fazer em relação a cada usuário. Assim, as rotinas, normas, atividades e desempenho dos funcionários devem ser estabelecidos em função das necessidades que, efetivamente tem a população (ou, em outras palavras, para atender àquilo que é necessidade de quem procura ou precisa do Posto).

Como descobrir e definir, então, o que deveria ser feito? O caminho parecia ser examinar as necessidades da população e, depois, definir o que deveria ser feito para atendê-las.

O Estudo 1 já definiu, em termos da população em geral, as condutas que deveriam existir ou ser corrigidas. O Estudo 2 salientou (em termos vagos) o que os Postos deveriam fazer para "garantir" aquelas condutas. Falta, ainda, examinar as necessidades da população além das condutas já descritas no Estudo 1.

Os adjetivos, advérbios e expressões que aparecem como resultados no relato do Estudo 2 podem ser considerados alguns dos referenciais (embora poucos e bastante vagos) daquilo que constituía as intenções, expectativas e aspirações do

* O termo necessidades é usado aqui como sinônimo de "condições" e não engloba todas as necessidades da população em relação à saúde.

grupo de participantes. Este grupo, responsável pelo trabalho, também era uma parte da comunidade que constituía a instituição e, até certo ponto, a representava em vários de seus aspectos.

As expressões obtidas, porém, eram insuficientes para se chegar a alguma interferência com o trabalho concreto dos Postos. Ainda era necessário descobrir e descrever os comportamentos humanos que tornariam as expressões verbais algo existente na atividade dos Postos e na realidade da comunidade. O problema era: qual o caminho (ou, pelo menos, o próximo passo) a seguir para se chegar a isto, respeitando as condições e a realidade dos próprios participantes?

Um aspecto importante a ser levado em conta era que dificilmente se derivaria direta e simplesmente os comportamentos da lista de expressões verbais que havia sido proposta. Estas poderiam ser "referenciais" do que se gostaria de obter mas não eram os dados fundamentais de onde se poderia extrair "o que devia ser feito". Esses comportamentos não podiam, também, ser simplesmente "inventados" ou sair "apenas da cabeça" das pessoas, discutindo o que deveria ser feito.

A descrição de classes de ações de pessoas já são, de certa forma, soluções para se lidar com uma realidade (um ambiente ou aspecto desse). A pergunta necessária que parece decorrer disto é: que algo é este? No contexto deste Estudo o que se especificou como dados que deveriam ser levados em conta para especificar as classes de ações que os Postos deveriam executar eram em relação a que necessidades e necessidades de quem as ações dos Postos deveriam atender? Holland (1973, 1974 e 1976) considera uma série de problemas em relação a este tipo de preocupação e Botomé (1981) relata os conflitos envolvidos em um trabalho de Saúde Pública em relação a preocupações semelhantes e a quem os psicólogos servem no

Brasil com o seu trabalho profissional (Botomé, 1979a).

A tendência usual de um trabalho deste tipo é a de evitar ou de não considerar fases e tarefas intermediárias necessárias para se chegar a uma solução real (a partir de dados e de avaliação de alternativas). No grupo de participantes houve uma certa freqüência em "dar soluções" que cada área profissional, de certa forma, já tinha. Minimizava-se contribuições, dados e aspectos da solução das demais áreas de conhecimento. Parecia que cada profissional considerava mais essencial o que era de sua área, desvalorizando, em graus variados, o que era proposto ou considerado por outras áreas. É compreensível, se considerarmos os condicionamentos, o repertório e a percepção desenvolvidos nas diferentes áreas profissionais. Isto pode ser, também, decorrente da "compartimentalização" (especialização) do processo educacional de nossas diferentes profissões (Paoli, 1980) criada a partir da perspectiva difundida sobre o que deve ser a educação.

A concretização dos resultados obtidos no Estudo 2, por outro lado, exigia que se tivesse claro quais eram as necessidades relacionadas a cada condição de cada usuário dos Postos de Saúde para ser possível decidir o que deveria ser feito em relação a cada usuário, de maneira a atender a suas necessidades. É como se considerássemos que cada ação é (ou deve ser) apresentada diante de aspectos específicos da realidade ou ambiente no qual se encontra o organismo que age. Para um funcionário de um Posto de Saúde, os aspectos importantes da realidade ou ambiente são as necessidades dos usuários. Botomé e colaboradores (1979b)desenvolveram um trabalho com esta perspectiva em relação à proposição de objetivos de ensino para o curso de graduação em Enfermagem.

As variações de situações concretas de cada usuário, porém, eram múltiplas e as ações que decorriam delas indica-

vam possibilidades de quantidades muito grandes. Considerava-se, por exemplo, que as necessidades das gestantes variavam conforme o mês de gravidez. O mesmo ocorria conforme a idade da criança. Além disso parecia que, de acordo com a precocidade (da gestação ou de idade da criança) em que o Posto fosse procurado pelos usuários, estas necessidades se alterariam (principalmente porque a freqüência ao Posto deveria resultar em atendimento de necessidades).

Além disso, havia considerações a respeito de outras variáveis que também afetariam ou alterariam as classes de ações (acrescentando, mudando...) relevantes para os usuários: se os usuários faltassem (quando e quantas vezes na seqüência de atendimentos prevista) depois de terem começado a procurar o Posto; se o usuário tivesse diferentes níveis de condições econômicas ou financeiras (desde poder pagar passagem de ônibus, poder comprar leite etc.); se o usuário tivesse água encanada, de poço, de fonte etc.; se o usuário tivesse uma ou outra patologia em algum (dos variados possíveis) grau de avanço. E assim por diante, avançava-se em considerações que aumentavam o número de variáveis que deviam ser levadas em conta, combinadas etc. e as ações que deveriam "atendê-las".

Apareciam, também cada vez mais e acentuando-se, conflitos entre áreas profissionais, cada uma privilegiando as variáveis de sua disciplina ou área de competência. Com os cuidados descritos no Estudo 2 (Introdução e Procedimento) houve, gradualmente, uma aproximação em torno de aspectos que tinham a tendência a serem comuns. A pergunta que foi germinando nas discussões iniciais a respeito deste Estudo foi: há condições que são comuns a todos os usuários? Ou comuns a grupos de usuários? (Por exemplo, gestantes, crianças?) Há condições comuns a várias áreas profissionais? Algumas variáveis das que foram levantadas poderiam ser abandonadas temporariamente? Poder-se-ia fixar algumas delas? Quais variáveis

poderiam se constituir em objeto de consenso mais fácil e rápido? Quais permitiriam progresso para níveis mais complexos e conflituosos, aumentando as condições de resolvê-los quando se chegasse neles?

Aos poucos estabeleceram-se alguns parâmetros que permitiam um trabalho integrado:

- era útil e importante que os usuários (gestantes e crianças até 18 meses de idade) tivessem um controle mensal (aproximadamente) de suas condições de saúde;
- era comum aos diversos usuários as necessidades relacionadas à época da gestação e à idade da criança como parâmetros para definir um número razoável de ações dos Postos correspondentes a essas necessidades;
- os usuários poderiam, com grande probabilidade, iniciar a procura dos serviços dos Postos de Saúde em diferentes momentos da gestação ou de idade da criança;
- as condições mais específicas de cada usuário (não comuns a todo o seu grupo) poderiam ser adiadas porque já representavam considerações mais pormenorizadas e controvertidas;
- era melhor trabalhar, primeiro com o que era freqüente e comum em lugar de planejar o trabalho a ser feito em função de eventos raros e incomuns que representavam mais exceções do que regras.

Inicialmente procurou-se um procedimento que permitisse trabalhar com um maior número de variáveis. Aos poucos um procedimento adquiriu maior consenso e é o que este Estudo relata.

O objetivo do trabalho neste estágio do seu desen-

volvimento — e que este Estudo relata — foi o de produzir as principais ações que os Postos de Saúde deveriam apresentar diante do maior número possível de necessidades dos usuários e que englobassem a maior parte dos casos que ocorressem. Não se pretendia, ainda, chegar à solução final mas esboçar as características mais gerais do que devia ser feito para atender à maior parte de necessidades dos usuários.

MÉTODO

Participantes

Os participantes foram os mesmos do Estudo 2. A única diferença foi que a participação foi variada no decorrer das fases deste Estudo. Na descrição do procedimento será explicitado como foi essa participação.

Ambiente

O trabalho relacionado com este Estudo foi desenvolvido em uma sala retangular de aproximadamente 10,0 x 5,0 metros, com janelas em uma das paredes pequenas e portas na outra. Nas paredes maiores haviam Quadros de papelão prensado sobre os quais se podia, com facilidade, afixar cartões ou pedaços de papel com alfinetes ou percevejos comuns. Os Quadros mediam aproximadamente 2,0 x 3,0 metros . e ' havia quatro deles na sala onde se realizou o trabalho.

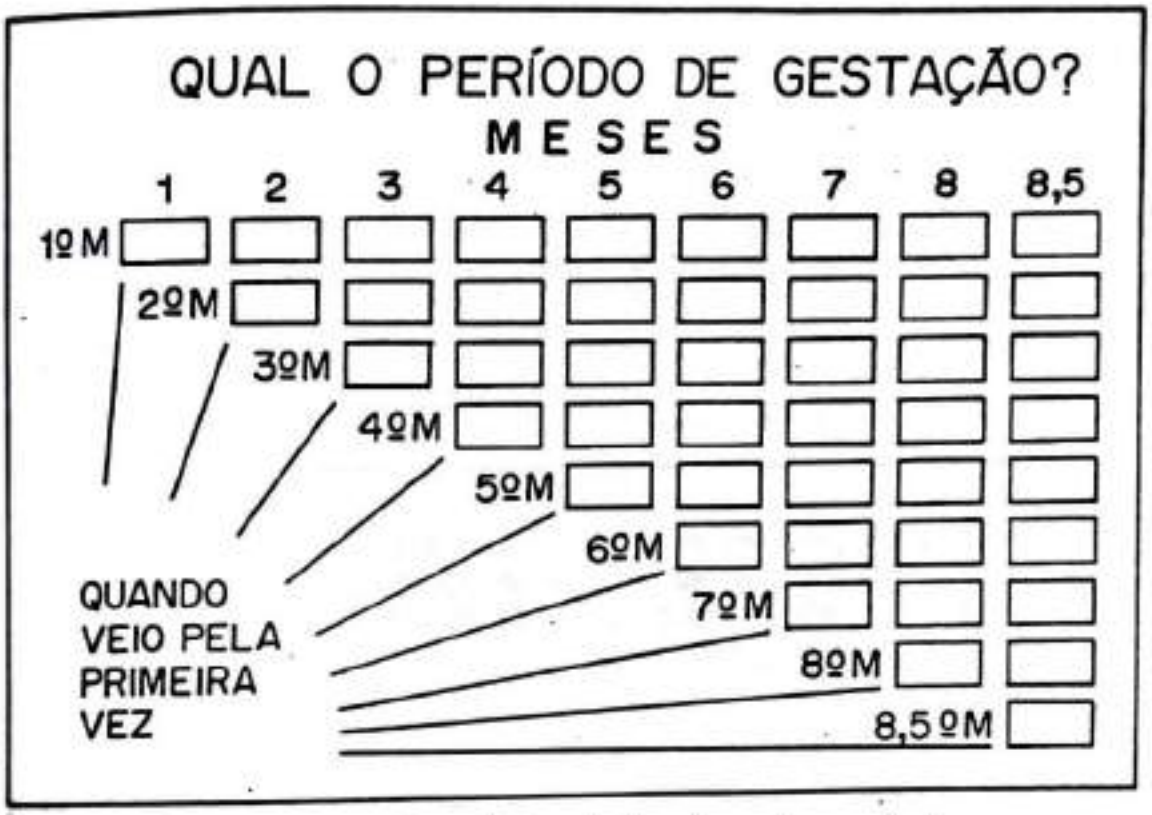
No meio da sala havia uma mesa de reuniões com cadeiras, permitindo circulação em torno dela e diante dos quadros nas paredes maiores.

Material e Procedimento

Foram utilizados três quadros denominados respectivamente de "Quadro de Gestantes", "Quadro Materno-Infantil" e "Quadro Infantil".

O primeiro deles referia-se às características das

gestantes que poderiam procurar o Posto e tinha duas entradas: a idade da gestação e a época da gestação em que a gestante iniciava suas idas ao Posto para controle de gestação. O Quadro 3.1 ilustra estas entradas (ver Quadro 3.1).



Quadro 3.1. Ações relativas à condição de cada gestante que procura o Posto de Saúde conforme o período da gravidez em que está e aquele em que começou a freqüentar o Posto de Saúde.

O "Quadro de Gestantes", portanto, permitia analisar caselas para as combinações entre idade da gestação e número (ordinal) da vez que a gestante estava indo ao Posto para controle de gestação.

O segundo quadro era continuação do primeiro e referia-se à criança cuja mãe tivesse participado do programa de gestantes. Nesse sentido o "Quadro Materno-Infantil" tinha somente uma linha (só havia a entrada de diferentes idades da criança) porque a mãe já havia começado a freqüentar o Posto

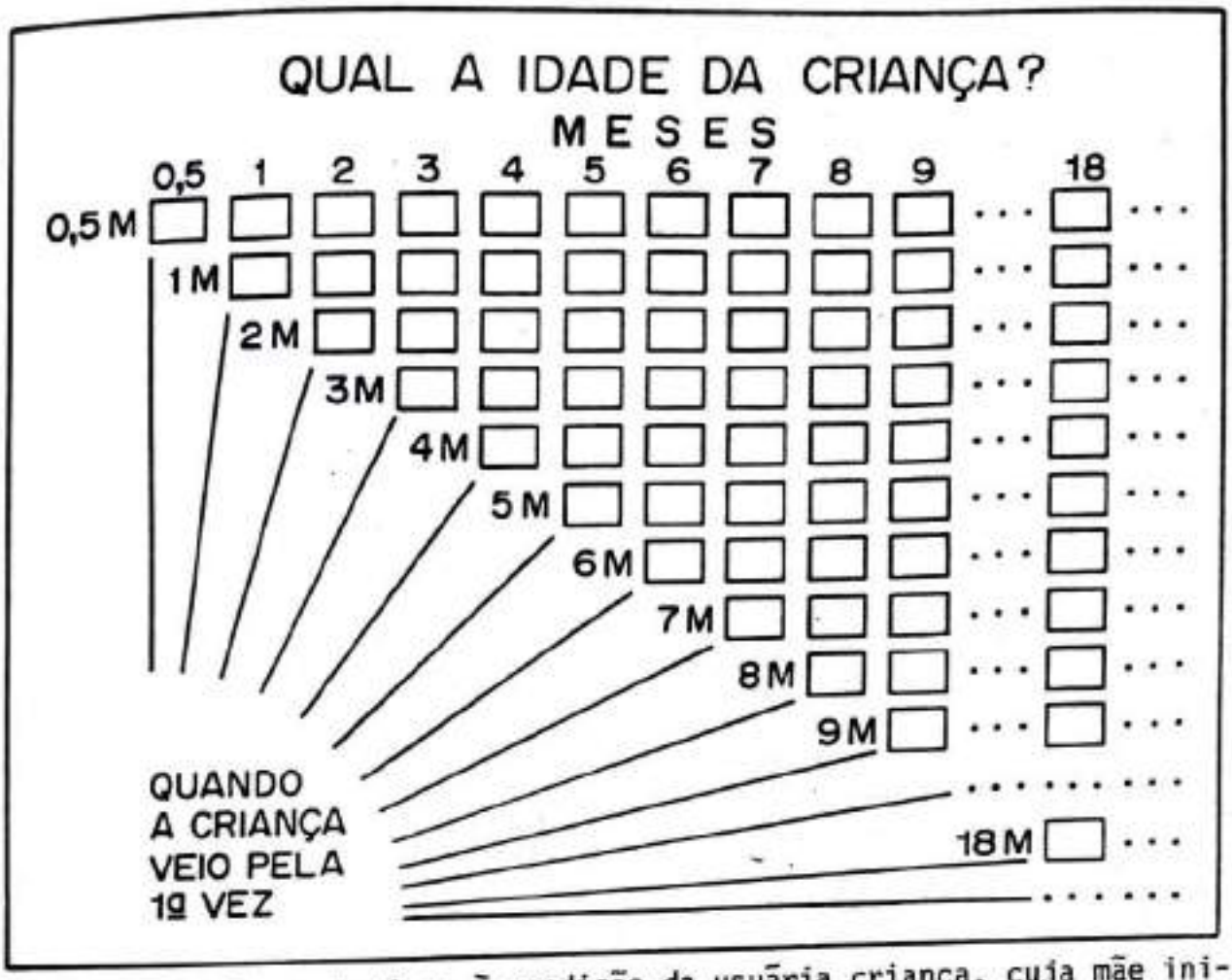
de Saúde antes de a criança nascer. O Quadro 3.2 ilustra as características do "Quadro Materno-Infantil".



Quadro 3.2. Ações relativas à condição da criança cuja mãe freqüenta o Posto de Saúde desde a fase de gestação dessa criança, conforme os meses de idade até aos 18 meses de idade da criança.

O terceiro quadro era para o caso de crianças que iniciavam a participação nas Atividades do Posto de Saúde após o nascimento. Nesses casos a criança poderia iniciar esta participação em idades variadas. O quadro, por isto, tinha como no "Quadro de Gestantes", uma dupla entrada: idade da criança (de 0,5 até 18 meses) e idade com que a criança começava a freqüentar o Posto de Saúde, participando de suas atividades. No Quadro 3.3 pode-se ter uma idéia das características fundamentais do "Quadro Infantil" (ver Quadro 3.3).

Além dos três Quadros (que eram afixados sobre os murais de papelão prensado, fixos nas paredes da sala de tra-

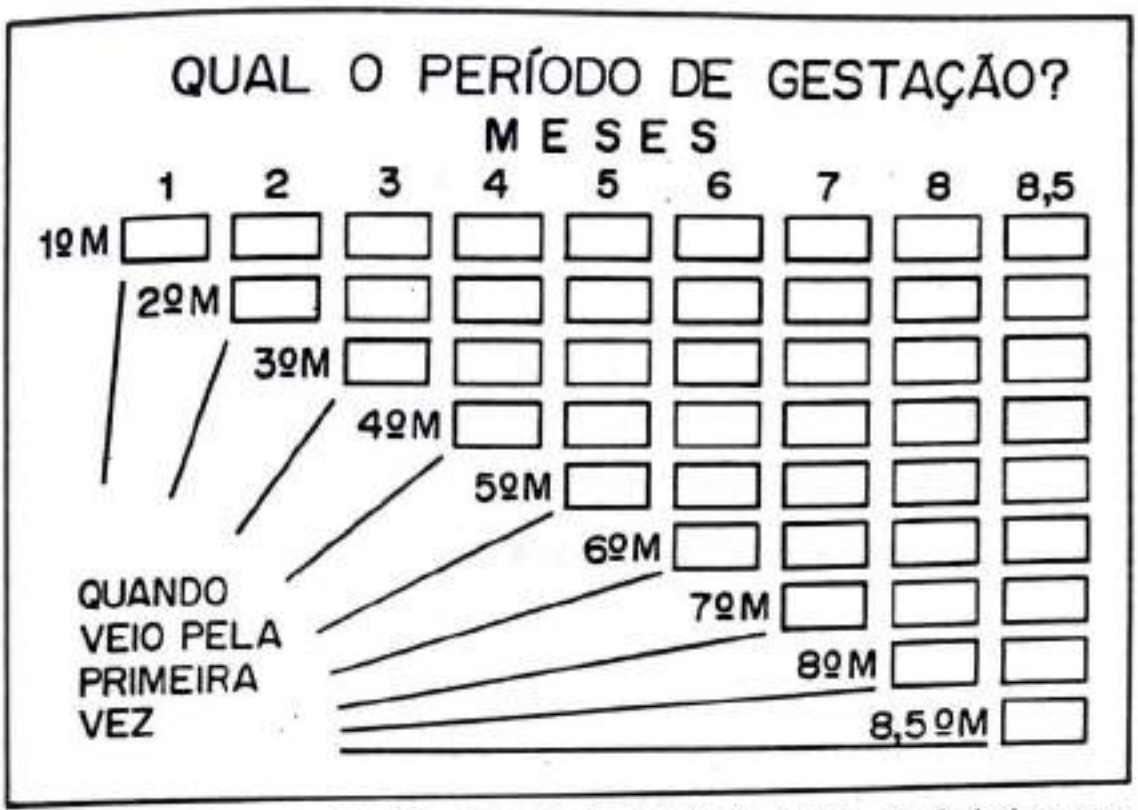


Quadro 3.3. Ações relativas à condição da usuária criança, cuja mãe inicia a feqüência ao Posto de Saúde somente após o nascimento da criança, conforme os meses de idade até aos 18 meses de idade da criança.

balho) utilizaram-se cartões em branco de aproximadamente 15 x 21 cm (meia folha de papel sulfite), sobre os quais se escreviam as ações correspondentes às duas (ou uma) variáveis em jogo. Esses cartões eram as "caselas" dos Quadros acima descritos. No Quadro 3.4 há uma ilustração do aspecto final de um dos Quadros ("Quadro de Gestantes") antes de se aplicar o procedimento com ele.

O procedimento foi desenvolvido em duas grandes fases: "Trabalho em pequenos grupos" e "Todos juntos".

Na fase de "Trabalho em pequenos grupos", reuniram-se grupos de dois a três profissionais, de preferência mas



Quadro 3.4. Aspecto do "Quadro de Gestantes" antes de iniciar seu "preenchimento". Observam-se os cartões (caselas) em branco sobre os quais se escreveria o que o Posto de Saúde deveria fazer para atender às necessidades específicas da gestante correspondente à situação representada pela casela em foco .

não necessariamente, de profissões diferentes. Cada grupo deveria procurar ir preenchendo as caselas (os retângulos do Quadro 3.4) dos quadros respondendo à seguinte pergunta: o que o Posto de Saúde deve fazer para a gestante que .....? (a frase era completada com as variáveis-tempo de gestação e número de vezes que freqüentou o Posto nessa gestação, relacionadas à casela em discussão).

Um dos Psicólogos ou uma das Assistentes Sociais registrava o que os profissionais diziam na casela até que eles a considerassem completa. Os registradores auxiliavam a que os profissionais conseguissem uma expressão que descrevesse

— mesmo em termos gerais — uma ação do Posto. Era solicitado que se evitasse pensar em quem deveria fazer a ação e que não houvesse preocupação com seqüência ou condições para fazê-lo. Quem registrava procurava insistir para que os profissionais só levassem em conta a pergunta feita, enfatizando as variáveis em questão para cada casela.

Quando o grupo de profissionais considerasse a casela completa, o coordenador (quem registrava) virava o papel de forma a ocultar o registro e passava para uma nova casela em branco, repetindo o procedimento.

Isto era feito para cada grupo em sessões que duravam de uma a três horas.

A cada início de sessão, era permitido rever as caselas já feitas.

Um grupo também podia optar por usar o que um grupo anterior já tivesse feito ou não. Não se podia, porém, retirar ou alterar o que tivesse sido feito por outro grupo, só podendo acrescentar novas ações ao que já existisse.

Quando todas as caselas já tinham sido preenchidas, os grupos passaram a conferir as linhas e colunas com todas as caselas escritas podendo ser lidas ao mesmo tempo. A conferência desta forma foi feita em grupos de três até cinco profissonais com sessões de duração entre uma e três horas aproximadamente.

Finalmente, quando todos os grupos tinham conferido o conjunto de caselas, reuniu-se o grupo inteiro de participantes e debateu-se o Quadro como um todo. A pergunta fundamental era a mesma, acrescida agora de uma outra: AS AÇÕES DESCRITAS REFLETEM O TRABALHO QUE SE PRETENDE COM OS POSTOS, EM FUNÇÃO DOS OBJETIVOS A ATINGIR EM RELAÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO?

Nesta parte do trabalho — com o grupo inteiro — procedeu-se de maneira semelhante à dos grupos pequenos: primeiro cada casela isolada e depois conjuntos (linhas, colunas) conferindo a coerência das partes e do conjunto de ações, para cada condição dos usuários.

Estas fases foram desenvolvidas primeiro para o "Quadro de Gestantes", depois para o "Quadro Materno-Infantil" e, finalmente, para o "Quadro Infantil". Em todos eles o procedimento foi semelhante.

A duração do trabalho foi de, aproximadamente, quatro meses com um número de sessões semanais variando entre três e cinco sessões por semana.

O produto final foi transcrito em um "livro" e foi usado para consulta nas fases posteriores do trabalho. As alterações posteriormente feitas já fizeram parte de trabalhos subseqüentes, não alterando o produto final que este Estudo descreve.

RESULTADOS

Devido ao extenso volume de dados e às dificuldades de representá-los graficamente, apresentaremos amostras do conjunto obtido. As amostras referem-se ao Quadro 3.4 que diz respeito às ações do Posto em relação às gestantes apenas. Os dados referentes aos demais quadros, na época em que foram feitos, foram extraviados, tendo-se apenas dois ou três exemplos disponíveis. Estes últimos, portanto, terão apenas um ou dois exemplos dos resultados obtidos e, mesmo assim, sumarizados.

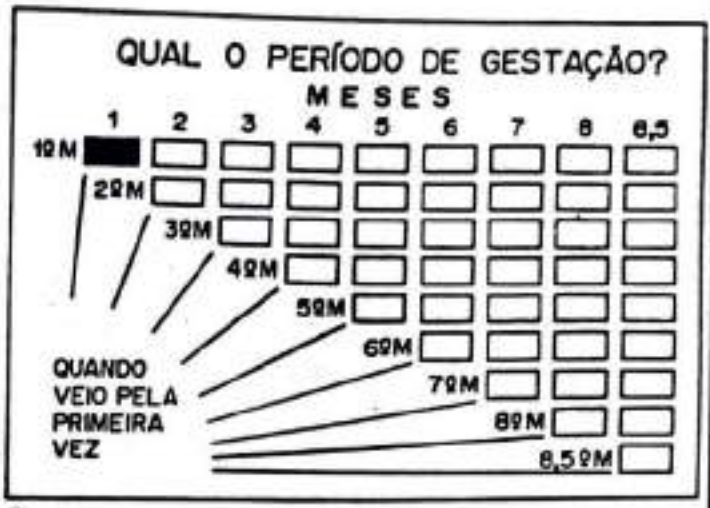
1. Resultados em relação ao atendimento de gestantes.

Grosseiramente, foram analisadas 45 "situações" em que as gestantes poderiam se apresentar em um Posto de Saúde. Para cada uma dessas "situações", definiram-se as ações que o Posto de Saúde, através de seus funcionários, deveria apresentar para cada gestante de acordo com sua situação ao procurar o posto.

Para ilustrar os resultados obtidos serão transcritos os dados a respeito de algumas das situações que são representadas pelos retângulos pequenos no Quadro 3.4.

No Quadro 3.5 pode-se observar a indicação de 10 classes gerais de ações que os funcionários de um Posto de Saúde deveriam apresentar para uma mulher que o procurasse pela primeira vez com suspeita de que estivesse no primeiro mês de gravidez.

Três dessas 10 classes gerais estão divididas em clas-



. Receber e encaminhar

. Matricular no Posto

. Inscrever na Área Materna

. Agendar consulta médica e orientação

. Encaminhar para fazer exames complementares

. Dar pré-consulta

- Medir pressão arterial
- Medir temperatura
- Medir peso
- Medir estatura

. Dar consulta médica

- Preencher Ficha Obstétrica
- Fazer exame físico
- Requisitar exames complementares e teste imunológico
- Prescrever suplemento alimentar e terapeutica
- Indicar prazo de retorno

. Atender no laboratório

- Fazer teste imunológico (gravidez)
- Fazer exames requisitados

. Orientar sobre

- Serviços do Posto, atividades da Área Materna e recursos da comunidade
- Uso do suplemento alimentar
- Uso do cloro na agua de beber

. Entregar cloro, suplemento e medicamentos.

Quadro 3.5. Classes de ações que os funcionários de um Posto de Saúde deveriam apresentar para atender a uma gestante (ou mulher com suspeita de gravidez) no primeiro mês de gravidez quando procura o Posto pela primeira vez. As classes grifadas representam classes de ações "alternativas".

ses de ações mais específicas. As outras sete não são especificadas, além da expressão que consta do Quadro. As classes de ações sublinhadas foram consideradas como "alternativas" para o posto realizar. "Alternativo", no caso, significava que não seriam feitas para toda mulher que viesse pela primeira vez ao Posto com suspeita de estar no primeiro mês de gravidez. Essas ações "alternativas" dependeriam de outras situações, além dessas. Por exemplo, "inscrever na Área Materna" só seria realizada se o médico confirmasse gravidez. "Orientar sobre o uso do cloro na água de beber" só seria feita se a pessoa não tivesse água encanada, etc.. No Quadro 3.5 há um total de 24 itens, cada um contendo uma classe de ações, sendo que há variados níveis de abrangência nos 24 itens.

No Quadro 3.6 estão listadas 10 classes de ações que os funcionários deveriam apresentar para o caso de uma gestante que viesse ao Posto de Saúde no 5º mês de gravidez e pela 5ª vez consecutiva nessa mesma gravidez (tendo começado a freqüentar o Posto desde o 1º mês de gravidez). Três dessas classes de ações estão detalhadas em ações mais específicas. Várias delas, como no Quadro 3.6, são "alternativas", isto é, dependem de outras condições, mais específicas do que 5º mês de gravidez e 5º atendimento do Posto nessa gestação, individuais de cada gestante.

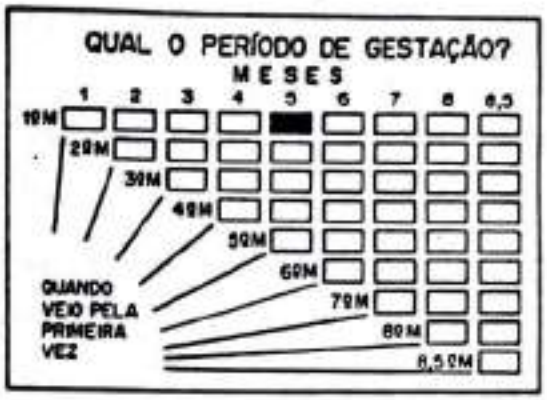
Há, ainda, dois casos em que o aspecto de "alternativo" refere-se apenas a uma parte da classe de ações especificada. É o caso de "agendar consulta médica, orientação e consulta odontológica". Esta última, dependendo das condições dentárias da gestante e de quanto o dentista já a atendeu, não precisará ser agendada para retornar para o dentista no Posto. O mesmo raciocínio se aplica à classe de ações "indicar prazo de retorno" como parte das ações envolvidas na classe mais geral "dar consulta odontológica".

. Receber e encaminhar

. Agendar consulta médica, orientação e consulta odontológica

. Encaminhar para exames complementares

. Dar pré-consulta
  - Medir pressão arterial
  - Medir temperatura
  - Medir peso



. Dar consulta médica
  - Completar ficha obstétrica
  - Fazer exame físico
  - Ler resultados de exames complementares
  - Requisitar exames complementares
  - Prescrever 1ª dose de vacina anti-tetânica
  - Prescrever suplemento alimentar e terapêutica
  - Orientar sobre terapêutica
  - Indicar prazo de retorno

. Dar consulta odontológica
  - Completar ficha odontológica
  - Fazer tratamento odontológico
  - Indicar prazo de retorno

. Aplicar 1ª dose de vacina anti-tetânica

. Atender no laboratório
  - Fazer exames requisitados

. Orientar sobre preparo e ingestão de alimentos na gravidez

. Entregar cloro, suplemento e medicamentos.

Quadro 3.6. Classes de ações que os funcionários de um Posto de Saúde deveriam apresentar para atender a uma gestante no 5º mês de gestação e que procura o Posto mensalmente desde o 1º mês de gestação. As classes grifadas representam classes de ações"alternativas".

No total de itens referindo-se a classes de ações temos 25. Alguns deles ainda poderiam ser desdobrados (o segundo item do Quadro 3.6, por exemplo), dependendo do interesse de quem estivesse analisando as ações que o Posto deveria apresentar em relação à gestante.

No Quadro 3.7, pode-se observar o que os funcionários dos Postos de Saúde deveriam fazer em relação a uma gestante no 7º mês de gravidez, que comparecesse ao Posto pela 3ª vez consecutiva (tendo iniciado, portanto, a freqüentar o Posto no 5º mês de gestação).

As classes de ações são bastante semelhantes às do Quadro 3.6 (5º mês e 5ª vez), pelo menos no nível de generalidade em que estão as descrições das ações.

A diferença está apenas no que diz respeito à vacinação anti-tetânica e às orientações necessárias para a gestante.

Mesmo em relação às ações alternativas, elas permanecem as mesmas do caso da gestante de 5º mês com a 5ª sessão de atendimento no Posto durante a gravidez.

No Quadro 3.8, pode-se observar as ações que deveriam ser apresentadas às gestantes que tivessem iniciado a procura do Posto no 3º mês de gravidez e estivessem no 6º atendimento e já no 8º mês de gravidez. Novamente, há bastante semelhança com os Quadros anteriores, modificando-se, neste nível de generalidade de descrição, ações em relação à vacinação e ao tipo de orientação a ser dada à gestante. O total de ações é o mesmo dos Quadros anteriores.

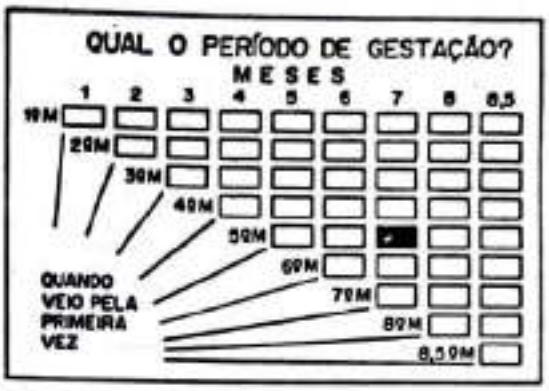
No Quadro 3.9, pode-se observar as ações do Posto de Saúde em relação a uma gestante que procurasse o Posto pela primeira vez, quando já estivesse próxima a data de nascimento de seu filho. Neste caso foram listadas

. Receber e encaminhar

. Agendar consulta médica, orientação e consulta odontológica

. Encaminhar para exames complementares

. Dar pré-consulta
  - Medir pressão arterial
  - Medir temperatura
  - Medir peso



. Dar consulta médica
  - Completar ficha obstétrica
  - Fazer exame físico
  - Ler resultados de exames complementares
  - Requisitar exames complementares
  - Prescrever 1ª, 2ª ou dose de reforço da vacina anti-tetânica
  - Prescrever suplemento alimentar e terapêutica
  - Orientar sobre terapêutica
  - Indicar prazo de retorno

. Dar consulta odontológica
  - Completar ficha odontológica
  - Fazer tratamento odontológico
  - Indicar prazo de retorno

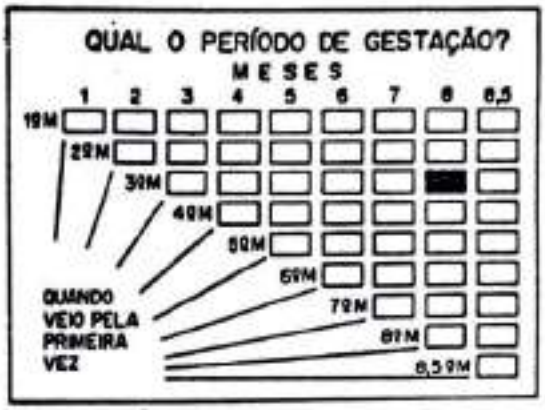
. Aplicar 1ª, 2ª ou dose de reforço da vacina anti-tetânica

. Atender no laboratório
  - Fazer exames requisitados

. Orientar sobre preparo para o parto e cuidados no puerpério

. Entregar cloro, suplemento e medicamentos.

Quadro 3.7. Classes de ações que os funcionários de um Posto de Saúde deveriam apresentar para atender a uma gestante no 7º mês de gestação e que procura o Posto mensalmente desde o 5º mês de gestação. As classes grifadas representam classes de ações "alternativas".



. Receber e encaminhar

. Agendar consulta médica, orientação e consulta odontológica

. Encaminhar para exames complementares

. Dar pré-consulta
  - Medir pressão arterial
  - Medir temperatura
  - Medir peso

. Dar consulta médica
  - Completar ficha obstétrica
  - Fazer exame físico
  - Ler resultados de exames complementares
  - Requisitar exames complementares
  - Prescrever 2ª dose ou dose de reforço de vacina anti-tetênica
  - Prescrever suplemento alimentar e terapêutica
  - Orientar sobre terapêutica
  - Indicar prazo de retorno

. Dar consulta odontológica
  - Completar ficha odontológica
  - Fazer tratamento
  - Indicar prazo de retorno

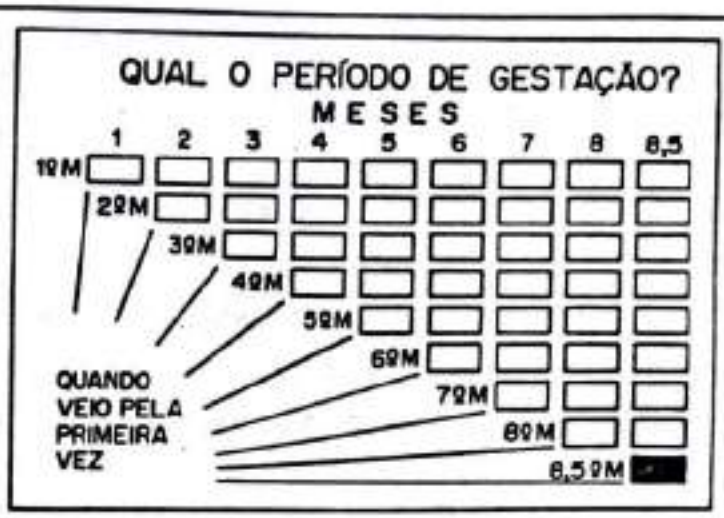
. Aplicar 2ª dose ou dose de reforço da vacina anti-tetânica

. Atender no laboratório
  - Fazer exames requisitados

. Orientar sobre aleitamento materno

. Entregar cloro, suplemento e medicamentos.

Quadro 3.8. Classes de ações que os funcionários de um Posto de Saúde deveriam apresentar para atender a uma gestante no 8º mês de gestação e que procura o Posto mensalmente desde o 3º mês de gestação. As classes grifadas representam classes de ações "alternativas".



. Receber e encaminhar

. Matricular no Posto

. Inscrever na área materna

. Indicar prazo da consulta médica do puerpério e da orientação

. Agendar consulta odontológica

. Encaminhar para exames complementares

. Dar pré-consulta
  - Medir pressão arterial
  - Medir temperatura
  - Medir peso
  - Medir altura

. Dar consulta médica
  - Preencher ficha obstétrica
  - Fazer exame físico
  - Requisitar exames complementares
  - Prescrever suplemento alimentar e terapêutica
  - Orientar sobre terapêutica
  - Prescrever dose de reforço da vacina anti-tetânica
  - Indicar prazo de retorno no puerpério

. Dar consulta odontológica
  - Preencher ficha odontológica
  - Fazer tratamento
  - Indicar prazo de retorno no puerpério

. Aplicar dose de reforço da vacina anti-tetânica

. Atender no laboratório
  - Fazer exames requisitados

. Orientar sobre:
  - Serviços do Posto e Atividades da Área
  - Uso do suplemento e do cloro na água de beber
  - Entregar cloro, suplemento e medicamentos

Quadro 3.9. Classes de ações que os funcionários de um Posto de Saúde deverão apresentar para atender a uma gestante no final da gravidez (8,5º mês) e que procura o Posto pela primeira vez. As classes grifadas representam classes de ações "alternativas".

12 classes gerais de ações. Dessas 12, cinco delas ainda foram subdivididas em classes de ações mais específicas, totalizando 30 classes de ações de diferentes níveis de generalidade.

As ações alternativas, na sua maior parte, são dependentes de condições específicas de cada gestante, como nas situações anteriores. Outras dependem do que acontecer no próprio Posto (por exemplo, "orientar sobre terapêutica", dependerá de ter havido a "indicação de uma terapêutica" durante a consulta médica).

No conjunto dos Quadros 3.5 a 3.9, pode-se observar que, no nível de generalidade em que as ações foram descritas, há poucas modificações de um Quadro (uma condição) para outro (para outra).

2. Resultados em relação ao atendimento de mães e crianças que participaram do programa de gestantes.

Para qualquer mãe (e respectiva criança) que já tivesse participado do programa de gestantes a análise do que o Posto devia fazer em relação a ela (e à criança) dependeria apenas dos intervalos de tempo após o parto que fossem significativos para a mãe e para a criança.

Com exceção do atendimento médico e da vacinação, a mãe é que continuaria recebendo as ações do Posto, visto a dependência da criança nesta fase de sua vida.

O resultado da análise consta de 19 listas de ações (uma aos 15 dias após o parto, e as demais a cada mês de idade da criança até aos 18 meses).

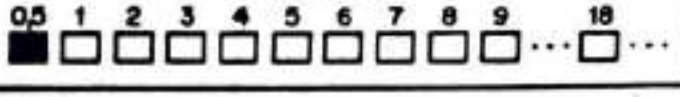
Como exemplo do que resultou, pode-se observar o Qua- 3.10, correspondente às ações que os funcionários de um Posto

.Receber e encaminhar

.Inscrever a criança na Área Infantil

QUAL A IDADE DA CRIANÇA?

MESES



.Agendar:
- 2a. consulta de puerpério
- consulta pediátrica
- consulta odontológica
- orientação de saúde

.Encaminhar para exames complementares

.Dar pré-consulta
- preencher ficha obstétrica quanto a dados do parto, dados do recém-nascido e tipo de aleitamento

.Dar consulta médica
- fazer exame físico geral
- preencher ficha obstétrica quanto a exame pós-parto
- requisitar exames complementares
- prescrever suplemento alimentar e terapêutica
- orientar sobre terapêutica
- indicar prazo de retorno

.Dar consulta odontológica
- completar ficha odontológica
- fazer tratamento
- indicar prazo de retorno

.Atender no laboratório
- fazer exames requisitados

.Orientar sobre:
- aleitamento materno
- preparo de mamadeira e de líquidos para a criança
- primeiros cuidados com o recém-nascido

. Entregar cloro, suplemento e medicamentos

Quadro 3.10. Classes de ações que os funcionários de um Posto de Saúde deveriam apresentar em relação a uma mãe (e respectiva criança) que, tendo participado do programa de atendimento de gestantes (pré-natal) retorna para atendimento no Posto de Saúde aproximadamente aos 15 dias de idade da criança. As classes grifadas representam classes de ações "alternativas".

deveriam apresentar em relação a uma mãe que tivesse participado do programa de gestantes no Posto e voltasse cerca de 15 dias após o parto, para prosseguir participando das atividades de saúde junto com a criança que tivesse dado à luz.

Há, no Quadro 3.10, dez classes de ações gerais com várias delas subdivididas. Com as sub-divisões, temos um total de 29 itens relacionando o que o Posto deveria fazer em relação ao usuário. Dessas 29 classes de ações, várias delas (as sublinhadas) são alternativas dependendo de condições mais específicas do usuário e que eram variáveis.

A mesma análise foi feita tendo em foco as necessidades da criança a cada mês até os 18 meses de idade. A mãe foi mantida como participante das atividades do Posto até terminar o período de puerpério durante o qual ainda recebia atendimento do Posto enquanto "gestante em fase de puerpério".

3. Resultados em relação ao atendimento de crianças cujas mães não participaram do programa de gestantes e que iniciam a participação nas atividades do Posto após o nascimento da criança.

Os resultados produzidos em relação ao que deveria ser feito pelo Posto a cada criança que fosse conduzida a ele por mães que não tivessem participado do programa de gestantes, foram especificados em 361 situações. É verdade que a maioria delas, especialmente após os primeiros meses de vida da criança, mantiveram-se idênticas, com exceção de vacinas e orientações quanto a alimentação e outros cuidados com a criança, que são necessários em faixas de idade mais ou menos determinadas.

Para ilustrar o tipo de resultados obtido, apresen-

remos uma lista de ações correspondentes às que o Posto deveria apresentar em relação a uma criança de seis meses de idade que fosse levada ao Posto pela primeira vez (isto é, cuja mãe não participou do programa de gestantes e não levou a criança ao Posto até os seis meses de idade).

No Quadro 3.11, pode-se observar oito classes de ações que o Posto iria apresentar diante de uma criança nessas condições (sempre supondo apenas as variáveis idade da criança e o quanto — número de vezes que teria ido ao Posto anteriormente — participou das atividades do Posto desde sua concepção).

As oito classes são — ainda — bastante amplas, permitindo muitas interpretações a respeito do que, especificamente, se faria sobre cada um desses oito "rótulos". No entanto, foi até este ponto que se chegou a consenso sobre o que os Postos de Saúde deveriam fazer, nesta fase do trabalho.



Quadro 3.11. Classes de ações que os funcionários de um Posto de Saúde devem apresentar em relação a uma criança que é levada ao Posto pela primeira vez aos seis meses de idade. A classe grifada representa uma classe de ação "alternativa".

DISCUSSÃO

Um aspecto notável nas listagens dos Quadros 3.5 a 3.11 é a amplitude com que as ações (mais propriamente classes de ações) são explicitadas. Algumas dessas classes permanecem em um plano geral sem sofrer qualquer tipo de detalhamento. As orientações, por exemplo, não sofrem detalhamento algum e, parece, precisariam ser melhor especificadas. Receber, Encaminhar, Aplicar Vacinas, embora não sejam detalhadas em especificações maiores, dão alguma margem de entendimento sobre o que deverá ser feito. Essa margem, porém, parece variar. "Encaminhar o usuário no Posto", por exemplo, parece conter mais ações (ou sub-classes de ações) componentes do que "Aplicar primeira dose de vacina anti-tetânica" apesar de ambas abrangerem sub-classes de ações componentes.

Há, nesse sentido, vários graus de abrangência nas classes de ações do Posto descritas nos resultados deste estudo. Seria útil que fossem descritas até haver homogeneidade de abrangência de seus componentes? Qual o valor de serem descritas mais ampla ou mais restritamente? E quais as implicações ou conseqüências de estarem descritas em variados graus de abrangência?

Magee (1974, pp. 41-43) já salientou (examinando as contribuições de K. Popper para o conhecimento) as decorrências de afirmações amplas e vagas. Ele argumenta que quanto mais ampla uma afirmação, menos "falsificável" ela é (isto é, menos pode ser demonstrada como falsa ou verdadeira). É, talvez, por isto que é fácil concordar com afirmações gerais e discordar quando as afirmações são específicas e reduzidas. Estas últimas são discutíveis, são criticáveis. Elas especificam eventos e não apenas classes amplas que tendem a ter

maior concordância, em função mesmo de serem amplas. Qual seria, então, o valor de se ter resultados com variados graus de abrangência como são as classes de ações descritas na seção de Resultados deste Estudo?

Botomé (1975a, 1977c) considera alguns desses níveis de generalidade (ou especificidade) em que se pode falar a respeito de classes de ações de um organismo. A ocupação geral, as ocupações especializadas componentes, as atividades, tarefas, ações, operações, habilidades, etc. são alguns desses níveis. Esses, também, podem ser descritos de um ponto de vista de decomposição da ação mais ampla em seus efetivos componentes ou envolver aprendizagens de pré-requisito para uma determinada ação. Gonçalves e Botomé (1980) trabalham com alguns desses níveis ao descreverem as classes de ações envolvidas na atividade de escrever dissertações, chegando a realizar uma análise e descrição comportamental das ações de diferentes níveis de generalidade componentes da classe de ações chamada "construir dissertações". Em um trabalho do mesmo ano (Botomé e Gonçalves, 1980) pode-se identificar níveis mais específicos do trabalho anterior referindo-se a habilidades (e classes de ações) envolvidas na aprendizagem das várias classes de ações envolvidas na atividade geral "construir dissertações".

Kaufman (1977) ainda especifica que o mesmo processo de análise dos componentes envolvidos se fará de diferentes maneiras conforme o que estiver em foco: uma missão, uma função, uma tarefa ou métodos e meios envolvidos em uma classe de ações.

No caso das descrições deste Estudo o que importava era avançar na especificação do que os Postos deveriam fazer além dos objetivos gerais e das "declarações de intenções" do Estudo 2 (precedente).

Dessa forma, apesar das considerações de Magee (1974) — relativas às idéias de K. Popper — a respeito do "perigo" de se trabalhar em torno de verbalizações amplas, elas podem ser um ponto de apoio para o trabalho de obter descrições precisas e suficientemente específicas para o que se quer. De qualquer maneira, especificidade (ou generalidade) varia ao longo de um continuum e, dependendo do que está em jogo, pode interessar um ou outro ponto deste continuum. A especificidade, em si, não é "sagrada". O quanto de especificidade se deve procurar ou obter depende do objeto com o qual se trabalha e do que está em jogo (objetivo) no trabalho em questão.

Um outro aspecto a considerar é que, em relação aos Resultados do Estudo 2, os Resultados deste Estudo são um avanço. E a necessidade de "dar um passo adiante" na execução do trabalho tinha que ser avaliada de acordo com quem iria dar esse passo. Parece que mudar dos Resultados do Estudo 2 para os Resultados deste Estudo (3) é um avanço. Mesmo não sendo satisfatória a especificidade das descrições obtidas, elas foram um avanço. Isto deve ser considerado junto, é claro, com a lembrança de que permanecia a possibilidade (e a percepção dos participantes) de produzir maior detalhamento das ações descritas, em análises mais específicas.

Para tais análises (por exemplo: o que deveria ser feito dentro das ações "Fazer tratamento odontológico", ou "Fazer exame físico"?) era necessário o concurso de profissionais da área (nos exemplos: dentistas e obstetras) específica a que se referia a classe de ações geral. Tais profissionais, levando em conta o que era proposto em termos amplos (os objetivos do programa, da própria instituição e as descrições de ações produzidas pela equipe multiprofissional) deveriam prosseguir para especificações maiores — mais provavelmente de competência de uma área de profissionais — que as que foram feitas pelo conjunto de pessoas de várias profissões.

No estágio do trabalho que este Estudo representa, parecia ser mais importante somar contribuições de diferentes áreas profissionais para definir o que fazer. Especificações maiores quanto ao que caberia mais precisamente (esclarecendo quanto e como desse "o que") talvez fizesse, em um primeiro momento, com que se ressaltassem aspectos de uma ou outra área profissional, destacando diferenças e detalhes, não úteis ou necessários para o momento do trabalho. Mesmo a competência, para produzir e considerar detalhes não seria de todos mas da área que fosse mais apta a desenvolver a especificação da ação em foco. É claro que, após estas ações mais gerais estarem mais detalhadas, um grupo multiprofissional poderia avaliar sua pertinência e contribuição para a consecução dos objetivos mais amplos e para a solução do problema em foco. Produzir e especificar ações, porém, é diferente de avaliar pertinência e contribuição do que foi produzido e especificado. Mesmo neste último caso, o profissional da área que estivesse em avaliação deveria ter uma posição adequada para demonstrar pertinência e contribuição quando o detalhamento fosse questionado. Caso não o conseguisse fazer, o trabalho precisaria ser retomado até encontrar a especificação demonstradamente apropriada. Não basta apenas especificar. Nem é suficiente criticar uma especificação feita apontando seus defeitos. É necessário superar (e demonstrando-o) o que foi produzido.

Essas "tarefas" todas, envolvidas nas considerações acima, exigem — parece óbvio — habilidades bem definidas dos profissionais participantes. Essas foram, em parte, apontadas no Estudo 2 e, outra parte, ainda será explicitada neste estudo.

Um aspecto, diferente dos até agora considerados a respeito da especificidade (ou generalidade) das descrições de ações deste Estudo, refere-se à mesma dimensão (generalidade

ou especificidade) das classes de estímulos diante das quais o Posto deveria apresentar as classes de ações. As variáveis em exame referiam-se, o mais possível, a apenas "tempo de gestação" e "número de comparecimentos ao Posto para controle de saúde gestacional". Diante dessas variáveis é que se fazia a pergunta: O QUE O POSTO DEVE FAZER EM RELAÇÃO A...?

Se houvesse maior especificação das variáveis que acompanham estas duas condições de gestantes, as respostas dadas (os resultados obtidos) seriam insuficientes e inadequados. Por exempo: se além de estar no 7º mês e estar procurando o Posto pela 4ª vez, uma gestante tivesse condições fisiológicas que caracterizassem sua gestação como sendo de "alto risco", as ações a serem realizadas dentro da ação mais geral chamada "dar consulta médica" seriam diferentes se a gestante não fosse de "alto risco". As diferenças das ações componentes existem em função das características dos aspectos do ambiente a que elas (as ações) devem "atender" ou com que deve lidar quem for apresentar as ações. O grau de generalidade das descrições das ações atende, de certa forma, à amplitude das variáveis (tempo de gestação e mês da gestação em que a gestante iniciou a procura do Posto para controle de saúde durante a gravidez em curso) diante das quais se solicitava que os participantes respondessem o que o Posto deveria fazer. Se houvesse maior especificidade das classes de estímulos (aspectos do ambiente físico, social, biológico, fisiológico...), por outro lado, haveria uma maior quantidade de estímulos e, conseqüentemente, maior número de possibilidades de classes de ações a indicar para cada classe de estímulos e para cada combinação de duas ou mais classes de estímulos. É exatamente a grande quantidade de possibilidades que torna necessário reduzir, no início, a quantidade (e, de certa forma, especificidade) de variáveis a considerar ao especificar as classes de ações que o Posto deveria realizar ou

apresentar (diante de...)*.

No nível da descrição produzida também não importava explicitar quem deveria executar a ação atribuída ao Posto. Neste momento do trabalho era importante considerar apenas o que deveria ser feito sem preocupar-se com quem (o agente) deveria realizar cada classe de ações. As razões para não fazê-lo eram semelhantes às da redução de quantidade de variáveis.

Uma e outra providência (especificar mais e melhor as variáveis envolvidas e considerar os agentes de cada classe de ações) poderiam ser consideradas a seguir, em fases posteriores do trabalho.

O procedimento de redução de variáveis, no entanto, trouxe alguns problemas que pode ser importante explicitar para o andamento do trabalho.

Um desses problemas aparece nos próprios resultados obtidos quando algumas ações são consideradas "alternativas" (as classes de ações sublinhadas nos Quadros da Seção de Resultados). Elas são consideradas "alternativas" exatamente porque dependiam de (estavam relacionadas com) outras características das gestantes além das consideradas explicitamente no procedimento deste Estudo.

"Entregar cloro" ou "orientar sobre o uso do cloro na água de beber", por exemplo, não tinham relação com o tempo de gestação nem com o mês de gestação em que a mulher grávida começou a freqüentar o Posto para controle das condições de saúde na gestação. A variável específica em questão é "o tipo de água disponível para beber que tem a gestante". Se ela tivesse água encanada, as classes de ações do exemplo seriam desnecessárias. Se ela usasse água de poço ou de fonte já seriam necessárias aquelas ações do Posto.

---

* A expressão "classe de estímulos" é usada como uma espécie de sinônimo de "aspecto do ambiente" (específico).

De certa forma a "intenção original do procedimento" (que era descrever, de início, apenas as condições comuns a todas as gestantes) não pôde ser garantida. Os participantes, apesar do procedimento proposto e combinado, colocavam as ações (sublinhadas) como necessárias e argumentavam, explicitando que apareciam gestantes com as condições correspondentes à "ação necessária".

É claro que a estratégia de "ações alternativas" (que podiam ou não ocorrer) foi útil por permitir usar essas contribuições sem fazer com que fosse necessário especificar "todas as possíveis condições das gestantes que procurassem um Posto de Saúde" para descrever as ações a serem apresentadas. À medida que apareciam ações que não necessariamente se relacionassem às variáveis especificadas, elas eram englobadas como "alternativas" sem maiores especificações, debates, sofisticações de procedimento ou de intrincadas análises para resolver as "exceções".

As considerações feitas até agora referindo-se às descrições do "Quadro de Gestantes" são as mesmas para o "Quadro Materno-Infantil" e para o "Quadro Infantil".

As dificuldades de integrar todos os dados — tanto quanto às condições das usuárias (gestantes, puérperas ou crianças) como quanto às ações que o Posto deveria apresentar para cada condição — são decorrentes da insuficiente análise comportamental neste estágio do trabalho. Se houvesse um procedimento sistemático de descrição dos componentes envolvidos nas unidades de comportamento — entendido não como classe de respostas (aquilo que um organismo faz) apenas mas como relação entre a classe de respostas de um organismo e as classes de variáveis do ambiente com as quais se relacionam (relação entre o que o organismo faz e o ambiente em que o faz ou deve fazê-lo!) — o trabalho seria, provavelmente, bastante diferente.

Catania (1973), Schick (1971), Skinner (1931, 1935, 1938) analisam este conceito de comportamento (relação entre aquilo que o organismo faz e o ambiente em que o faz) superando uma concepção que identifica comportamento com "aquilo que o organismo faz" (classes de respostas).

Botomé (1977b e 1980) faz a análise dessas implicações para a proposição de objetivos comportamentais e Gonçalves e Botomé (1980) apresentam um exemplo de análise desse tipo, aplicada à classe geral de respostas "escrever dissertações".

Talvez essas contribuições pudessem ser úteis ou auxiliar o procedimento proposto se — nos parece — os participantes fossem todos psicólogos e tivessem a mesma concepção do que seja comportamento. Ou, então, se os participantes estivessem executando algo planejado por um (ou tais) psicólogo(s). O trabalho, porém, era feito (desde o planejamento) por uma equipe de participantes de diferentes áreas profissionais e de conhecimento. Mesmo com a possível coordenação de um psicólogo, o máximo que poderia ser feito (eticamente) seria o de coordenar esforços e contribuições integrando-as num conjunto significativo para os participantes (e não apenas para o coordenador).

Além disso, a Análise Comportamental, se fosse feita de acordo com os autores citados, exigiria uma sofisticada descrição de estímulos (tanto antecedentes como conseqüentes) além das classes de respostas, ambos em diversos níveis de especificidade. Talvez tal pretensão só pudesse ser alcançada em muitas etapas de um longo e complexo procedimento de trabalho envolvendo estudo periódico (com, inclusive, pesquisas) entremeado de maneira sistemática nas diversas fases do trabalho.

O presente Estudo representa uma etapa (parcela) do trabalho realizado, neste sentido.

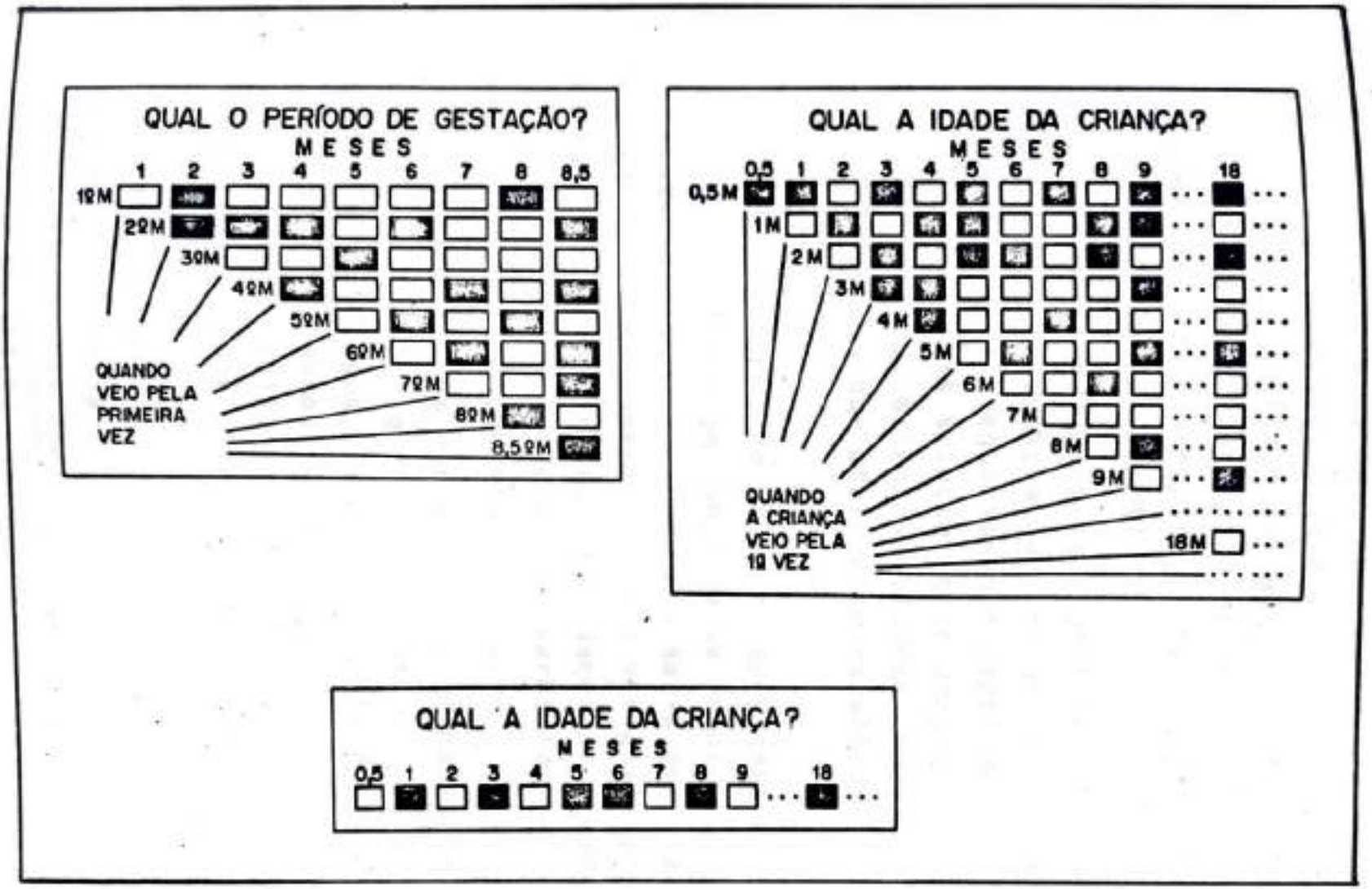
Com o produto obtido (os Quadros completos a respeito das ações do Posto para cada uma das condições do "Quadro de gestantes", do "Quadro Materno-Infantil" e do "Quadro Infantil") surgiram outros problemas que também parecem importantes de considerar em relação aos resultados obtidos.

Um dos problemas, por exemplo, era: como ficam todas essas classes de ações se o usuário falta depois de ter iniciado uma seqüência? As classes de ações descritas nos resultados correspondem a "condições ideais" (uma vez iniciada a seqüência, de procura do Posto ela não é interrompida) em função das épocas descritas nos Quadros "de gestantes", "Materno-Infantil" e "Infantil". Esta, porém, não era a realidade comum ou constante nos Postos de Saúde, na época em que foi feito este Estudo. Era freqüente haver "falta" de usuários em relação ao comparecimento previsto (embora a previsão fosse irregular) aos Postos. De qualquer forma, o problema era real e persistia mesmo em condições melhores de atendimento: o que fazer em relação ao usuário que faltasse em qualquer um dos retornos que eram previstos nos Quadros? Que ações seriam alteradas, substituídas ou criadas para atendê-los?

Um outro problema que, combinado com o anterior, parecia insolúvel para os participantes: no mesmo dia pode acontecer a procura do Posto por qualquer uma das situações previstas nos três Quadros ("de gestantes", "Materno-Infantil" e "Infantil"). E a cada dia isto pode se alterar em uma variedade extremamente grande de combinações possíveis. São 234 situações diferentes combinando-se de diferentes formas (somando-se as "situações" ilustradas no conjunto do Quadro 3.12).

O Quadro 3.12 ilustra uma dessas possibilidades de usuários procurando um Posto em qualquer dia de atendimento.

A percepção desses dois problemas traz consigo uma série de perguntas (feitas pelos participantes do trabalho):



Quadro 3.12. Exemplo de uma possibilidade de ocorrência de usuários em diferentes condições, procurando os serviços do Posto de Saúde, simultâneamente (emum mesmo período de um mesmo dia). Os retângulos escuros representam diferentes conjuntos de ações que o Posto de Saúde deverá realizar em relação a cada condição dos usuários. Podem haver inúmeras outras possibilidades de combinação entre as possibilidades de diferentes condições dos usuários.

como fazer o atendimento adequado dos usuários dos Postos em todas as situações analisadas? Como viabilizar este "fazer" para toda a rede de Postos (quase 60) do município? Como envolver centenas de funcionários em um trabalho que poderia atingir a mais de 50.000 usuários por mês? Que condições seriam necessárias para conseguir a execução de todas as ações dos Postos que foram descritas?

As questões são normais e pertinentes, remetendo a um caminho e a uma disposição que deviam ser os de continuar explicitando variáveis, equacionando problemas, listando alternativas de possíveis soluções e ir progredindo com novas questões, novos dados, melhores soluções, testes dessas soluções, implantação das que oferecerem resultados promissores, etc..

Os participantes, no entanto, apresentavam essas e outras questões em meio a um conjunto de verbalizações que pareciam reduzir a visibilidade do que havia por fazer, aumentar as esquivas (o evitamento) e a variabilidade delas em relação aos trabalhos por realizar, aumentar o receio do fracasso, dar mais destaque a qualquer verbalização pessimista do que às que eram mais otimistas, etc..

O receio de que não desse certo somava-se à mistura do que estava sendo feito com os fracassos do passado. Não se discriminava adequada e suficientemente entre proposição de objetivos (e, portanto, futuro) e limitações da realidade atual (e circunstancial). O pessimismo era uma expressão da confusão entre o propor objetivos (mesmo pretensiosos) e o processo de consegui-los (em qualquer proporção). Não se percebia com clareza que a proposição de metas claras e pretensiosas é uma condição para se ir fazendo atividades de forma a, progressivamente, ir conseguindo obtê-las. Parecia que o objetivo era algo intangível, irreal, distante. A quantidade

de verbalizações do tipo "é bonito, mas..."; "na teoria está bom, na prática duvido..."; "é ideal mas não é real...", etc. geralmente levando a diminuir a probabilidade de olhar para o que devia ser feito para conseguir (mesmo que apenas parte de) o que era proposto, reduzindo grandemente a visibilidade do que precisava ser realizado para que os objetivos se tornassem realidade.

Além dessa descrença com o sucesso, alguns aspectos do desempenho dos profissionais participantes dificultavam — ou, pelo menos, adiavam — a percepção e o uso do que havia sido conseguido. A não discriminação entre diferentes níveis de generalidade nas verbalizações das pessoas, a dificuldade em diferenciar o que correspondia a fatos (ou a inferências bem fundamentadas) e a suposições, inferências sem apoio empírico ou crenças, somavam-se a uma "pouca tolerância" com atividades intermediárias (em relação a um objetivo terminal).

Este último aspecto parecia apoiar-se em uma confusão entre o processo de equacionar um problema (e descrevê-lo com clareza) e a solução do próprio. Aparecia claro a ausência do que era comportar-se adequadamente em relação à solução de problemas. Skinner (1979, pp. 127-159) faz uma análise da classe de comportamentos de resolver problemas que parece ser útil ensinar a profissionais de qualquer nível. O autor salienta a necessidade e importância da produção de sinais (pistas, dicas...) que aumentam a probabilidade (com a clareza necessária para isto) de acertar com a melhor solução. Ele, nesse sentido, diferencia entre "resolver problemas" (o processo de produzir condições para...) e o "dar a solução de um problema" (etapa final desse processo).

Os problemas apontados com as verbalizações (atitudes? esquivas?) dos participantes, dessa forma, obscureciam, em grande parte, a utilidade dos resultados obtidos. As per-

guntas sobre isto, porém, mais do que impertinências sociais eram profissionalmente significativas e necessárias. Como respondê-las e em que seqüência, prioridade ou extensão, era o que faltava esclarecer e para o que eram necessários novos dados, mais do que velhos hábitos ou receios antigos e instalados.

Talvez as perguntas mais importantes fossem as que, em última instância, foram feitas e permitiram o trabalho prosseguir: de que maneira administrar todas as ações que eram necessárias? quais os próximos passos a serem dados? qual o passo imediato que devia ser dado?

A resposta a esta última pergunta foi a de que se devia ordenar as ações na melhor seqüência de execução para os usuários e para os funcionários dos Postos. Esta ordenação permitiria uma percepção mais clara do que aconteceria no Posto quando se apresentasse um usuário procurando atendimento. Mesmo que fosse prematuro estabelecer uma seqüência e houvesse alta probabilidade de ela ser alterada com o prosseguimento do trabalho e com o surgimento de novos dados, ela permitiria, no momento, uma visibilidade que ajudaria a perceber melhor (daria mais pistas) qual o caminho imediato que deveria ser percorrido para que o trabalho se aproximasse mais dos objetivos propostos. Esta última consideração é consistente com a análise de Skinner (1979, pp. 127-159) sobre "a análise operante da solução de problemas" (aumentar as dicas) e com as considerações de Varsavsky (1974) sobre a "visibilidade de alternativas".

Um evento que pareceu importante em relação aos resultados obtidos foi a — pelo menos aparente — influência da organização dos dados sobre a disposição dos participantes. Os Quadros organizados (puderam se transformar em livros estruturados) como produtos com uma certa independência e utilidade (mesmo que fosse apenas estética e social) pare-

cem ter exercido uma influência positiva na disposição de continuar o trabalho a partir dos resultados. Em outras palavras, parece ter tornado mais provável a ocorrência de comportamentos compatíveis e promissores em relação à continuação do trabalho todo.

Em síntese, com defeitos e falhas, o trabalho aconteceu culminando (ter um "fim" pareceu importante) em um produto explícito e criticável. Era possível usá-lo para avançar como se fosse um "degrau bem assentado" sobre o qual se poderiam apoiar os próximos passos (dicas claras? alternativas visíveis?... Não se pôde identificar o que teria sido importante).

As propriedades do produto organizado pareciam indicar que ele tornara mais provável (fortalecida?) a ocorrência de comportamentos voltados para o prosseguimento da tarefa.

A pergunta que se apresentava diante desses resultados era: qual a próxima tarefa a realizar para prosseguir na direção da implantação do Programa de Saúde?

ESTUDO 4

EM QUE SEQÜÊNCIA AS AÇÕES QUE CONSTITUIAM O ATENDIMENTO DE UM POSTO DE SAÚDE DEVERIAM SER APRESENTADAS PARA GARANTIR O MELHOR ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS.

A clareza e organização dos resultados obtidos no Estudo 3 ficavam insignificantes quando se tentava imaginar a utilização das listas (resultados) de ações em uma situação concreta de um Posto de Saúde.

Uma lista de ações pode definir, até certo ponto, o que se deve fazer. Mas ela não esgota a definição, nem a precisão do que deve ser feito. As listas obtidas, principalmente, não definem como as ações deveriam ser realizadas nos Postos de Saúde.

Um dos aspectos do "como fazê-las" que se pode considerar é a seqüência delas. Ações não ocorrem ao mesmo tempo. Elas devem acontecer uma após a outra. Conforme for realizada uma seqüência de ações, pode-se ter um conjunto de ações mais fácil de ser apresentado, mais produtivo, agradável e organizado (encadeado) ou, pelo contrário, confuso, trabalhoso, desgastante e improdutivo.

Definir seqüências e testá-las parecia ser algo importante e fundamental e definiu-se como o passo seguinte a ser dado na execução do trabalho. Ordenar as ações na melhor seqüência para a sua apresentação era o objetivo da tarefa. Com este Estudo pretende-se relatar como foi realizado este trabalho e o que se obteve.

MÉTODO

Participantes

Os participantes foram, ainda, os mesmos do Estudo 2. A maneira de participar variou, em relação aos estudos anteriores. Numa primeira fase, parte dos participantes realizaram parte do trabalho referente a este Estudo e em uma segunda fase todos participaram de todo o trabalho (ver procedimento).

Ambiente

O ambiente físico onde o trabalho descrito neste Estudo foi realizado foi o mesmo descrito no Estudo 2.

Material

O material utilizado constituiu-se de:

- Quatro quadros de papelão prensado de, aproximadamente, 2,0 x 3,0 metros, fixos nas paredes da sala onde foi desenvolvido o trabalho.

- Listas de ações do Posto para cada condição de gestante, mãe ou criança que constituiam a população-alvo do Programa (Produto do Estudo 3).

- Folhas de papel sulfite comuns, cortadas ao meio.

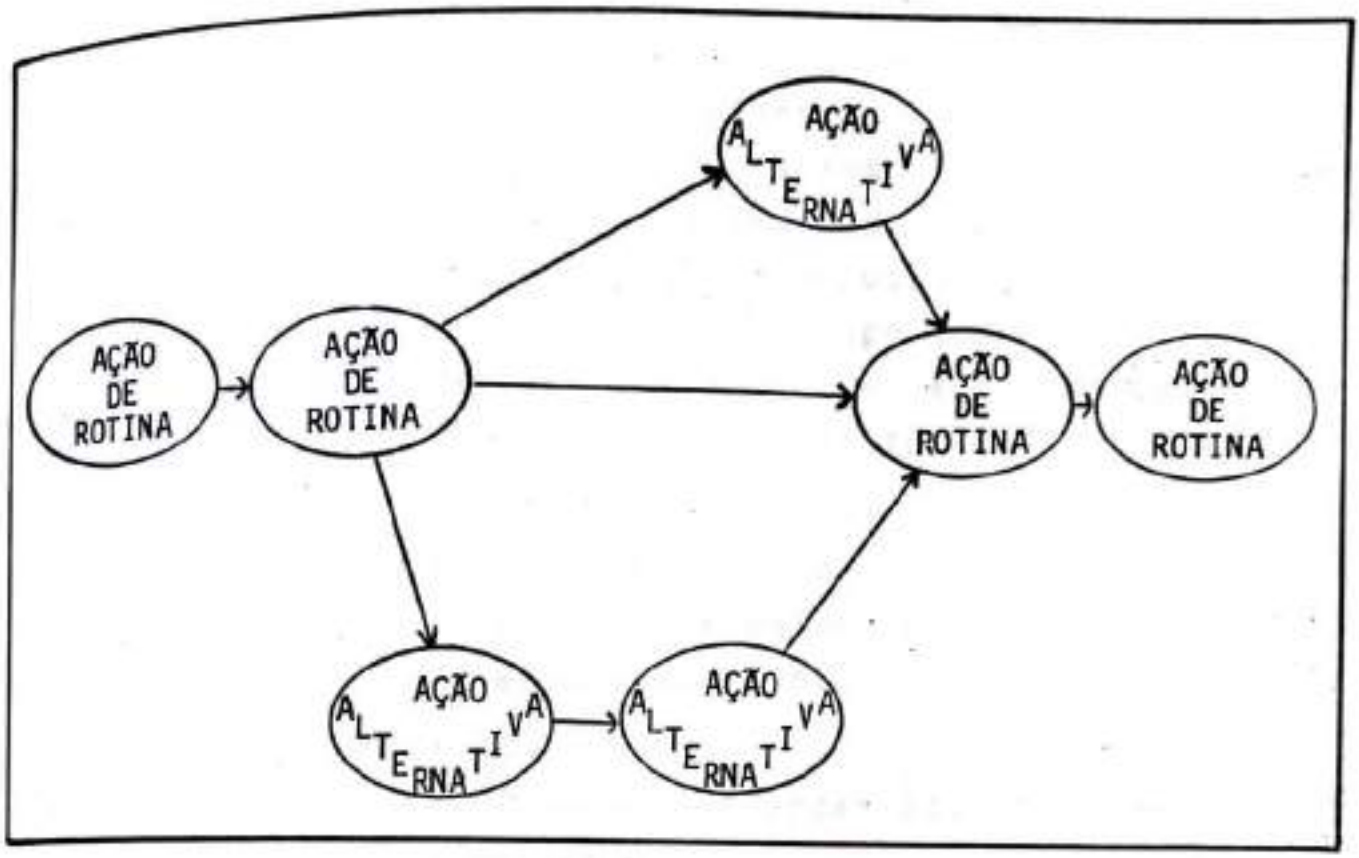
Procedimento

Na fase inicial deste Estudo realizaram-se duas sessões de debates definindo que tarefa seria importante realizar após a conclusão do Estudo 3. Os debates foram feitos com todo o grupo de participantes e deles resultou a explicitação de como seria desenvolvido o trabalho e porque ele (e suas características) era importante dentro do conjunto mais amplo.

As decisões desta fase inicial constituiram o procedimento, propriamente, do trabalho.

Em primeiro lugar, a tarefa de seqüenciamento das ações do Posto foi desenvolvida em duas fases. A primeira em grupos pequenos (dois a quatro participantes), construindo as seqüências de ações a partir das listas produzidas no Estudo 3. A segunda, com todos os participantes juntos, julgando e conferindo as seqüências elaboradas pelos grupos menores.

Em segundo lugar, foi decidido que cada ação das listas disponíveis seria escrita em meia folha de papel sulfite e seria afixada nos Quadros fixos nas paredes em ordem de seqüência da esquerda para a direita, constituindo um "fluxo" de ações. No caso de ações alternativas, elas seriam colocadas mais acima ou mais abaixo de um "tronco" principal do "fluxo", mantendo o deslocamento esquerda-direita conforme sua ocorrência em relação às demais ações. A noção de um diagrama de fluxo (ou fluxograma) de ações foi parcialmente retirada de Latterner, C.G., Dresdner, D.M., Spiech, J.A. e Uslan, G.M. Uma introdução programada ao PERT — técnica de avaliação e revisão de programas, pelo menos no que diz respeito aos aspectos de representação gráfica do fenômeno "seqüência de ações". O Quadro 4.1 ilustra essa decisão de procedimento (como organizar a seqüência de ações).



Quadro 4.1. Esquematização de como deveria ser "construído" o fluxograma de ações do Posto incluindo ações de rotina (em um "tronco" da seqüência) e ações alternativas (derivativos do "tronco"). A ordem de ações segue de acordo com a posição da esquerda para a direita.

Em terceiro lugar foi decidido que os grupos menores deveriam examinar e dispor uma seqüência até que o grupo obtivesse consenso sobre ela. Também deveria explicitar (e registrar) os critérios que fossem usados para dispor em uma determinada seqüência.

Foi adotado, de início, um critério: o grupo deveria encontrar a seqüência de ações que fosse a mais adequada para o público e para os funcionários. "Mais adequado" incluía (explicitou-se no debate) facilidade de execução, conforto para os usuários, necessidade de precedência pelas próprias características da ação (por exemplo "receber e encaminhar" sempre

precedia outras ações), e necessidades do público.

Em quarto lugar, de tempos em tempos, quando os grupos pequenos tivessem algumas seqüências prontas, todos os participantes se reuniriam e examinariam em conjunto as seqüências propostas e os critérios adotados até obter consenso sobre a seqüência e sobre os critérios usados. No começo os intervalos entre essas "reuniões do grupo todo" eram pequenos (uma ou duas seqüências de cada grupo) e, à medida que os grupos ficavam seguros, os intervalos aumentavam (de, aproximadamente, 4 a 6 seqüências por grupo).

O trabalho todo durou cerca de dois meses com, aproximadamente, umas quatro a seis reuniões de duas a três horas de grupos pequenos e uma ou duas reuniões (de duas a quatro horas) do grupo todo, por semana.

As seqüências finais eram organizadas em uma espécie de "arquivo" para uso posterior.

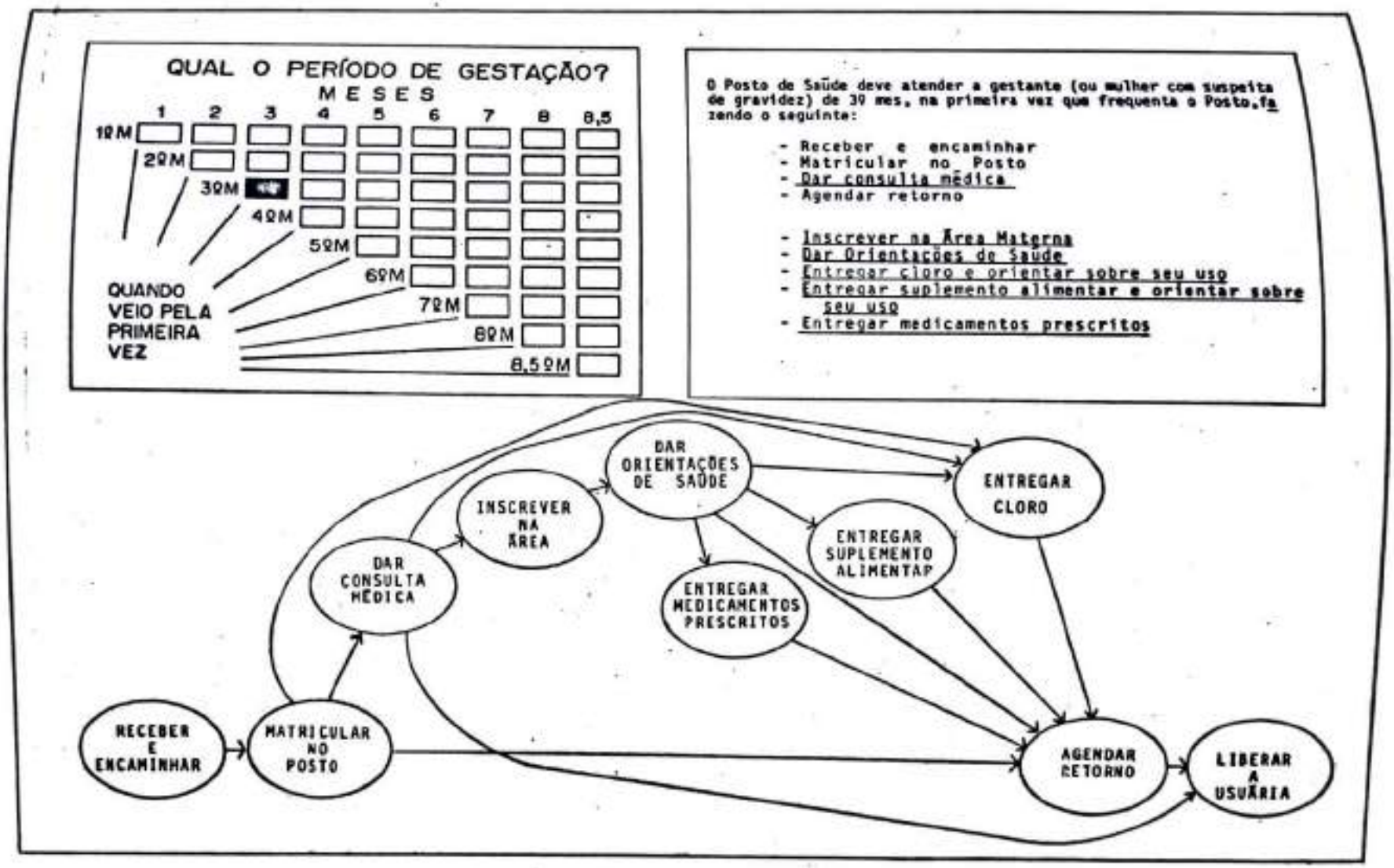
RESULTADOS

Os resultados obtidos na fase do trabalho que este Estudo relata não foram definitivos. Os fluxogramas (seqüências ideais) de ações propostas representavam uma "conclusão" até que se alterasse alguma característica dos Postos de Saúde. Obviamente os fluxos obtidos foram alterados à medida que os estudos para a implantação do Programa de Atendimento de Saúde avançaram. No estágio do trabalho que este Estudo relata, porém, ele se apresentou como se descreverá em alguns exemplos.

Não serão transcritos <u>todos</u> os fluxogramas por algumas razões. Primeiro porque eles foram muitos e um relatório deste tipo não os comportaria. Segundo porque sua variabilidade só se refere a alguns aspectos. E, terceiro, porque eles não têm importância enquanto produto (devem ser diferentes para qualquer outro tipo de Posto de Saúde) mas sim enquanto <u>procedimento de trabalho</u> para produzir um tipo de informações, intermediárias e úteis para uma decisão maior, posterior e conseqüente: qual a melhor forma de o Posto agir para atender de maneira útil, significativa e agradável (para o usuário e para os funcionários do Posto) as pessoas que o procuram para atendimento de saúde, dentro dos objetivos do Programa proposto.

Pelas razões acima, serão apresentados apenas três exemplos de resultados obtidos nesta fase do trabalho.

No Quadro 4.2, pode-se observar o fluxograma das ações correspondentes às ações do Posto de Saúde em relação à usuária gestante (ou com "suspeita de gravidez") aos, aproximadamente, três meses de gestação, que procurasse o Posto de Saúde pela primeira vez.



Quadro 4.2. Fluxograma da sequência de ações que o Posto de Saúde deverá apresentar à usuária potencial ou comprovadamente gestante que procurar o Posto de Saúde para atendimento de saúde pela primeira vez no suposto ou comprovado terceiro mês de gestação, incluindo ações de rotina e ações alternativas (na lista -acima e à direita do quadro- não aparece o detalhamento de algumas ações como, por exemplo, "dar consulta médica").

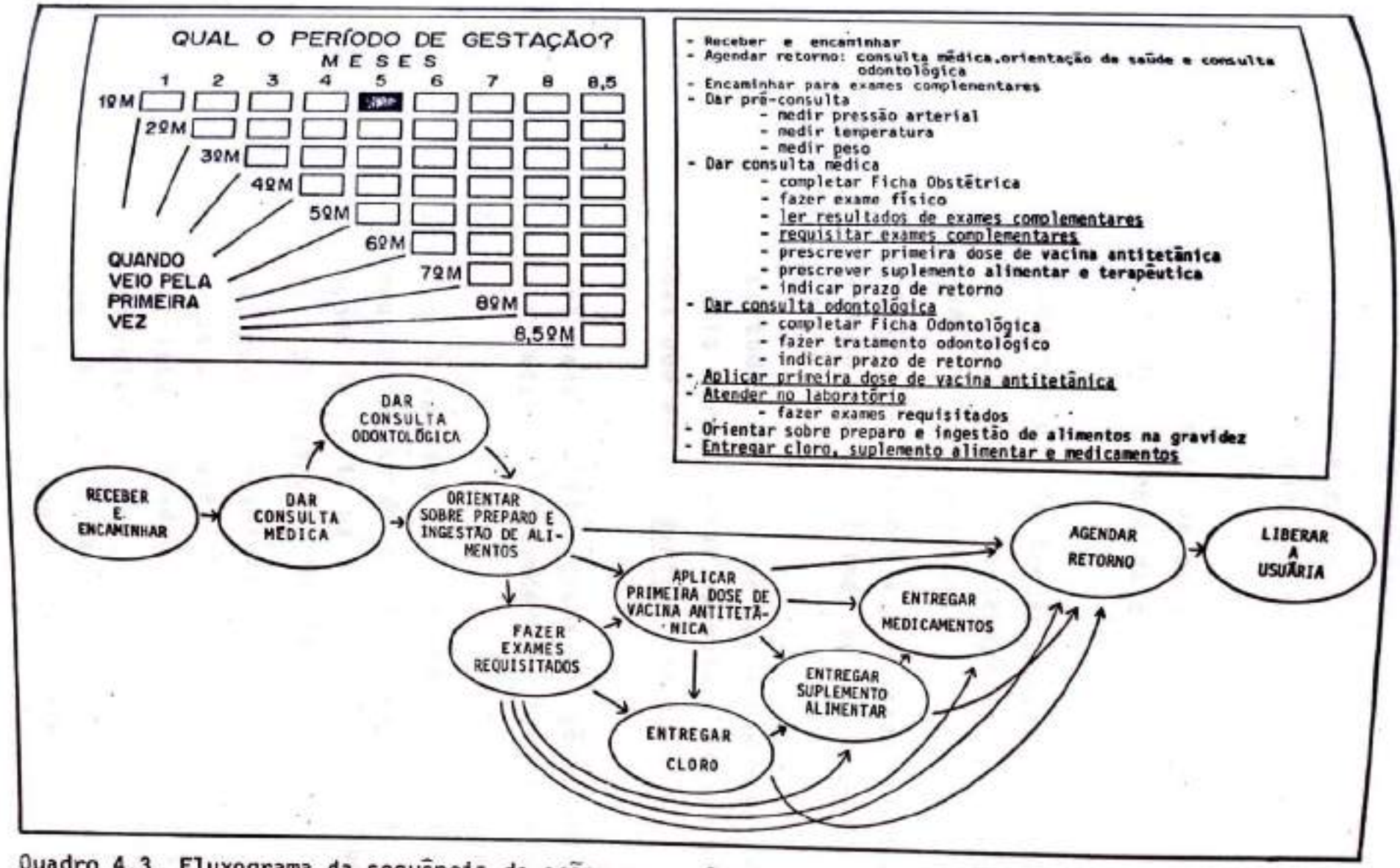
No Quadro 4.2, ainda, para facilitar comparação com o Estudo anterior, encontra-se a localização do exemplo no contexto das múltiplas possibilidades de condições dos usuários (acima, à esquerda) e a lista das ações que o Posto deveria apresentar à usuária nas condições em foco (acima, à direita). Na parte inferior do Quadro, encontra-se o fluxo de ações do Posto que, para os participantes, representava a melhor seqüência de atendimento de um usuário no caso em exame.

No caso da usuária do exemplo que o Quadro 4.2 ilustra, uma mulher gestante (ou com "suspeita de gravidez") que procura o Posto pela primeira vez aos três meses de gravidez (ou com suspeita de estar no terceiro mês de gravidez), observa-se que a lista (acima e à direita no Quadro) dá uma idéia diferente da que o fluxograma (na parte inferior do Quadro) permite ter. O fluxograma permite notar um "tronco" de ações em seqüência e a disposição (na seqüência também) das ações alternativas que o Posto poderia ou não apresentar para o usuário que o procurasse nas condições descritas.

Uma diferença significativa entre a lista original e o fluxograma é a passagem da ação "dar consulta médica" da situação de "ação de rotina" para "ação alternativa"no fluxograma.

Outra diferença marcante é o surgimento de uma nova classe de ações do Posto: liberar a usuária. Na lista que deu origem ao fluxograma ela não aparecia e, neste, ela é fixada como a última ação da seqüência que o Posto deve apresentar em relação à usuária que o procura nas condições deste exemplo.

No Quadro 4.3, podemos observar um exemplo contendo detalhamento de ações (ver lista acima e à direita do Quadro). O exemplo refere-se a uma gestante que procura o Posto para controle de saúde no 5º mês de gravidez e pela 5ª vez na gestação em curso. Iniciou a freqüentar o Posto desde a suspei-



Quadro 4.3. Fluxograma da sequência de ações que o Posto de Saúde deverá apresentar à usuária que procurar o atendimento do Posto pela quinta vez no quinto mês de gestação, incluindo ações de rotina e ações alternativas (ver lista acima e à direita do Quadro).

ta de gravidez no primeiro mês de gestação.

Da mesma forma que no exemplo anterior, aparece uma ação nova: "liberar a usuária" que, antes, na lista original, não havia.

A consulta médica é mantida como parte da rotina enquanto a consulta odontológica é mantida como parte das "alternativas".

As ações relacionadas a "entregar coisas" (cloro, medicamento, suplemento alimentar) são separadas no fluxograma, enquanto não o eram na lista original.

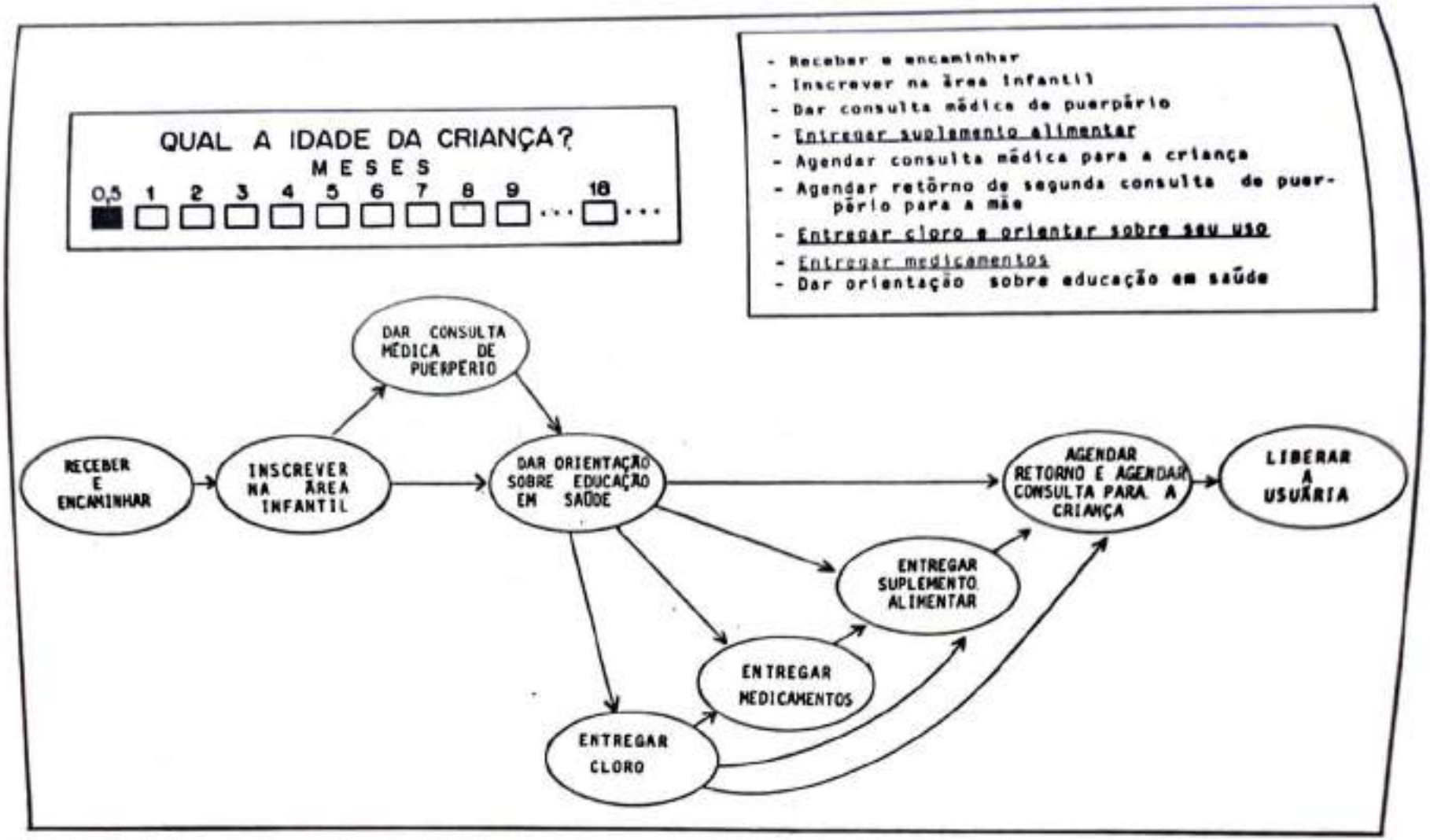
Um outro aspecto a destacar é a retirada de diversas ações que constavam da lista original ao se construir o fluxograma dessas ações.

São retiradas todas as ações de detalhamento (sub-divisões) das ações mais gerais. Por exemplo, desaparecem, no fluxograma, as ações que estão "dentro" da ação "dar consulta odontológica".

Também são retiradas do fluxograma as ações "encaminhar para exames complementares", "atender no laboratório" e "dar pré-consulta".

No conjunto, o fluxograma permite uma visualização mais "concreta" de como (do ponto de vista de seqüência) serão apresentadas as ações do Posto para as gestantes do que a lista (acima e à direita do Quadro) permitia.

No Quadro 4.4, pode-se observar um exemplo de seqüência de ações referente às ações que o Posto deveria apresentar (lista acima e à direita no Quadro) em relação a uma criança recém-nascida (ou em relação à mãe de uma criança recém-nascida) que procurasse o Posto e cuja mãe já participou do Programa Materno (ver acima e à esquerda no Quadro 4.4).



Quadro 4.4. Fluxograma da sequência de ações que o Posto de Saúde deverá apresentar à usuária que procurar o atendimento do Posto aos 15 dias de idade da criança, tendo participado do programa de contrôle de saúde de gestantes (pré-natal). O fluxograma inclui ações de rotina (linha do meio) e ações alternativas (desvios da linha do meio).

As considerações a respeito desse exemplo são semelhantes aos anteriores. Pode-se ver, também neste exemplo, a ação "dar consulta médica" passar de uma ação de rotina (na lista) para uma ação "alternativa".

Uma diferença que se pode notar em relação aos exemplos anteriores é que a ação "agendar retorno" é dupla: é retorno para a mãe e agendamento para a criança. Alterou-se, inclusive, a lista original que continha a ação "agendar retorno para a segunda consulta de puerpério" e que fica apenas "agendar retorno" no fluxograma.

No conjunto dos três Quadros, pode-se identificar um avanço no registro do que o Posto deveria fazer. De uma simples lista, passou-se para um fluxograma que representa também a seqüência das ações e, com maior fidedignidade, as variações que podem ocorrer com as ações do Posto.

DISCUSSÃO

A construção de "fluxogramas de ações" permitiu visualizar mais um aspecto do fenômeno "ações que um Posto de Saúde deve apresentar aos seus usuários conforme a situação em que estes procuram o Posto" em relação ao Programa de Saúde em estudo: a seqüência em que estas ações deveriam ser apresentadas tendo em vista os objetivos gerais que se queria atingir. Tal aspecto não podia ser facilmente visível nas listas de ações que caracterizaram os resultados do Estudo 3. O recurso (de certa forma, "gráfico") de representação utilizado (fluxogramas) foi um artifício útil na medida em que aumentou a clareza e a visibilidade do fenômeno em estudo (as ações do Posto).

Uma das evidências a esse respeito foi a explicitação de diferentes tipos de "ações alternativas" que se poderia ter ao construir cada "fluxograma de ações". O que foi uma "maneira de fugir ao problema de restrição excessiva de variáveis" no Estudo 3 (chamar de ações alternativas aquelas que eram circunstanciais para alguns dos usuários e não para todos), tornou-se uma fonte relativamente importante de critérios para dispor as ações em uma seqüência ideal de realização.

Ao colocar como "alternativas" algumas ações, no Estudo 3, explicitou-se que eram condições de alguns usuários dos Postos de Saúde. "fornecer cloro para água de beber e orientar sobre seu uso" eram ações que atendiam a este critério (o usuário não tinha água tratada disponível para seu uso).

A construção dos fluxogramas permitiu explicitar outros critérios que haviam ficado encobertos na fase do traba-

lho relatada no Estudo 3, em relação a essas "ações alternativas".

Um desses critérios referia-se a uma ação do Posto ser "alternativa" para um dado usuário por poder não estar disponível no momento em que o Posto fosse procurado. É o caso do exemplo em que a gestante usuária procura o Posto pela primeira vez e não há mais possibilidade de realizar uma consulta médica naquele dia (fora de horário do médico, falta de vagas para atendimento, etc.). A ação, no caso, torna-se alternativa porque "pode ou não ser apresentada pelo Posto". No caso de não poder, o Posto deveria "agendar retorno" para quando houvesse consulta médica disponível.

Um outro critério que a construção de fluxogramas levou a explicitar em relação às "ações alternativas", referiu-se a ações que dependiam de condições do usuário detectadas em uma ação anterior do Posto. "Fazer exames laboratoriais" e "entregar medicamentos" são exemplos de ações desse tipo. Elas dependem do que for feito e identificado na consulta médica. Se, na consulta médica, não houver solicitação ou indicação dessas ações, elas não devem acontecer na seqüência de atendimento do usuário.

Um terceiro tipo de critério explicitado nesta fase do trabalho referiu-se a condições de atendimento que poderiam interferir e tornar uma "ação de rotina" em "ação alternativa". Um exemplo disso é o caso de uma usuária gestante que procura o Posto para controle de saúde pela quinta vez em uma gestação, tendo começado a freqüentá-lo desde os primeiros sinais e desde a suspeita de gravidez. Conforme o que foi feito com esta usuária no atendimento odontológico, pode ser (por isto "alternativa") que a ação "dar consulta odontológica" fosse desnecessária no quinto ou sexto mês de gravidez. O que havia por fazer pode ter sido concluído nos atendimen-

tos anteriores. Nesse exemplo, o atendimento dado anteriormente pode fazer com que a consulta odontológica seja dispensável na quinta vez que a gestante freqüenta o Posto de Saúde.

Com estes critérios para considerar as ações como "alternativas" ficou mais fácil (ou mais precisa) a construção de certas seqüências de ações. Uma decorrência disto foi a passagem de algumas ações "de rotina" para ações "alternativas" (ver "dar consulta médica" no caso da primeira vez que a usuária procura o Posto como exemplo — Quadro 4.4).

Parece que as percepções, que a disposição das ações em fluxogramas permitiu, derivam da maior visibilidade, e conseqüente facilitação do exame, do que ocorre em cada atendimento. Visualização e facilitação podem ser vistas no exemplo da ação "agendar para segunda consulta de puerpério" que foi alterada para "agendar retorno" uma vez que "dar consulta médica" (primeira do puerpério) ficou "alternativa" (ver Quadro 4.4.).

As disposições das listas de ações em "fluxogramas" também permitiu melhorar as descrições das ações que constituíam as listas do Estudo 3. Uma primeira evidência neste sentido foi a retirada dos níveis que detalhavam ações na elaboração dos fluxogramas. Nos fluxogramas ficava mais evidente que o detalhamento de certas ações componentes da seqüência poderia ser feito posteriormente. Apareceu pela primeira vez a percepção de que era diferente analisar a sequência das ações gerais do Posto e elaborar a cadeia das ações de cada agente dessas ações gerais. Isto pareceu melhorar bem, em relação ao Estudo 3, a descrição das ações que o Posto deveria apresentar em relação aos usuários.

Uma segunda evidência da melhora das descrições é o surgimento e redefinição de classes de ações. Ao elaborar os fluxogramas apareceu a necessidade de incluir a classe de ações

"liberar a usuária". Esta classe de ações (a última da seqüência) corresponde, em função, ao "receber e encaminhar" (a primeira da seqüência). A inclusão desta nova classe de ações também permitiu retomar a ação "encaminhar para fazer exames solicitados" e defini-la como sendo incluída em "liberar a usuária". De certa forma, definia-se como fundamental que ao "liberar a usuária" o Posto lhe orientaria sobre o que deveria fazer em relação a cuidar de sua saúde e da saúde da criança (incluindo "encaminhar para fazer exames solicitados"). O detalhamento preciso do que caberia dentro desta classe de ações, porém, ficou para uma fase posterior do trabalho.

Outras modificações semelhantes, evidenciando a melhora na qualidade das descrições é o desaparecimento de "realizar pré-consulta" (passou a fazer parte da ação "dar consulta médica") e de "atender no laboratório" (que passou a ser incluído em "fazer exames solicitados").

Aparentemente a construção de fluxogramas voltou a aumentar o número de variáveis em consideração, o que se tentou reduzir no Estudo 3. Novas variáveis (seqüência, "critérios", etc.), porém, foram acrescentadas junto com maior organização dos dados já disponíveis e com uma maior homogeneidade das variáveis com que se lidou neste Estudo (trabalhar com menos níveis de especificidade das classes de ações, por exemplo). Os resultados do Estudo 4 parecem permitir combinações de variáveis que antes não eram claras (por exemplo, todos os elos iniciais e terminais dos fluxos eram os mesmos — "receber e encaminhar" e "liberar") e que, possivelmente, poderão ser tratadas como variáveis fixas com poucas combinações com as demais.

Os resultados também permitiram uma percepção mais clara de por que se poderia trabalhar, primeiro, com apenas um certo nível de generalidade, avançando para níveis mais específicos somente depois que os mais gerais estivessem so-

lidamente estabelecidos.

A utilidade dos fluxogramas parece, basicamente, ter sido essa. A percepção mais clara do número de variáveis que deveria ser levado em conta e a possibilidade de a análise prosseguir com mais solidez de apoio também trouxeram a identificação de haver uma grande quantidade de inter-relações se forem considerados todos os fluxogramas gerados pelas listas do Estudo 3.

Uma analogia que parece representar a percepção que se tinha nesta fase do trabalho era a de que se estava diante de milhares de ligações telefônicas a serem realizadas. Para que isto fosse exequível elas precisavam ser organizadas em alguns princípios simples. Quais seriam eles? Quais seriam os prefixos, cabos, sistemas e sub-sistemas a encontrar e ou construir?

Uma conseqüência visível do que os fluxogramas permitiam era poder considerar melhor que recursos seriam necessários para atender aos usuários dos Postos de Saúde. O que parecia faltar e que parecia ser o próximo passo a ser dado era: o que constituirá cada ação colocada no fluxograma? Como serão realizadas? Que sub-classes de ações as constituirão? As respostas a estas perguntas definirão melhor o que será necessário fazer para implantar o programa?

A especificação do que seria feito dentro de cada classe de ações parecia ser a próxima tarefa a ser realizada. Os grandes "troncos telefônicos" pareciam definidos. Restava identificar quais as "linhas e ligações" que conteriam os "troncos".

ESTUDO 5

DETALHAMENTO DAS CLASSES GERAIS DE AÇÕES DOS POSTOS DE SAÚDE E ENCADEAMENTO DAS CLASSES DE AÇÕES COMPONENTES DAS CLASSES GERAIS.

Classes gerais de ações — ou o nome delas — mesmo organizadas em seqüências bem definidas é, ainda, muito pouco para se poder chegar a providenciar a implantação de um Programa de Saúde. O caminho — aparentemente promissor — de definir as ações humanas envolvidas em e necessárias para a realização de um trabalho tem, também, exigências peculiares.

Uma das exigências a que se tem de atender ao lidar com o comportamento humano é saber falar dele e descrevê-lo com um grau de precisão adequado ao uso que se quer e à situação com a qual se relaciona. Os verbos que usamos em nossa linguagem — e que são a categoria de linguagem que referem as ações humanas — têm vários níveis de abrangência e é freqüente ser necessário detalhar uma expressão para deixar claro que componentes ela contém. Em geral, tendemos a "encobrir" os componentes de ações envolvidos nelas mais do que explicitá-los. Quando, porém, se quer fazer uma intervenção sobre o comportamento humano (e não apenas falar sobre ele) é necessário uma clareza e precisão de linguagem bastante grandes.

Quanto de clareza e precisão é necessário depende de cada situação concreta. E o próprio objeto da definição que diz que características deve ter a definição. Especificar ou detalhar uma ação sem levar em conta o que precisamente e quanto interessa especificar pode levar a direções inadequadas ou

irrelevantes.

Além das características que devem ser explicitadas na definição, quanto de cada uma deve ser especificado também é uma exigência a atender.

A definição operacional e as diferentes e variadas exigências na sua construção comportam procedimentos diversos. Pode-se produzir uma definição por diferentes procedimentos desde que, ao final, ela seja um instrumento útil e eficaz para lidar com a classe de eventos a que a definição se refere.

Detalhar as diversas ações (ou classes de respostas) envolvidas em um verbo que refere uma classe mais geral de ações é uma maneira de precisar (especificar) qual o universo de referentes que a classe geral contém (ou refere).

Mager (1977) descreveu um procedimento de especificação para verbos que referissem classes de ações de um organismo humano. O mesmo autor (1976) já havia proposto uma definição (que dizia como devia estar descrito) para comportamentos humanos que se quisesse obter ou produzir (objetivos comportamentais). Outros autores (Steves, 1968; Vargas, 1974; Popham e Baker, 1976; Short, 1978) têm adotado a mesma definição com pequenas variações. Outros, ainda, fazem críticas a respeito dessa mesma definição (Goldberg, 1975; Ribes, 1976; Parra, 1978) ou propõem procedimentos variados para chegar a obter objetivos comportamentais (ou comportamentos-alvo) de um trabalho (Mechner, 1974; Duran, 1975; Duran e colaboradores, 1976) ou mesmo para descrevê-los (Botomé, 1980a).

O que parece central em todos estes autores é que possa se obter clareza e precisão a respeito das ações que um organismo deve apresentar ao lidar com determinados aspectos ou fenômenos de seu ambiente, seja físico, seja o que é chamado de ambiente social.

Neste Estudo, delineou-se um procedimento para obter uma descrição das ações envolvidas nas classes gerais de ações propostas como "ações dos Postos" conforme os Estudos anteriores mostraram.

Para relatar o trabalho, escolheu-se como exemplo a classe de "ações do Posto" denominada "Receber e encaminhar o usuário que chega ao Posto de Saúde procurando atendimento".

É uma classe de ações que foi proposta para criar, no Posto, uma condição de atendimento imediato dos usuários que chegam e que deveria minimizar esperas prolongadas e o desconforto de demoradas (e às vezes, inúteis) filas para ser atendido. É uma classe de ações que permite uma espécie de "triagem", encaminhando logo as pessoas para o serviço mais adequado a suas necessidades ou interesses.

O objetivo deste relato é ilustrar como foi desenvolvida e no que resultou esta etapa do trabalho de implantação de um Programa de Saúde.

METODO

Participantes

Os participantes foram, ainda, os mesmos do Estudo 2. A maneira de participar, porém, variou em relação aos estudos anteriores. Nesta, houve uma fase inicial em que procurou-se trabalhar com todo o grupo de participantes (embora quase sempre faltasse um ou outro participante). A razão era a necessidade de definir melhor e testar o procedimento, aprendendo-o bem, antes de passar a executá-lo. Numa segunda fase constituiram-se dois sub-grupos, que variavam sua composição trocando membros entre si, para execução da tarefa correspondente a este relato.

Ambiente

O ambiente físico onde o trabalho descrito neste Estudo foi realizado foi o mesmo descrito no Estudo 3.

Material

O material utilizado constituiu-se de:

- Quatro quadros de papelão prensado de, aproximadamente, 2,0 x 3,0 metros, fixos nas paredes da sala onde foi desenvolvido o trabalho;

- Fluxogramas das ações dos Postos (produtos do Estudo 4) construídos a partir das listas produzidas pelo trabalho relativo ao Estudo 3;

- Folhas de papel sulfite comuns cortadas ao meio.

procedimento

O procedimento nas suas linhas fundamentais foi construído a partir de debates dos participantes em torno de como se deveria proceder para realizar o detalhamento das ações que o Posto deveria realizar. Os debates foram feitos a partir de experiências iniciais tentando detalhar uma classe de ações.

O ponto de partida foi proposto pelo autor deste relato e se constituía das seguintes proposições: "Dizer tudo o que a pessoa deve ser capaz de fazer para realizar..." (acrescentava-se a ação que se devia detalhar). Para poder responder à questão os participantes deveriam identificar com que o funcionário que realizava a ação lidava (ou deveria lidar) ao executá-la. Também se explicitou que se deveria incluir no detalhamento o que o funcionário deveria aprender a fazer para realizar cada ação (ou detalhamento desta) que fosse explicitada.

As questões e lembretes eram repetidos diante de cada ação que era considerada detalhamento de ação mais geral seguindo, basicamente, um procedimento de detalhamento já utilizado anteriormente pelo autor e que se encontra descrito no texto (não publicado) "Analisando Metas de Ensino" (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1975). A participação do autor nos debates incluiu a comunicação informal de noções contidas no trabalho de Duran e colaboradores (1976) sobre o ensino de Programação de Ensino, na época ainda não publicado, mas de conhecimento do autor.

Após as experiências iniciais com todos os partici-

pantes envolvidos e debatendo o que estava sendo feito, organizaram-se algumas regras de detalhamento para realizar o trabalho:

- deveriam ser explicitadas todas as condições ou características do usuário que se relacionassem a situação de ocorrência da ação mais geral;

- para cada situação explicitada, dizer o que o funcionário deveria fazer se ela ocorresse e se ela não ocorresse (caso fizesse sentido uma ação diante do caso de não-ocorrência);

- após ter explicitado todas as "sub-ações"componentes da ação mais geral elas seriam organizadas na melhor seqüência para execução em um diagrama que representasse essa seqüência (fluxograma de ações);

- quando as ações identificadas estivessem organizadas em uma seqüência, o grupo conferiria a seqüência examinando todos os fluxos em que a ação ocorresse e verificando se as ações componentes do detalhamento atenderiam a todos os fluxos em que a ação geral estivesse.

Depois desta fase inicial, o trabalho de detalhamento foi feito em grupos pequenos (metade do grupo de participantes) procurando apenas garantir que os participantes da mesma área profissional ficassem em grupos diferentes. Cada sub-grupo deveria procurar explicitar e registrar o que fosse feito e considerado durante a execução do trabalho.

Finalmente, à medida que cada sub-grupo concluía um ou dois detalhamentos, o grupo de participantes examinava em conjunto o que havia sido feito, cabendo ao sub-grupo explicitar porque havia feito cada coisa, à medida que houvesse solicitação. Quando todos chegassem a um consenso, o detalhamento era considerado encerrado e se prosseguia para o exame ou construção de outro.

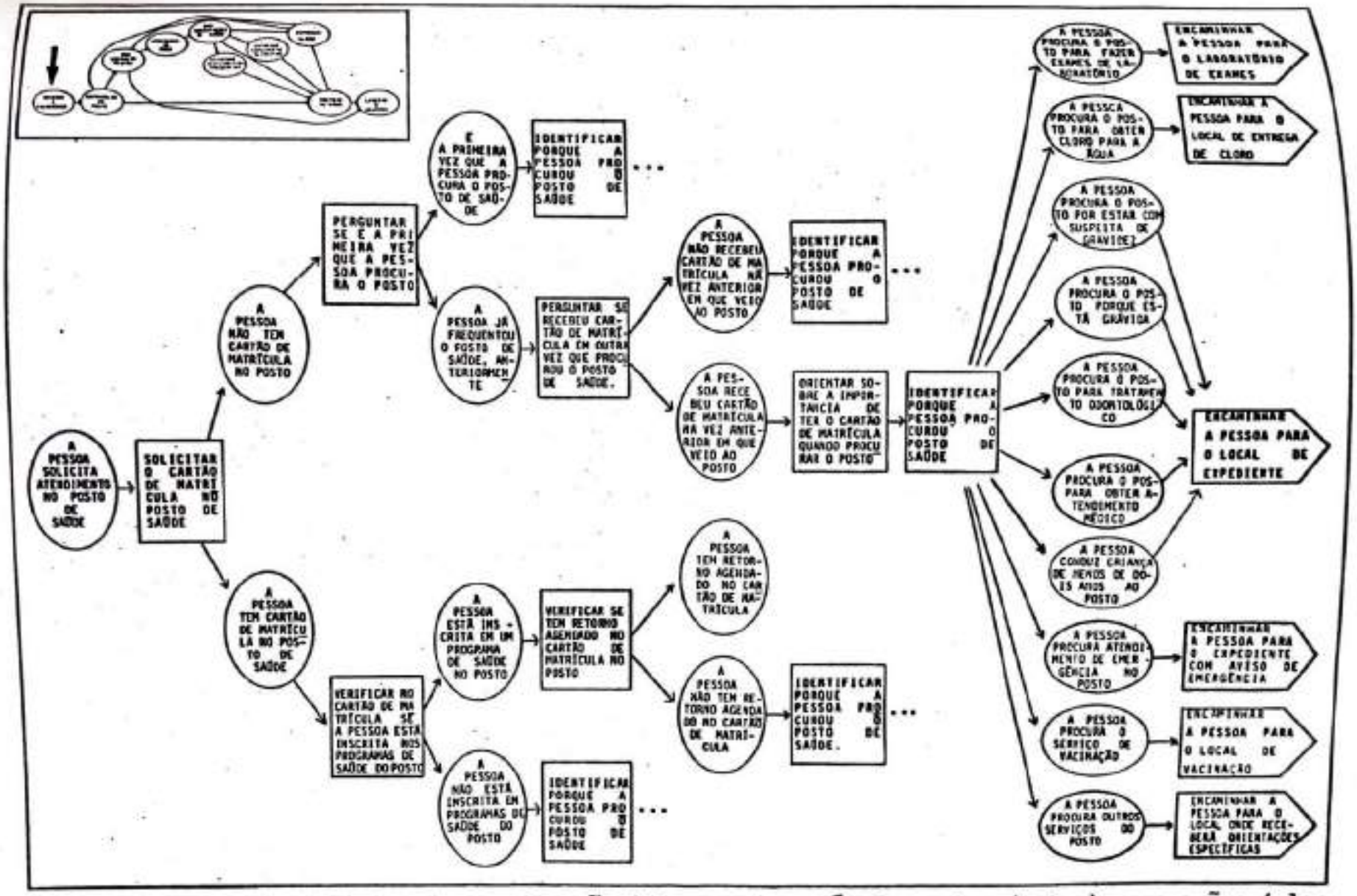
RESULTADOS

O procedimento descrito não foi aplicado a todas as classes de ações dos fluxogramas construídos no Estudo 4. O desenvolvimento do trabalho relativo à etapa que este Estudo relata foi feito somente com algumas classes de ações. Os dados produzidos no início desta etapa do trabalho mostraram que havia necessidade de outros tipos de dados e de decisões administrativas para que a tarefa de detalhamento de cada classe de ações pudesse prosseguir.

Apesar disto e para ser fiel à seqüência de etapas realizadas ao fazer o trabalho, serão descritos os dados obtidos em relação ao detalhamento de uma classe de ações: receber e encaminhar o usuário que chega ao Posto de Saúde procurando atendimento.

No Quadro 5.1, pode-se observar a disposição final que caracterizou o diagrama do detalhamento dessa classe de ações. À esquerda e acima no Quadro, pode-se ver a localização da ação que é detalhada ("receber e encaminhar a usuária") em um fluxograma de ações (mais gerais).

No diagrama pode-se observar as várias possibilidades de ações que o Posto deveria apresentar diante de cada uma das condições específicas que poderiam levar uma pessoa a procurar um Posto de Saúde. As expressões dentro de elipses correspondem a situações que poderiam se apresentar ao funcionário como características da solicitação da pessoa que procura o Posto (de certa forma as classes de estímulos antecedentes às classes de respostas do funcionário). As expressões que se encontram dentro de quadrados são as ações (classes de respostas) que o funcionário encarregado da recepção no Posto deveria apresentar diante dessas "situações" (classes de es-



Quadro 5.1.Diagrama explicitando as situações(classes de estímulos antecedentes) e as ações (classes de respostas) correspondentes envolvidas na classe geral de ações dos funcionários de um Posto de Saúde,denominada"receber e encaminhar as pessoas ..." (ver Quadro 4.2).

tímulos antecedentes). A última ação do funcionário encarregado da recepção em relação a cada pessoa que procura o Posto está descrita em um retângulo em forma de seta.

No diagrama pode-se identificar 21 situações (classes de estímulos antecedentes) que deviam gerar 14 diferentes tipos de ações (classes de respostas) do funcionário.

O diagrama representa, também, a seqüência em que parece ser melhor apresentar as diferentes ações do Posto.

O diagrama representa, ainda, as conseqüências (efeitos) das ações do funcionário do Posto. Os círculos que se seguem a um quadrado (acompanhar as flechas no Quadro 5.1) são, de certa forma, esses efeitos. Os círculos (podem ser os mesmos) que antecedem um quadrado representam as situações (classes de estímulos) que devem "gerar" as ações que os sucedem.

O conjunto está organizado sob a forma de dupla alternativa. Nota-se que para cada "ação" (classe de respostas) do funcionário do Posto pode haver dois tipos de "situação-decorrente" (efeito ou conseqüência da ação): uma afirmativa e outra negativa em relação à ação antecedente. Para cada tipo (afirmativo ou negativo) de "situação-decorrente" há novas "ações" a serem apresentadas (em relação a estas, as "situações-decorrentes" transformam-se em "situações antecedentes").

Vários dos ramos do diagrama chegam a um mesmo tipo de ação: "identificar por que a pessoa veio ao Posto de Saúde". Esta identificação, em alguns casos, poderá ser feita através de leitura no Cartão de Matrícula no Posto, em outros, só através de questões à pessoa interessada (ver as situações antecedentes desta classe de ações no diagrama do Quadro 5.1).

DISCUSSÃO

Um dos aspectos mais importantes deste Estudo foi a interrupção logo no início de sua execução. Começar sua realização deu evidência a uma importante constatação: a necessidade de determinados tipos de dados. Na maior parte deles, dados que seriam gerados a partir de decisões administrativas da Instituição (Departamento de Saúde da Comunidade) a respeito dos objetivos e atividades dos Postos de Saúde da rede do município.

Nos resultados apresentados, por exemplo, o detalhamento todo foi feito sob a forte influência do que se fazia no Posto. Os serviços para os quais se encaminhava os usuários eram os que já existiam e, parece, permaneceriam. As ações detalhadas correspondiam a uma melhor organização na maneira de o Posto funcionar sem, porém, mexer com sua estrutura e organização já existentes. O detalhamento, enfim, estava sendo feito com base no que existia no Posto antes enquanto a proposição era planejar uma maneira de trabalhar que atendesse aos objetivos de um Programa de Saúde e produzisse a solução — ou se aproximasse dela — de um problema da população: melhores índices de saúde de gestantes, mães e crianças do município.

É evidente que não se devia ignorar as rotinas, recursos e condições (material, pessoal, instalações...) dos Postos. Mas não como dados fundamentais para propor as "ações -objetivo" do Posto. Elas serviriam como "situação a levar em conta" mas não como definidoras dos objetivos. A realidade dos Postos deveria ser dado relevante para se pensar estratégias, táticas e procedimentos de trabalho mas não os dados fundamentais para determinar e definir os objetivos dos Postos.

O detalhamento das ações a partir da "realidade dos postos" ou da "experiência dos participantes" parecia tender a um retorno no processo desenvolvido até o ponto deste Estudo. Talvez ele maximizasse o rendimento do que já existia ou "melhorasse a aparência do serviço". Basicamente, porém, os dados fundamentais deveriam ser outros: as necessidades da população, as responsabilidades sociais da Instituição e as metas de saúde a serem alcançadas <u>através</u> das ações dos postos.

A percepção disso foi facilitada, provavelmente, por se ter iniciado o detalhamento por "ações "administrativas". Em tese elas devem ser definidas após se ter as definições do que elas devem apoiar e garantir (administrar). Os dados gerados pelos detalhamentos trouxeram várias vezes este conflito para os debates. Por exemplo, ao detalhar para onde eram encaminhados os usuários dos Postos, apareceu com freqüência a questão: "mas e o que — num dos casos — o expediente vai fazer?" Ou então: "o que o dentista fará se a criança tiver seis anos?" ou "se for um adulto não gestante?"

Em suma, a definição dos objetivos e características de cada serviço que o Posto deveria prestar precisavam ser estabelecidos para se poder ter mais (e pertinentes) dados que permitissem o detalhamento das ações.

Para explicitar estas considerações vamos examinar duas classes de ações que fizeram parte — e polêmica! — dos debates relacionados ao trabalho relatado por este Estudo.

"Dar consulta médica", por exemplo, exigia uma série de definições da Instituição. Que tipo de consulta? Profunda e, como decorrência, com menor quantidade de pessoas atendidas por dia? Superficial, atendendo mais pessoas e correndo o risco de tornar-se inútil? Quais e que quantidades de ações do profissional caberiam? Qual o objetivo e ou a função da

consulta médica no Posto tendo em vista os demais recursos da comunidade, as características e responsabilidades da Instituição e as necessidades da população?

Sem essas considerações e dados que permitissem responder e atender a essas questões corria-se um risco acentuado em definir-se, sofisticadamente, o irrelevante e o inútil.

O mesmo acontecia com a classe de ações "Dar orientações de saúde". Que orientações seriam importantes? Para que? Quanto delas seria significativo e útil para a população? De que forma elas poderiam ser apresentadas? Deveriam atender a noções técnicas e ao conhecimento disponível ou deveriam ser propostas somente no que e quando fossem úteis para os usuários? O costume dos Postos — promover campanhas ou eventos de cunho informativo (mesmo com demonstrações práticas)-parecia não ser o melhor. Como deveria ser, então? Novamente havia a necessidade de definir objetivos e funções das "ações de saúde" antes de passar a detalhá-las e precisá-las melhor. O detalhamento não é um ritual em que basta você dividir uma ação em partes ou componentes. Ele envolve uma definição mais clara e completa do que é a ação que vai ser detalhada, do contexto em que ela se insere, das razões pelas quais é proposta, etc..

Um dos perigos de realizar um detalhamento sem esses dados é cair no academicismo, no ritual ou na tradição. Um detalhamento que leve os dados apontados em conta pode ter que ignorar estes caminhos e ter que propor e inventar classes de ações componentes de ações maiores que, até então, não existiam ou não eram consideradas.

Alguns detalhamentos talvez pudessem ser feitos sem essas definições mais amplas que forneceriam dados importantes para o trabalho. O risco, porém, de detalhamentos artificiais ou irrelevantes não podia ser corrido. O que se que-

ria não era instalar um sofisticado e eficiente ritual de trabalho. O que importava era descobrir e, então, implantar as ações que, efetivamente, garantissem os resultados almejados. Mesmo que isto significasse abandonar práticas, hábitos e crenças tradicionais ou alterar características da própria Instituição.

O próprio diagrama apresentado nos resultados deste Estudo pode ilustrar várias dessas considerações.

Cartão de matrícula, retornos, agendamento, exames de laboratório, expediente... são aspectos que se poderia questionar a existência, continuidade, ou quais seriam as suas características, etc.. Mesmo a definição — que agora começava a importar — de quem apresentaria as ações era um dado a ser considerado para o detalhamento. Havia casos em que talvez fosse necessário até a contratação ou criação de categorias de funcionários não existentes antes.

Com todas essas considerações, parecia haver a necessidade de se garantir mais e melhores definições a respeito dos serviços que o Posto deveria prestar para, então, realizar, por partes, os detalhamentos cabíveis e de acordo com estas definições.

ESTUDO 6

DEFINIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DAS ATIVIDADES (CLASSES DE RESPOSTAS) DOS POSTOS DE SAÚDE PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E DE ACORDO COM AS RESPONSABILIDADES DA INSTITUIÇÃO.

A "impossibilidade" de prosseguir o detalhamento das ações que o Posto deveria apresentar diante das necessidades e condutas dos usuários pareceu revelar, mais do que a impossibilidade, a necessidade de novos dados e de mudanças na estratégia de detalhamento que estava sendo usada. Isto significava a emergência (evidência ou percepção) de dificuldades para definir e detalhar as classes de ações envolvidas nas ações gerais que os funcionários (ou o "Posto") deveriam apresentar diante dos dados levantados nas fases do trabalho relatadas nos Estudos 1, 2, 3 e 4. Era preciso esclarecer quais eram essas dificuldades e qual sua natureza, embora possam ser grandemente controvertidas. Em primeiro lugar havia diversas situações (ou "condições) já existentes nos Postos de Saúde e que apareciam nas análises feitas pela equipe de trabalho. Por exemplo, aparecia (ver Estudo 3), na especificação das classes de ações do Posto perante as necessidades das gestantes, que elas deveriam "receber consulta médica", ou "receber consulta odontológica", etc.. Mas essas atividades já eram existentes nos Postos e tinham definições, hábitos já "consagrados" (consolidados), procedimentos instalados (institucionalizados e "rotinizados"), etc.. O que seria diferente entre a "nova" consulta e a "velha"?

Parecia que o que se chamava, no Estudo 3, de "con-

sulta médica" ou "consulta odontológica" (para manter os mesmos exemplos) era diferente do que eram as atividades com o mesmo nome nas rotinas já existentes nos Postos. Não se explicitava com clareza, mas as funções (objetivos) de uma e outra (anterior e atual) pareciam diferentes e, obviamente, deveriam alterar as características das atividades desenvolvidas nos Postos de Saúde.

Em segundo lugar, havia necessidade de uma definição mais explícita por parte da instituição (Departamento de Saúde da Comunidade e Secretaria de Higiene e Saúde do Município) a respeito dos objetivos e correspondentes características de cada uma dessas "condições" (atividades) já existentes nos Postos em relação às necessidades da população que haviam sido caracterizadas e em relação aos objetivos a que se propunha a instituição com a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil.

Para exemplificar, as características da consulta médica variavam mais de acordo com as características pessoais do profissional que as realizava do que conforme os objetivos da consulta ou necessidades da população. Por exemplo, uma consulta obstétrica em um Posto de Saúde onde se quer garantir ampla cobertura da população — mais indivíduos atendidos — é diferente de uma consulta médica obstétrica em uma clínica particular onde o interesse é a concentração — mais atendimento para o mesmo indivíduo. Ou, ainda, em uma clínica odontológica particular talvez caiba arrancar os dentes de um cliente que não pode pagar a restauração de dentes ainda recuperáveis. O mesmo critério, porém, é desastroso em uma instituição em que o trabalho do dentista é pago pelo governo e cuja clientela, sem os dentes, terá aumentadas as suas dificuldades com a saúde. O aproveitamento dos alimentos estará comprometido. E isto é tanto mais sério quanto esta já é uma população que tem múltiplas dificuldades quanto à sua

alimentação. De outro ponto de vista, arrancar dentes recuperáveis seria criar uma situação de "quase obrigar" o cliente a procurar um dentista em uma clínica particular, para fazer uma dentadura. Essas situações todas são bastante incompatíveis com um atendimento de saúde pública.

Os exemplos são rápidos e superficiais só para ilustrar uma parte do tipo de conflitos, dificuldades e controvérsias que surgiram ao se procurar definir e detalhar certas atividades que já eram "condições" (pelo menos no nome) existentes e habituais nos Postos de Saúde.

Em terceiro lugar, o hábito faz com que se acredite em uma proposição ou situação simplesmente por sempre termos acreditado nela. O habitual adquire uma aparência de verdade simplesmente porque nos acostumamos com ele (Cohen e Nagel, 1973, vol. 2, pp. 9-10). A inércia e a tenacidade parecem potencializar a aparência de verdade e o controle que o que é habitual exerce sobre nós, ao nos defrontarmos com a possibilidade de mudança. Isto parecia fundamentar a necessidade de que se examinasse melhor — ou de maneira diferente — o que iria por em dúvida ou provocar mudanças em hábitos já bastante arraigados na instituição.

Por outro lado, a uniformidade de uma crença (ou de uma maneira de agir) por várias pessoas, também confere uma aparência de verdade a esta crença ou maneira de agir. É uma espécie de "evidência pela quantidade e pela força". É uma crença pelo método da autoridade (autoridade do grupo, da força da quantidade, "se todos pensam assim, deve ser verdade") tanto quanto a crença porque uma autoridade (pessoa, fonte ou instituição) afirmou. A uniformidade da crença enquanto tendo sua força (pela autoridade que o número de adeptos confere) exigia, de certa forma, uma decisão de outra autoridade que lhe fizesse frente (a instituição, a administração — o go-

verno — ou o próprio grupo específico de profissionais envolvido na atividade através de representantes respeitados), para endossar mudanças que pareciam necessárias (Cohen e Nagel, 1973, vol. 2, p. 10-11).

A insegurança e o clima de dúvida entre os participantes do trabalho podem ser imaginados ao se conferir que as decisões afetariam as atividades (tipo, quantidade, horários de trabalho, rotinas, etc.) de centenas de profissionais dos mais poderosos, influentes e temidos na área da Saúde.

As perguntas, porém, já haviam sido formuladas publicamente e não era fácil — também — ignorá-las ou esquecê-las: 1. que condições eram essas que existiam e precisavam ser revistas? 2. que características deveriam ter para atender, realmente, às necessidades da população a quem a instituição deveria servir? (note-se que os beneficiários devem ser as pessoas que fazem parte da população e não os profissionais que recebem os salários da instituição, embora isto não pareça muito claro no Serviço Público em geral, onde a população parece "atrapalhar" ou "amolar" os funcionários) e 3. como concretizar as mudanças necessárias? As três questões, percebe-se, podem levar a incômodos e trabalhos pouco confortáveis. E este parecia ser o desafio (ou ameaça?) presente nesta fase do trabalho.

Explicitava-se a necessidade de esclarecer, definir e precisar o que caracterizaria (ou como deveria ser realizada) cada atividade dos Postos em função do que fora examinado e está relatado nos Estudos anteriores. Impunha-se esclarecer as relações entre as necessidades da população-alvo do programa, as práticas já existentes na instituição, seus objetivos gerais e as características que deveriam ter as suas atividades. Por exemplo: como deveria ser uma consulta médica típica do programa a ser implantado ou característica de um

posto de Saúde? o que seria necessário fazer para concretizá-la?

De certa forma a terefa necessária era continuar o detalhamento que vinha sendo feito. Mudava um pouco a estratégia de trabalho (a maneira de fazê-lo) e eram necessários outros tipos de dados para concretizar mais o que os Postos de Saúde deveriam fazer para atender às necessidades da população e que haviam sido explicitadas.

As "atividades" dos Postos deveriam ter determinadas características. Quais seriam? Essas características só se concretizariam através de comportamentos humanos e isto também trazia a mesma pergunta: quais seriam?

Neste sentido era necessário ter clara uma seqüência de informações:

- quais as atividades (chamadas de "condições") que os Postos deveriam desenvolver para atender às necessidades da população-alvo do programa e dos serviços da instituição?

- que características deveriam ter essas atividades?

Responder a essas perguntas era o objetivo da etapa do trabalho que este Estudo relata.

A resposta a elas criaria, também, a possibilidade de identificar, explicitar e descrever quais os comportamentos humanos (e quem os deveria apresentar) para tornar existentes essas características nas atividades dos Postos de Saúde.

De certa forma, identificar "o que deveria ser produzido", torna mais facilmente identificável "que comportamentos seriam necessários para produzi-lo".

O procedimento de chegar à descrição de um comportamento especificando produtos, respostas (ou classes de) e classes de estímulos antecedentes já foi proposto por Duran

e colaboradores (1976) e por Botomé (1980a). A maneira como se concretizará esta descrição, porém, não é alvo deste Estudo, sendo parcialmente abordada nos Estudos posteriores.

A parte do trabalho relativa ao sistema de orientações de saúde foi parcialmente relatada por Gonçalves, Stuchy e Botomé, em 1978. Neste Estudo aproveita-se a maior parte desse trabalho complementando-o e explicitando o contexto institucional relacionado à sua produção.

METODO

Participantes

Os participantes deste Estudo foram os mesmos do Estudo anterior (Estudo 5).

Material

O material utilizado, basicamente, foi:

- Registros do trabalho produzidos nas etapas desenvolvidas até o início deste Estudo (os Estudos anteriores ilustram e exemplificam parte desses registros);

- Programa de Saúde Materno-Infantil proposto pela Secretaria de Estado da Saúde;

- Material acadêmico comum (papel sulfite, borracha, lápis, etc.);

- Documentos normativos da instituição (normas, portarias, "regimento", etc.);

- Lousa, giz, apagador e móveis comuns (cadeiras, mesas de reunião, etc.) de escritório.

Ambiente

O ambiente físico onde o trabalho descrito neste Estudo foi realizado foi o mesmo descrito no Estudo 2 (ver Estudo 2).

procedimento

O procedimento utilizado no desenvolvimento deste Estudo foi dividido em três etapas: 1. identificação das "condições" que deveriam ser melhor definidas para prosseguir a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil; 2. adjetivação dessas condições e 3. concretização da adjetivação.

Primeira etapa — Identificação das "condições" que deveriam ser melhor definidas para prosseguir a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil.

Para identificar-se quais as "condições" que deveriam ser melhor definidas para prosseguir o trabalho, fez-se o seguinte:

1. Uma reunião geral de toda a equipe onde se discutiu o que eram essas "condições", explicitando-se exemplos de condições. Nessa reunião registrou-se o que foi decidido e exemplificado e, no final, combinaram-se sub-grupos (dois a quatro participantes), de acordo com o interesse de cada um, para listar as "condições" que cada grupo considerasse necessário definir (ou redefinir) melhor. Para isto, deveriam usar os registros do trabalho já desenvolvido e os documentos normativos da instituição disponíveis.

2. Cada sub-grupo produziu uma "lista" dessas "condições", tendo acesso aos registros dos trabalhos e discussões realizados até a data da reunião e definindo a forma de trabalho a gosto dos participantes (registrar ou não, planejar antes, só debater, fazer consultas ao material, entrevistar os demais participantes, etc.).

3. Uma segunda reunião de todos os participantes em que se leu e examinou o que cada sub-grupo havia produzido e se procurou obter uma lista que fosse reflexo do consenso do grupo a respeito de quais seriam essas "condições". A lista final foi submetida ao aval do Diretor do Departamento com um novo debate em torno das justificativas para que cada "condição" fosse definida ou redefinida no contexto do Programa de Saúde a ser implantado. Neste debate conferiu-se o que fora identificado com o que oficialmente devia ser realizado pela instituição. As reuniões duravam cerca de quatro horas e os sub-grupos tinham cerca de dez dias para reunir-se e produzir a sua "lista".

Segunda etapa — Especificação das características que deveria ter cada uma das condições listadas de forma a aumentar a probabilidade de ocorrência das condutas da população e dos funcionários dos Postos que haviam sido descritas nos Estudos anteriores e a garantir melhoria nos índices de boas condições de saúde da população.

A segunda etapa do trabalho que este Estudo relata desenvolveu-se em duas fases para cada "condição" indicada na primeira etapa.

Na primeira fase escolhia-se uma condição e procurava-se dizer — sobre ela — tudo o que ocorresse: os problemas identificados, queixas e reclamações de usuários, funcionários e administradores, idéias que se tivesse sobre como deveria ser a condição, etc.. Era uma espécie de debate em que se estimulava os participantes a dizerem tudo o que sabiam ou lhes ocorria sem restrições, ressalvas, debates, dis-

cordâncias, etc.. A regra básica era dizer tudo o que soubesse, lembrasse ou ocorresse durante o debate. As regras desta fase correspondiam — sem preocupação com rigor técnico — ao conhecido "Brainstorming" (conforme Minicucci, 1980, pp. 17-22).

Um dos participantes (geralmente um dos psicólogos ou assistentes sociais) registrava e, após a reunião, organizava o registro para ser submetido ao grupo em uma segunda reunião. O debate teve durações variadas conforme a "condição" em foco. Algumas delas (por exemplo consulta médica e consulta odontológica tiveram maior participação dos técnicos mais diretamente envolvidos, inclusive convidando-se pessoas especiais — no exemplo, dentistas) exigiram mais tempo devido a características especiais, enquanto outras em uma reunião já se considerava "esgotado o assunto". As reuniões duravam sempre entre três e quatro horas. Se o debate não se encerrasse, a reunião continuava em outro horário, geralmente uma semana após, no mesmo dia da semana e horário do dia.

Esta fase era concluída com um exame, pela equipe de participantes em conjunto, do registro organizado. Nesse exame a regra era completar, corrigir ou acrescentar ao que era apresentado até se ter um consenso de que o registro correspondia ao que o grupo pensava a respeito da "condição" em exame. Era enfatizado e, geralmente, explicitada a função (ou objetivo) da "condição" no trabalho da instituição como um todo.

Na segunda fase dessa etapa o trabalho consistia de, novamente em conjunto a equipe toda, dizer que <u>características deveria ter</u> a "condição" em exame para atender (ou corrigir) ao que havia sido registrado e considerado consensual na primeira fase. A regra era dizer em forma de adjetivos (ou mais concretamente, se possível e não artificial) como deve-

ria ser a condição, considerando cada uma das informações registradas.

Novamente registrava-se o debate, organizava-se o que era anotado e submetia-se o registro organizado para a equipe, até obter-se um consenso a respeito das características que deveria ter cada "condição".

Estimulou-se (o coordenador) a que não se tentasse especificar demais — nesta fase — as características de cada "condição". Tentativas de especificação quando muito grandes eram cheias de detalhes irrelevantes, artificiais e — até — prejudiciais e contra-producentes. Isto era — até certo ponto — natural em função dos poucos dados existentes ou explicitados e que deveriam controlar as verbalizações dos participantes do grupo de trabalho. Nesse sentido, embora vago, estimulava-se a "adjetivação" das "condições", deixando a concretização da adjetivação para uma terceira etapa do procedimento.

Terceira etapa — Concretização da "adjetivação" relacionada a cada "condição" que deveria ser definida (ou redefinida).

A terceira etapa do procedimento tinha como objetivo concretizar a "adjetivação" feita na etapa anterior de forma a se visualizar como o trabalho em relação à "condição" em foco seria feito, bem como os aspectos do ambiente que se relacionassem ao trabalho (trabalho, no caso, estava significando o que os agentes — funcionários—de cada "condição" deveriam fazer).

Esta terceira etapa do procedimento variou conforme a "condição" que foi examinada. O que será descrito a seguir refere-se 1. às linhas gerais do procedimento e 2. ao procedimento específico da "condição" usada como exemplo neste Es-

tudo.

Em linhas gerais, esta terceira etapa constou do seguinte:

1. Era constituído um grupo de três a quatro participantes para "estudar" a "adjetivação" feita em relação a uma "condição" sobre a qual os participantes tivessem maior conhecimento, experiência, interesse ou preferência, procurando garantir que sempre houvesse heterogeneidade de áreas profissionais em cada grupo.

O estudo da "adjetivação" era feito da seguinte forma (ou de acordo com as seguintes regras):

a. especificar o funcionário-agente da condição (ou os funcionários-agentes, se fosse o caso de haver ou ser necessário mais do que um);

b. especificar, o mais possível, tudo que este funcionário-agente (ou cada um dos funcionários-agentes) deveria fazer, para realizar cada um dos "adjetivos" relacionados à "condição" em exame;

c. especificar com o que o funcionário-agente (ou cada um dos funcionários-agentes) lidaria, usaria, deveria saber, ou tomaria contato ao realizar cada uma das coisas que deveria fazer;

d. caracterizar, o mais possível, o que deveria resultar de cada uma das ações do funcionário-agente (ou de cada um dos funcionários-agentes);

e) se isto não fosse viável, ou se o grupo preferisse, poderia optar por tentar descrever estratégias que tornassem possível (exequível ou viável) a execução de cada um dos "adjetivos" dados à condição em exame;

2. Quando o subgrupo tivesse esboçado ou concretizado alguma proposta, apresentava ao grupo inteiro o que havia conseguido e, nessa ocasião, havia um debate sobre o que fora apresentado, registrando-se as observações feitas e integrando-as ao que o sub-grupo havia proposto;

3. O sub-grupo voltava a reunir-se para prosseguir o trabalho com — agora — um coordenador que se responsabilizava por organizar o trabalho do sub-grupo e discuti-lo com os coordenadores dos outros sub-grupos;

4. Quando um novo esboço ou proposta era construído o sub-grupo mais uma vez apresentava o trabalho à equipe inteira, de modo a prosseguir o trabalho até obter o consenso do grupo e iniciar a fase de "acabamento" da proposta.

No caso da condição utilizada como exemplo para ilustrar os resultados deste Estudo, o procedimento foi o de concretizar mais cada adjetivo dizendo como (especificamente) deveria ser a "condição" para merecer a qualificação dada pelo "adjetivo". A fase de "acabamento" dessa concretização maior transformou-se em novos trabalhos como se poderá verificar com os estudos a seguir (Estudos 7 e 8, principalmente).

Além das características gerais de procedimento apontadas, os psicólogos ainda mantinham reuniões e examinavam se as "concretizações" dos "adjetivos" dados a cada "condição" eram compatíveis com uma análise dos comportamentos humanos envolvidos na execução da tarefa. Identificações de classes de respostas, de estímulos antecedentes e subseqüentes ou conseqüentes eram feitas e, à medida que fossem claras e pertinentes ao prosseguimento do trabalho, eram analisadas com o sub-

grupo envolvido, antes de prosseguir a tarefa.

De certa forma, cada qualificação ("adjetivo") das "condições" se constituiu em uma fase de trabalho com aspectos de procedimento específicos.

RESULTADOS

Para facilitar o entendimento, os resultados (na verdade, exemplos de resultados) serão apresentados em três etapas correspondendo às etapas do procedimento.

1. "Condições necessárias"

Na primeira etapa, os resultados do trabalho relatado por este Estudo, referem-se a que "condições" deveriam ser melhor definidas para permitir o detalhamento das classes gerais de ações dos fluxogramas". Os dados (ou informações) produzidos podem ser vistos no Quadro 6.1

- Atendimento médico
- Atendimento odontológico
- Educação em saúde
- Fornecimento de recursos básicos
- Serviço de vacinação

- Treinamento de funcionários
- Organização de registros
- Horários de atendimento dos Postos
- Sistema de avaliação do trabalho dos Postos de Saúde
- Implantação de alterações (maneira de fazê-lo)

Quadro 6.1. "Condições" que foram listadas como sendo importantes para permitir o detalhamento das classes gerais de ações que os Postos deveriam apresentar aos usuários que procurassem seus serviços.

No Quadro 6.1, encontram-se dois conjuntos de "con-

dições" (algumas seriam mais propriamente atividades) que foram consideradas como as que necessitariam de definições mais adequadas antes de se realizar o "detalhamento" das classes de ações produzidas nas etapas do trabalho relatadas nos Estudos anteriores.

No primeiro conjunto (acima e mais à esquerda) encontram-se cinco tipos de "atividades" ou de "serviços" prestados pelos Postos de Saúde que deveriam ser melhor definidos. Eles se referem a atividades que eram desenvolvidas nos Postos de Saúde e que deveriam ser aproveitadas no Programa de Saúde em implantação.

No segundo conjunto (abaixo e mais à direita) encontram-se cinco tipos de condições mais voltadas à administração das atividades dos Postos de Saúde. A última delas (implantação de alterações) refere-se mais diretamente à implantação do Programa de Saúde do qual o trabalho se ocupava. Esta surgia como uma necessidade de se explicitar uma maneira de realizar a implantação de modificações como uma "condição" (ou uma atividade) que afetaria o que o Posto faria em relação à população (o atendimento) e que influiria no comportamento dos usuários dos Postos.

2. Adjetivação das "Condições".

Na segunda etapa, os resultados do trabalho relatado por este Estudo referem-se à tentativa de esclarecer "como deveriam ser" as "condições" e "atividades" indicadas na primeira etapa. Basicamente houve um processo de colocar "adjetivos" que davam um contorno (ou colorido) ao que havia sido listado na primeira etapa. Os resultados desta etapa do trabalho serão apresentados apenas parcialmente em alguns exemplos que mostram as características fundamentais do que foi obtido.

SISTEMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- Completo
- Estável
- Contínuo
- Adaptado a cada usuária
  - conforme período de gravidez ou conforme idade da criança
  - conforme freqüência do usuário ao Posto
- Integrado aos demais serviços

Quadro 6.2. Explicitação de algumas das características de como deveria ser a "Educação em Saúde" desenvolvida pelos Postos de Saúde.

No Quadro 6.2, encontram-se cinco expressões qualificando como deveria ser o Sistema de Educação em Saúde desenvolvido nos Postos de Saúde em que o Programa de Saúde fosse implantado. Uma das qualificações ainda especifica duas características dos usuários a que o Sistema de Educação em Saúde deveria atender (ver Quadro). É interessante notar que acrescentou-se a palavra "sistema" à expressão "educação em saúde" colocada no Quadro 6.1 (ver Quadro).

No Quadro 6.3, pode-se observar quatro expressões delineando conjuntos de características da atividade "fornecer recursos básicos". A primeira refere-se ao que será fornecido, a segunda a prazos, a terceira refere-se à relação do fornecimento de recursos com os outros serviços dos Postos e a última diz respeito a "orientações" que devem acompanhar o fornecimento de recursos (para usar adequadamente).

Chama a atenção que uma das "qualificações" da "ati-

vidade" vã mais longe e já defina quais serão os recursos a fornecer. Não há apenas uma "qualificação" mas uma definição do que será fornecido.

FORNECIMENTO DE RECURSOS BÁSICOS
- Apenas o indispensável
- Cloro para desinfecção de água
- Suplemento alimentar para gestantes e nutrizes
- Complemento alimentar para crianças
- Medicamentos fundamentais
- Periodicamente
- Integradamente com outros serviços
- Com orientação para uso adequado.

Quadro 6.3. Explicitação de algumas das características de como deveria ser o "fornecimento de recursos básicos" nos Postos de Saúde.

No Quadro 6.4, observa-se que os horários de atendimento dos Postos ficaram basicamente definidos em dois conjuntos. Um conjunto — atendimento preventivo ou programado — no horário da tarde e outro conjunto — atendimento curativo ou de intercorrências de saúde — no horário da manhã. Esta "condição" (horário de atendimento dos Postos de Saúde) não foi adjetivada como na maior parte dos Quadros anteriores. Os participantes já definiram uma proposta de horários para o funcionamento dos Postos de Saúde.

No Quadro 6.5, pode-se observar como se caracterizou a "organização de registros" das atividades dos Postos de Saúde. As características referem-se ao tipo de documentos e ao sistema de arquivamento. Além disso, a caracterização expli-

HORÁRIOS DE ATENDIMENTO DOS POSTOS DE SAÚDE

- Atendimento preventivo: à tarde

- Atendimento curativo: pela manhã

Quadro 6.4. Definição dos horários de atendimento dos Postos de Saúde, em função de dois grandes tipos de atendimento de saúde: preventivo (ou programado) e curativo (de intercorrência de saúde).

ORGANIZAÇÃO DE REGISTROS

- Organização de um sistema de arquivamento funcional

- Construção de documentos simples, de fácil visualização e de rápido preenchimento

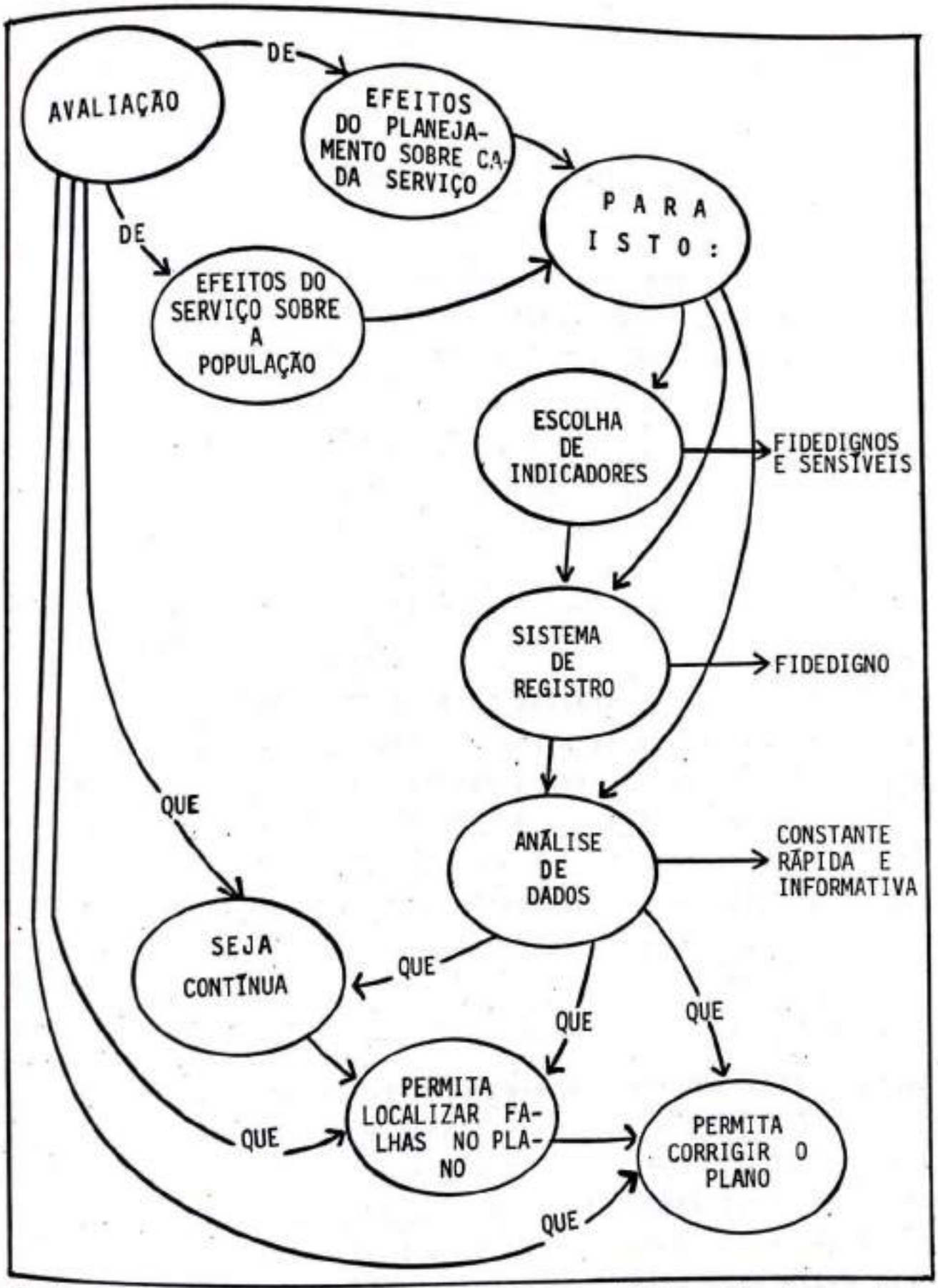
- Procedimentos para utilizar os documentos

- Procedimentos para utilizar os arquivos.

Quadro 6.5. Explicitação de algumas das características de como deveria ser a "organização de registros" das atividades dos Postos de Saúde.

cita a necessidade de se definir procedimentos de uso das duas coisas.

No Quadro 6.6, pode-se observar algumas das características (e exigências) para o sistema de avaliação do trabalho dos Postos de Saúde. As características são apresentadas sob a forma de diagrama onde algumas setas indicam as re-



Quadro 6.6. Explicitação de algumas das características do sistema de avaliação do trabalho dos Postos de Saúde. As flechas representam relações entre as características indicadas no quadro .

lações entre estas "características". Há, no diagrama, três conjuntos de características. O primeiro conjunto refere-se ao que deveria ser avaliado (efeitos do planejamento feito a nível central sobre cada serviço realizado nos Postos de Saúde, e efeitos dos serviços realizados nos Postos sobre a população).

O segundo conjunto refere-se a características ou propriedades que deveria ter o sistema de avaliação (contínua,permitir localizar e corrigir falhas do planejamento central).

O terceiro conjunto refere-se a exigências que se deveria atender para obter tal tipo de avaliação ou etapas intermediárias a serem realizadas para se chegar até tal avaliação (escolha de indicadores significativos e sensíveis; um sistema de registro fidedigno e uma análise de dados constante, rápida e informativa).

Os três conjuntos se relacionam de uma maneira que fica explicitada pelas palavras entre as setas do diagrama e, de certa forma, pela direção das próprias setas. "Avaliação DE", "PARA ISTO", "Avaliação QUE" e as setas que vão de "Análise de dados constante, rápida e informativa" para as três características de avaliação, representam o processo que o "sistema de avaliação" deveria garantir.

3. Concretização da adjetivação .

Como os resultados desta etapa seriam muito extensos, escolhemos uma das "atividades" adjetivadas para ilustrar o procedimento desta terceira etapa. Algumas das demais "atividades" ou "condições" que tiverem características especiais serão abordadas em contextos de outros estudos já ilustrando novos aspectos do trabalho realizado. Para esta etapa deste Estudo foi escolhido o "sistema de educação em saúde" como

exemplo dos resultados obtidos.

No Quadro 6.7, pode-se observar a lista de orientações que foram identificadas como sendo necessárias para "garantir" que o Sistema de Educação em Saúde fosse "completo". As orientações referem-se às necessidades relacionadas ao período de gestação e ao período de crescimento da criança até, aproximadamente, 12 meses.

As orientações 1 e 12 (da lista) referem-se à necessidade de aumentar a probabilidade de a usuária, tanto enquanto gestante como enquanto mãe, procurar imediata e adequadamente os recursos do Posto ou da comunidade disponíveis. Este tipo de orientação correspondia à identificação de que uma grande parte da população nem sequer sabia quais recursos existiam e que poderiam ser usados na comunidade. Mesmo em relação ao Posto, para a maior parte da população, há uma grande ignorância a respeito do que o Posto oferece ou pode oferecer enquanto atendimento de saúde.

As demais orientações da lista atendem à necessidade de haver condutas da gestante ou da mãe apropriadas aos diferentes períodos de gravidez ou de idade da criança e que, pelo menos para a maior parte da população usuária dos Postos de Saúde, não eram apresentadas nessas situações (gravidez ou primeiro ano de vida da criança).

As 19 orientações listadas correspondiam ao que o grupo de participantes havia caracterizado como sendo um "Sistema de Educação em Saúde completo".

No Quadro 6.8, pode-se notar a maneira pela qual se concretizou as expressões "sistema de educação em saúde estável" e "sistema de educação em saúde contínuo". No Quadro 6.8 pode-se ver que um horário semanal definindo os momentos de ocorrência de cada orientação (semelhante a um "horário escolar") permitia que houvesse uma "estabilidade" das orienta-

1. Serviços fornecidos pelo Posto e as atividades de cada área de atendimento de saúde.
2. Uso do suplemento alimentar para gestantes e nutrizes.
3. Escolha e aquisição de alimentos.
4. Preparo e ingestão de alimentos.
5. Cuidados especiais na gravidez.
6. Uso de medicamentos durante a gestação.
7. Aleitamento materno.
8. Primeiros cuidados com o recém-nascido.
9. Banho e vestuário do bebê.
10. Cuidados fundamentais no Parto e no Puerpério.
11. Utilização do cloro na água de beber.
12. Uso de recursos da comunidade.
13. Preparação de mamadeira e de líquidos para a criança.
14. Introdução de suco e papa de frutas na alimentação da criança.
15. Uso de medicamentos para a criança.
16. Introdução de gema de ovo e de sopa na alimentação da criança.
17. Como agir em intercorrências de saúde da criança.
18. Como cuidar da dentição e da higiene bucal da criança.
19. Introdução dos alimentos da família na alimentação da criança.

Quadro 6.7. Lista de orientações de saúde que atendia ao adjetivo "completo" para o Sistema de Educação em Saúde.

DIAS DA SEMANA / HORÁRIO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
13,00 às 13,30	Introdução de suco e de papa de frutas na alimentação da criança.	Aleitamento materno e líquidos para a criança.	Introdução da gema de ovo e da sopa na alimentação da criança.	Uso de medicamentos para a criança.	Introdução de alimentos da família na alimentação do bebê.
13,30 às 14,00	Preparação de mamadeira e de líquidos para a criança.	Introdução do suco e da papa de frutas na alimentação da criança.	Como cuidar da dentição e da higiene bucal da criança.	Como agir em intercorrências de saúde da criança.	Preparação de mamadeira e de líquidos para a criança.
14,00 às 14,30	Cuidados fundamentais no parto e no puerpério.	—	Escolha e aquisição de alimentos.	Cuidados especiais da gravidez.	—
14,30 às 15,30	Uso de medicamentos durante a gestação.	Banho e vestuário do bebê.	Preparo e ingestão de alimentos.	Primeiros cuidados com o recém-nascido	Orientação geral sobre gestação, puerpério e maternidade.
No final do Atendimento	Uso do suplemento alimentar. — Utilização do cloro na água.	Uso do suplemento alimentar. — Utilização do cloro na água.	Uso do suplemento alimentar. — Utilização do cloro na água.	Uso do suplemento alimentar. — Utilização do cloro na água.	Uso do suplemento alimentar. — Utilização do cloro na água.

Quadro 6.8. Organização das orientações de saúde pelos dias da semana de forma a atender aos adjetivos "estável" e "contínuo" para o Sistema de Educação em Saúde a ser organizado nos Postos de Saúde.

ções. Elas já não ocorreriam sob influência de moda, disposição ou disponibilidade dos funcionários. Teriam uma rotina de ocorrência que garantiria estabilidade e, portanto, disponibilidade para toda gestante em qualquer época de gestação, da orientação apropriada às suas necessidades.

O aspecto de "continuidade" é dado pela possibilidade — através do "horário semanal" do Quadro 6.8 — de que uma mesma usuária possa ter uma seqüência de orientações em saúde, dando continuidade ao conjunto de orientações que seriam necessárias para cada usuária. O Quadro tornou possível saber com antecedência quando (em que dia da semana) a usuária deveria voltar ao Posto para ter a orientação seguinte da melhor seqüência de orientações de saúde.

Nesse sentido as orientações necessárias estariam sempre disponíveis (estáveis) e poderiam ser oferecidas uma após outra compondo uma "orientação completa de saúde" (continuidade).

No Quadro 6.9, pode-se observar como foi concretizada a expressão "conforme período da gravidez" (ver Quadro 6.2). Os dados a respeito das orientações de acordo com a idade da criança não serão apresentados neste Estudo.

Nota-se que foi considerada uma faixa de tempo relacionada à época da gestação em que cada "orientação de saúde" era apropriada. As orientações iniciais de gestação (até o 5º mês) dizem respeito a atividades que a gestante deva realizar em relação a si própria (ver Quadro 6.9).

A partir do 5º mês de gestação as orientações de saúde referem-se a atividades que se relacionam ao recém-nascido (ver Quadro).

As duas primeiras "orientações de saúde" (ver alto do Quadro 6.9) referem-se a orientações genéricas. A primeira

ORIENTAÇÕES DE SAÚDE PARA GESTANTES	MESES DE GESTAÇÃO EM QUE DEVERIAM OCORRER
Uso de serviços oferecidos pelo Posto de Saúde, das atividades de cada área de atendimento e de recursos da comunidade.	Na primeira vez que freqüentar o Posto de Saúde.
Uso do suplemento alimentar para gestante e nutrizes.	Na primeira vez que freqüentar o Posto de Saúde e revisão nas subseqüentes.
Uso de medicamentos na gravidez.	1º e 2º
Escolha e aquisição de alimentos.	2º e 3º
Cuidados fundamentais na gravidez.	2º, 3º e 4º
Preparo e ingestão de alimentos.	3º, 4º e 5º
Aleitamento materno.	5º, 6º e 7º
Primeiros cuidados com o recém-nascido.	6º, 7º e 8º
Banho e vestuário do bebê.	7º e 8º
Preparação para o parto e puerpério.	8º e 9º
Preparo de mamadeira e de líquidos para a criança.	9º

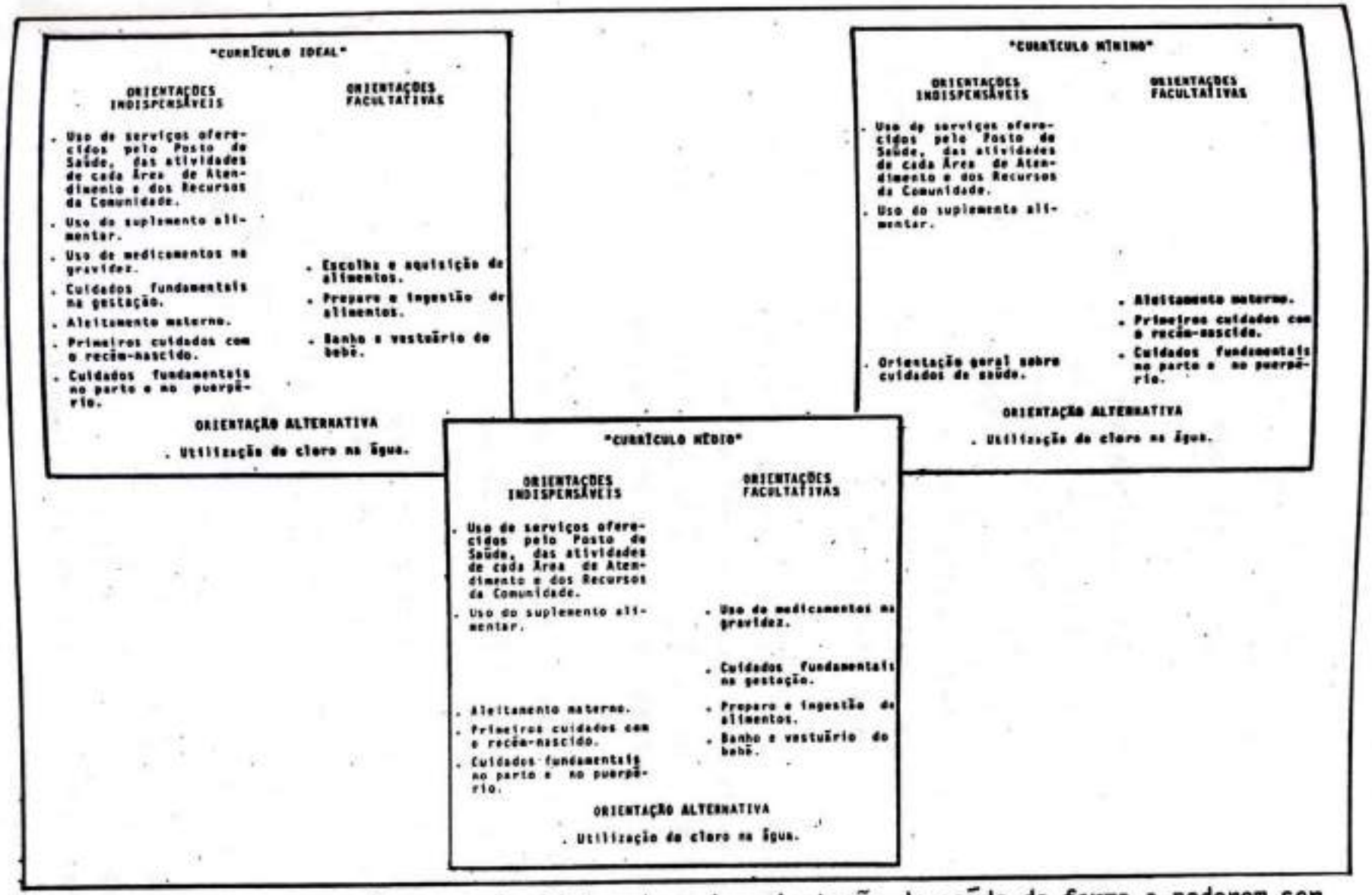
Quadro 6.9. Distribuição das orientações de saúde necessárias para as gestantes usuárias dos Postos de Saúde de acordo com os períodos da gestação mais adequados para ocorrerem as orientações e que atende à qualificação de "adaptado ao período de gravidez de cada usuária" para o Sistema de Educação em Saúde.

para dar condições às gestantes e mães de procurarem os recursos disponíveis na comunidade e a identificarem o que poderiam solicitar e exigir do Posto de Saúde. A segunda delas para ajudar a gestante ou nutriz a identificar cuidados gerais que deveria ter com relação à própria alimentação, enfatizando a importância — e maneira de usar — de um suplemento alimentar (o próprio Posto de Saúde forneceria tal suplemento).

As épocas apropriadas para a ocorrência de cada orientação de saúde também permitem identificar uma seqüência em que estas orientações idealmente deveriam ocorrer. Caso a usuária do Posto faltasse em uma época, a orientação mais adequada já poderia ser outra.

Este é exatamente o problema examinado ao definir-se como seria concretizada a expressão "conforme freqüência da usuária ao Posto". Conforme a importância de uma orientação de saúde para a gestante, essa poderia ou não ser deixada de lado no caso de a freqüência da usuária não ser suficiente para que ela tivesse todas as orientações previstas.

No Quadro 6.10, pode-se ver uma distribuição das orientações de saúde em função de sua prioridade para as usuárias. No Quadro estão apresentados três "curricula": um ideal (previsto para o caso de a usuária freqüentar o Posto desde o início da gravidez sem faltar a nenhum retorno mensal); um "curriculo médio" e um "curriculo mínimo" para o caso de usuárias que começam a freqüentar o Posto tardiamente ou que faltam aos retornos. As três listas (três "curricula") são organizadas de forma a haver cada vez menos orientações (são retiradas as menos indispensáveis). Cada lista ainda contém uma parte de "orientações indispensáveis" e uma parte de "orientações facultativas". A separação nesses dois conjuntos ainda permitia decidir se é melhor uma ou outra orienta-



Quadro 6.10. Distribuição das prioridades de cada orientação de saúde de forma a poderem ser oferecidas de acordo com a freqüência da usuária ao Posto de Saúde durante a gestação de forma a atender à qualificação de "adaptado a cada usuária conforme a freqüência ao Posto de Saúde" para o Sistema de Educação em Saúde.

ção conforme a época da gestação em que a usuária faltou, procura ou retorna para atendimento de saúde no Posto.

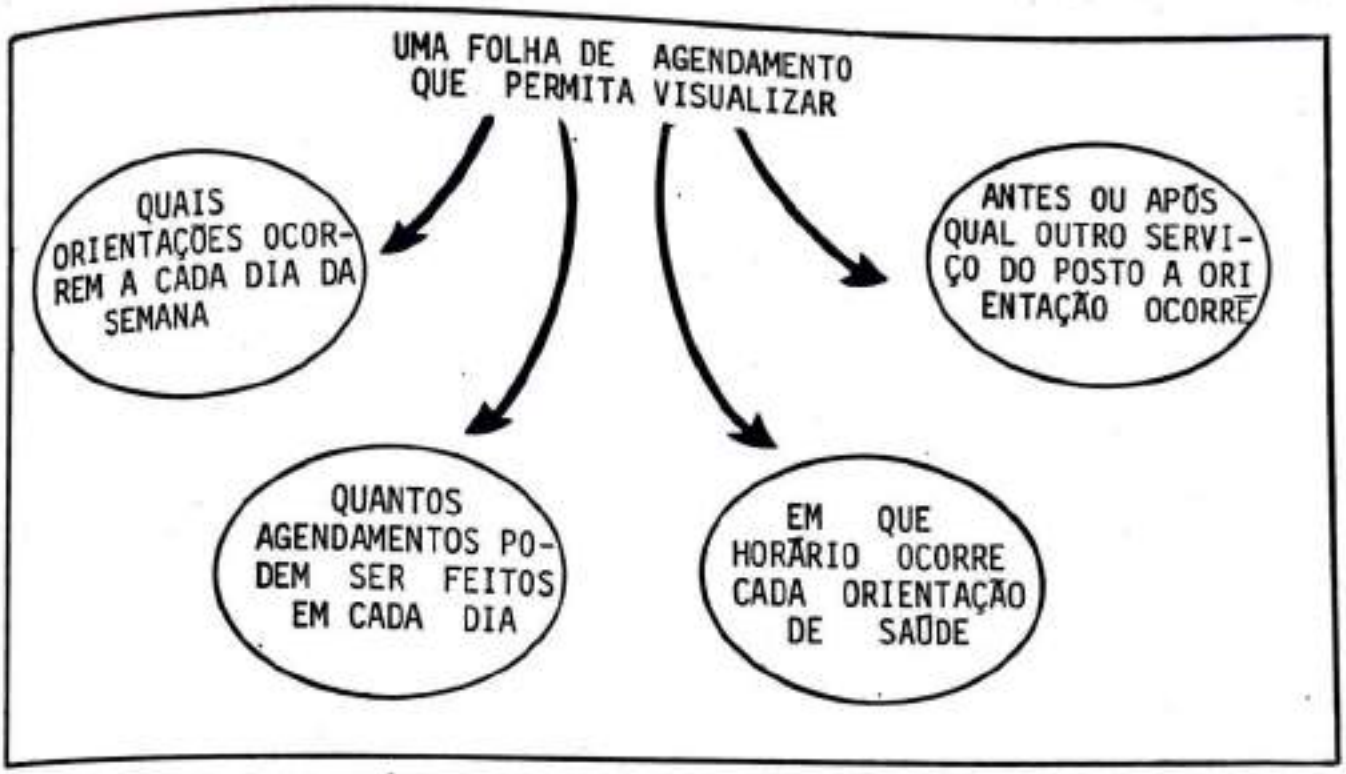
Do "curriculo ideal" com sete "orientações indispensáveis" e três "facultativas", passa-se para cinco "indispensáveis" e quatro "facultativas" no "curriculo médio" e para três "indispensáveis" e três "facultativas" no "curriculo mínimo".

No "curriculo mínimo" ainda há uma orientação que substitui as outras que a usuária perdeu. É o que foi chamado de "orientação geral sobre cuidados de saúde". A expectativa parecia ser de tentar garantir que a gestante, com um mínimo de presença nas atividades do Posto, tivesse pelo menos uma orientação que, embora fosse superficial, a auxiliasse nos cuidados fundamentais a respeito de sua saúde e da saúde da criança.

Na parte inferior do Quadro 6.10 (ver Quadro), há, ainda, o que foi chamado de "orientação alternativa". É o caso da orientação sobre "uso do cloro" que só era necessária para os usuários que não possuíam água encanada (por isto "alternativa").

A concentração da expressão "sistema de educação em saúde integrado aos demais serviços do Posto" pode ser vista no Quadro 6.11.

A maneira pela qual se concretizou a expressão foi a proposição de uma "estratégia": deveria haver no "expediente" (local onde se recebia, encaminhava e organizava o atendimento à população) um "mapa de agendamento de usuários" que permitisse visualizar as informações necessárias para marcar o dia de retorno em que o usuário, recebendo os demais serviços do Posto, pudesse ter a "orientação de saúde" mais adequada à sua situação. A palavra "mapa" é proposital no sentido de que a "folha de agendamento de cada dia" deveria permitir uma



Quadro 6.11. "Estratégia" proposta para atender à necessidade de o Sistema de Educação em Saúde fosse integrado aos demais serviços dos Postos de Saúde.

visualização rápida do que acontecia no Posto a cada dia da semana, "orientando" o funcionário sobre o melhor dia para agendar o retorno (marcá-lo) do usuário.

No conjunto, os resultados apresentados são uma amostra do que se obteve ao tentar descobrir que "condições" de trabalho nos Postos precisariam ser redefinidas em função do que se queria conseguir com a população (ver Estudos de 1 a 5).

Uma dessas "condições" foi selecionada para dar uma noção de como foi concretizada cada uma das condições. O processo, é claro, repetiu-se de maneira semelhante para cada uma das outras condições. Algumas delas poderão ser visualizadas em estágios de desenvolvimento (concretização) mais adiantados nos Estudos posteriores (Estudos 7, 8, 9 e 10).

DISCUSSÃO

Uma das perguntas que podem surgir a partir dos resultados apresentados é: por que essas "condições" (ou atividades)? Outra é: por que só essas?

Ambas as questões parecem ter a mesma resposta: eram as "atividades" dos Postos que pareciam depender de definições. As demais atividades (por exemplo: serviço de enfermagem, expediente, etc.) poderiam ter suas definições adiadas uma vez que elas dependiam, inclusive, das definições das atividades indicadas.

No momento — embora posteriormente isto tenha sido alterado — em que foram identificadas e listadas (início de 1976) elas pareciam aos profissionais participantes da equipe de trabalho como suficientes para prosseguir o detalhamento das "ações dos Postos de Saúde".

Há, também, um aspecto importante a ser destacado: a parte inferior e mais à direita da lista de "condições" (ou atividades) no Quadro 6.1 é qualitativamente diferente da parte superior e mais à esquerda da mesma lista. Essa parte da lista (inferior e à direita) merece comentários para cada um de seus itens componentes (ver Quadro 6.1).

O primeiro deles — treinamento de funcionários — evidenciava a necessidade de que fosse definida a forma de treinamento dos funcionários. Essa definição parecia ser uma necessidade porque não havia, no Departamento, mecanismos organizados, sistematizados, estáveis e com preparo para desenvolver treinamento sistemático e contínuo. Do ponto de vista, inclusive, da falta de definições básicas era necessário fazer quase tudo: o que ensinar, a quem ensinar, para que fazê-

-lo, com que periodicidade, quando, de que forma, com que recursos, materiais, instrumentos, procedimentos, etc.. A própria situação relacionada à implantação de um programa exigia que se ensinasse aos funcionários o que deviam fazer. A própria cultura da instituição não dava relevo, destaque ou considerava importante o "sistema de treinamento" de uma organização, funcionando através de normas, portarias, ordens e instruções como se eles fossem, por si sós, suficientes para que as pessoas aprendessem a trabalhar com eficácia na instituição. As exceções eram ocasionais com "avisos à maneira tradicional" (exposições, leituras, audio-visuais ou algum debate) para alguns casos ou tipos de funcionários. A confusão entre "ensino formal" e "treinamento" excluía, inclusive, profissionais de nível universitário da — até! — possibilidade de treinamento.* Rosenburg, Gonçalves e Botomé (1980) relatam, a esse respeito, uma "análise da infra-estrutura necessária à implantação de um sistema de treinamento numa instituição governamental de saúde".

De maneira semelhante pode-se considerar o que diz respeito à organização de registros. E, para os participantes, o "registro" envolvia: o que marcar, onde, como e quando fazê-lo, o que seria feito com o registro. O sistema de prontuários e de arquivamento, o próprio prontuário, a organização dos documentos, o sistema de numeração, os critérios para abrir e organizar um prontuário (por cliente, por família, na primeira vez que o cliente era atendido...).

---

* A distinção entre ensino e treinamento foi retirada de uma comunicação pessoal do Dr. Cornélio Pedroso Rosenburg em meados de 1976. O "ensino em geral prepara um profissional para suas funções e atividades básicas e características; o "treinamento" atualiza e faz o "ensino" específico relacionado às características e exigências típicas da instituição. É claro que em alguns casos pode haver sobreposição entre ambos.

O exame desse problema revelava falta de definições fundamentais, o que acarretava, inclusive, diferenças acentuadas de Posto para Posto de Saúde. As implicações sobre a avaliação das atividades da instituição pareciam óbvias e graves, uma vez que ela depende diretamente dos registros da instituição.

Por outro lado, percebia-se, o sistema (todo!) de registro deveria ser um reflexo do que a instituição se propunha fazer e um instrumento preciso para seu trabalho. Implantar qualquer modificação nas atividades da instituição sem um adequado e eficaz sistema de registro equivaleria a um "vôo cego" (sem instrumentos para ver onde se vai). Os detalhes da segunda etapa e os Estudos posteriores 7, 8, 9 e, principalmente, o 10, ainda mostrarão mais informações a respeito disso.

Considerações semelhantes são cabíveis para os "horários de atendimento dos Postos de Saúde" e para o "sistema de avaliação do trabalho dos Postos de Saúde".

A indicação da "implantação de alterações" como uma "condição" (ou atividade) dos Postos de Saúde para prosseguir o detalhamento do que os Postos deveriam fazer merece algumas considerações especiais. À época em que esta fase do trabalho era desenvolvida os participantes explicitavam que era necessário ter uma "estratégia" para fazer modificações que fossem um instrumento ("condição" ou atividade) para melhorar a qualidade do trabalho enquanto, inclusive, fosse feita a própria mudança.

Examinar e analisar exaustivamente a modificação a ser introduzida, avaliando sua longevidade e sua integração com as demais atividades dos Postos era uma das exigências. Atendê-la, de certa forma, criava a possibilidade de atender a uma segunda exigência: que as modificações fossem cumulati-

vas no sentido de sempre serem acréscimos ou melhorias que se integrassem com as atividades existentes e de acordo com um plano geral de trabalho dos Postos de Saúde.

A prática de inserir mudanças, novidades, novas tarefas ou alterações administrativas sem examinar as inter-relações com as demais atividades e condições já existentes nos Postos de Saúde devia ser abandonada e evitada. A necessidade de uma definição e sistematização progressiva de trabalho tornava-se uma exigência imperiosa, pela qual não se podia "fazer modificações" ou "introduzir novidades" no trabalho dos Postos sem uma cuidadosa avaliação dos recursos, procedimentos e dos próprios objetivos de "mudança" ou "novidade". Se isto não fosse considerado por razões de planejamento, eficácia, produtividade (eficiência), parecia, pelo menos, ser uma exigência de respeito e consideração pelos funcionários. Eles devem ser considerados participantes de um trabalho planejado, em cujo planejamento participam (no grau em que for possível) e não apenas executores de ordens (mesmo que disparatadas ou sem sentido) ou "cumpridores de rotinas" (mesmo que desgastantes e sem sentido).

Aparecia, nestas considerações a respeito das táticas de inserir modificações na instituição, a percepção de que uma variável nova não é apenas uma "inserção" mas um novo arranjo de interações entre as múltiplas variáveis. E isto precisava ser considerado de maneira sistemática de forma a desenvolver uma estratégia de trabalho que atendesse a isto.

Uma mudança gradual, cumulativa e integrada era mais do que consideração por princípios técnicos ou "sociais". Era uma estratégia para garantir o trabalho e a própria continuidade do que se pretendia realizar. Além disso, ela era uma consideração a respeito das próprias características do comportamento humano. A modificação deste, em situações comuns,

raramente é abrupta e estável. Principalmente quando se lida com comportamentos de grupos humanos. A modificação é função da mudança das condições nas quais cada organismo age e essas condições envolvem as ações dos demais, os próprios "hábitos já adquiridos", a continuação de partes, aspectos (ou as próprias) de condições antigas e relacionadas com as velhas maneiras de agir, etc.. A própria "percepção das novas condições" é algo que se faz com certa lentidão. Apressar a modificação de comportamento é possível mas não se pode esperar que se faça sem recursos apropriados e com cuidados adequados, principalmente quando está envolvida uma cultura bem estabelecida e com certa amplitude de difusão.

Um outro aspecto a considerar é relacionado ao que chamamos de "adjetivação". Aparentemente pode parecer pouco ou inútil acrescentar a expressões amplas (e bastante vagas) outras expressões também amplas (e mais vagas ainda). Os adjetivos colocados, porém, foram uma etapa no trabalho e representaram uma expressão concreta do que se sabia dizer — naquele momento — sobre as características das atividades de cada Posto de Saúde.

Nem sempre as "qualificações" de cada atividade eram fáceis ou rapidamente encontradas ou produzidas. O debate e o exame de cada atividade trazia com uma grande freqüência o que estava ruim, errado ou insatisfatório. Era necessário, geralmente, alguma ajuda (quase sempre era a pergunta: "como deveria ser?"). Por exemplo, considerava-se que as orientações de saúde eram irregulares e demorava-se nas considerações a respeito disso, especificando prejuízos, conseqüências, insatisfações, etc.. Cada um que falava parecia produzir no outro mais lembranças de aspectos inadequados que eram enriquecidos com exemplos, detalhes, números, etc..

A pergunta que provocava a conversa na direção opos-

ta demorava a produzir efeitos. Geralmente quando alguém dizia como devia ser uma atividade, outro acrescentava que a idéia "era teórica", que "na prática não dava certo", "isto é idealismo", etc., enfraquecendo classes de respostas que produziriam mais condições para prosseguir e fortalecendo classes de respostas que não produziriam novas "dicas".

Ao superar esta maneira de perceber no desenvolvimento do procedimento, as pessoas passaram a explicitar as "regras" que o próprio procedimento estava mostrando: procurar descobrir como deve ser a atividade; não se prender ao errado ou ao passado, usando-os apenas como dado para descobrir o que o superaria; levantar alternativas de solução antes de escolher e para ter o que escolher; escolher e "burilar" (detalhar, melhorar) o que for escolhido.

Nesse sentido, parece que o procedimento de "adjetivar" e depois tentar concretizar o adjetivo (ou os adjetivos) ajudou a "mudar um pouco" a maneira de os participantes examinarem problemas da instituição. Os adjetivos tiveram — parece — uma função específica: tornaram-se classes de estímulos que passaram a exercer controle na direção de uma maior probabilidade de respostas relacionadas a alternativas de solução. Às vezes a própria adjetivação parecia provocar outros adjetivos (no sentido de serem produzidos com taxas altas em certos momentos).

A explicitação dos adjetivos também permitia um tipo de exame que servia, ao mesmo tempo, de conferência e de avaliação do que havia sido feito, comparando-se as características de como a atividade "deveria ser" (os adjetivos) — e não "como era" — com os objetivos da instituição, de forma a identificar se a atividade com as características descritas pelos adjetivos permitia ou tornava provável a consecução dos objetivos.

Em resumo, o procedimento especificou uma cadeia de (classes de) respostas que pareceu bastante produtiva:

1. Descrever o que estava errado ou inadequado (isto se configurava em uma condição que tornava – mais?– possível a ocorrência da segunda classe de respostas da cadeia).

2. Dizer como deveria ser a atividade para superar estes problemas e atender aos objetivos da instituição e necessidades da população (isto se tornava uma condição que permitia o detalhamento das características da atividade).

3. Detalhar as "características" da atividade até ser possível identificar ("vislumbrar") como as pessoas — agentes da atividade — poderiam se comportar para concretizar as características escolhidas.

Esta seqüência pareceu ajudar os participantes a perceberem uma outra regra: para chegar a definir com clareza aquilo que o agente da atividade deve fazer é necessário ter claro o que deve ser produzido.

Botomé (1977b; 1980a) propôs, como forma de se chegar a definir as dimensões de uma classe de respostas, partir da descrição de produtos e de situações antecedentes e tentar identificar as classes de respostas e as dimensões específicas que permitiriam passar da situação antecedente para a situação conseqüente (produto necessário). Nesse sentido, as respostas e suas dimensões não são uma escolha arbitrária. Elas devem ser aquelas (e em faixas de seus valores) que são capazes de (ou responsáveis por) gerar o produto que se quer obter (ou que é necessário) para uma determinada comunidade. Ribes (1976) comenta o problema da "definição de objetivos comportamentais" (comportamentos-alvo) como mera "comportamentali-

zação de conteúdos". Suas considerações permitem concluir sobre a falta de procedimentos sobre como "chegar à proposição de classes de respostas e respectivas dimensões" quando se quer instalar comportamentos novos no repertório de um organismo. Há alguns trabalhos já feitos nesse sentido, com a proposição de comportamentos-alvo em situações de ensino (Botomé e outros, 1979b; Botomé, 1980a; Botomé e outros, 1980) talvez, inclusive, permitindo responder a algumas das críticas feitas a procedimentos (Ribes, 1976) e conceitos já tradicionais (Goldberg, 1975; Parra, 1978).

Quanto à "concretização" dos adjetivos (escolheu-se somente uma atividade para ilustrá-la) é importante destacar a complexidade do procedimento. Ela parecia resultar em certos momentos mais da "invenção", "criação" ou "intuição" dos participantes do que do procedimento propriamente. As três coisas, porém, não são sinônimos de "aparições mágicas" mas resultado — embora isto deva ser demonstrado experimentalmente — das condições criadas (adjetivação), do procedimento empregado (progressivo, avanço com registros sistemáticos, produção, exame, comparação, combinação e escolha de alternativas de solução, explicitação de argumentos favoráveis ou contrários a cada decisão). Mesmo as condições gerais (predisposição, expectativa, tempo, recursos, etc.) para se "descobrir boas soluções" pareceram ser uma grande parte das variáveis que contribuíram para a "criação das concretizações" exemplificadas.

Também nesse sentido pareceu importante o aspecto de "progressão lenta" do procedimento, usando sempre o que era produzido pelos participantes como uma condição para a etapa seguinte de avanço no trabalho. Foi freqüente cada etapa de trabalho (e o tamanho e características do que constituía uma etapa variou bastante) terminar incluindo produção explícita de críticas e comentários a respeito do que faltava aos resultados para poder prosseguir. Por exemplo, à medida que se

configurava um consenso ao redor de um conjunto de adjetivos, aumentava a freqüência de verbalizações do tipo: "quero ver concretizar isto!", "bonito é, realizar é que vai ser difícil!", "no papel e na discussão está bom, quero ver no Postivos e "desanimadores" que já foram examinados elas permitiam, também, identificar a necessidade de mais comportamentos para "concretizar" os adjetivos.

A concretização dos adjetivos pareceu, em grande parte, atender (nos resultados apresentados como exemplo do que foi obtido) as considerações a respeito do que, anteriormente, não diminuía ou — até — prejudicava e aumentava as necessidades da população em relação aos cuidados com sua saúde (no Estudo 7, pode-se ver mais precisamente de que maneira a "concretização dos adjetivos" permitiu chegar a atividades que levavam a um real atendimento das necessidades da população).

O trabalho descrito e examinado até agora pode dar a impressão de que houve uma linearidade de trabalho... Como se, terminada uma condição (ou atividade) se iniciasse outra, etc.. Houve, porém, retrocessos, paradas, retomadas, etc.. Às vezes uma atividade interagia com outra de forma a não ser possível avançar na "concretização" além de um certo ponto, até que a outra estivesse, também, concretizada de forma a se caracterizar a integração (tipo, forma, quantidade, etc.) que haveria entre elas. Pareceu importante, em relação a isso, a sistematização dos produtos em registros claros e bem organizados (às vezes "desenhos", como se pode ver nos Quadros 6.6 e 6.11) que permitiam retomar o exame de uma atividade onde ela havia parado e reiniciar seu detalhamento com os novos dados disponíveis. A integração entre as atividades foi, também, um aspecto considerado ao final e que levou a uma "conferência final" do que havia sido feito.

O trabalho, na fase que este Estudo relata, terminou com a indicação de vários estudos que poderiam — ou precisavam — ser desenvolvidos simultaneamente. Cada atividade, "concretizada", de certa forma permitia estudos independentes que poderiam ser feitos ao mesmo tempo.

O que parecia apontar a direção da continuidade para estes estudos era a constatação de que a "concretização" feita ainda parecia insuficiente para poder "implantar o programa". O que faltava? A pergunta chave parecia ser: como viabilizar a ocorrência destas atividades, com estas características, em cada um dos 56 Postos de Saúde da rede municipal?

Como fazer com que as centenas de pessoas envolvidas no trabalho dos Postos e os milhares de clientes se comportassem de acordo com o que havia sido produzido e de maneira a usufruir o melhor possível dessas atividades?

ESTUDO 7

CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE ORIENTAÇÕES DE SAÚDE E DAS CARACTERÍSTICAS E INSTRUMENTOS PARA EXECUÇÃO DE CADA ORIENTAÇÃO DE SAÚDE.

As proposições delineadas no Estudo 6 foram um significativo avanço na concretização do que deveria ser o sistema de orientações de saúde (o mesmo tipo de trabalho foi desenvolvido para outras atividades — ou "condições" — dos Postos de Saúde). Aparentemente já se havia "concretizado" o que era possível em relação a "como fazer funcionar o sistema de orientações de saúde". Ao se pensar, porém, em implantar o que havia sido "concretizado" enquanto "idéias" ou "planos", encontrava-se um problema que a "concretização" ainda não parecera resolver: como fazer com que tudo o que fora elaborado ficasse acessível aos funcionários de cada Posto de Saúde de forma que fosse possível eles agirem de acordo?

Tornar "viável" (exequível, realizável) o que fora "concretizado" exigia ainda mais. Era necessário identificar e analisar (explicitar os componentes) os comportamentos envolvidos na realização do que fora descrito. O que havia sido concretizado no Estudo 6 era mais um resultado (efeitos e ou produtos) a obter do que aquilo que as pessoas deveriam fazer para obtê-lo. As "características" do sistema de orientações de saúde pareciam "concretizar" o que deveria resultar e, talvez, o que devesse ser levado em conta (o que não deixa de ser "o que deve ser garantido"). Era necessário explicitar os comportamentos humanos (dos funcionários) que tornariam tais resultados existentes nas atividades cotidianas dos Postos de

saúde.

Em relação às características do sistema de orientações de saúde, ainda parecia ser necessário conferi-las e confirmá-las pelos profissionais da instituição, antes de prosseguir para um nível mais complexo de explicitação de como chegar a torná-las uma realidade existente no comportamento dos funcionários dos Postos de Saúde. Quando conferidas e confirmadas, seria mais seguro tentar responder à pergunta "que comportamentos dos funcionários levariam a elas"?

Para respondê-la parecia necessário formular e também responder a cinco outras questões básicas (Botomé, 1980a, p. 228):

1. quais as classes de respostas envolvidas nesses comportamentos?

2. quais as classes de estímulos antecedentes (situações) que se relacionam com a ocorrência destas classes de respostas? (mesmo que não sejam classes de estímulos discriminativos).

3. quais as classes de estímulos conseqüentes (efeitos ou produtos) que se relacionam com a ocorrência destas classes de respostas?

4. quais as dimensões e valores dessas dimensões que são críticos para cada um destes componentes dos comportamentos em foco?

5. que procedimentos são eficazes e adequados para obter estes três componentes e para analisar as relações entre eles?

Respondidas estas questões — e elas exigem mais do que apenas debate e análise — era necessário e, de certa forma, possível prosseguir para o exame de questões mais exigentes:

6. qual a coerência entre as respostas às questões 1 a 5 e as características que deveria ter o sistema de orientações de saúde?

7. que procedimentos se poderia usar e que variáveis se poderia manipular para fazer com que as relações entre as três classes de componentes (situação, resposta e resultado) fossem as que definissem os comportamentos significativos para o que se queria e para que aumentasse a probabilidade de sua ocorrência nas atividades cotidianas dos funcionários dos Postos de Saúde, em relação ao sistema de orientações de saúde?

A seqüência de perguntas parece, também, apontar um caminho (ou uma seqüência) para o trabalho a desenvolver. Ela também não é a seqüência usual ou freqüente (especificar classes de respostas e aplicar procedimentos para fazê-las ocorrer ou "aumentar a probabilidade de ocorrência"). Botomé (1980a) apresenta diversas considerações a respeito de procedimentos que utilizam como "ponto de partida" a especificação de classes de respostas para lidar com o ensino (ou instalação) de comportamento, propondo a seqüência de questões de 1 a 5 que apontamos, como uma maneira que permite um trabalho mais consistente com o que caracteriza a análise do comportamento como uma maneira científica de trabalhar.

Parece que, respondendo à lista (e seqüência) de questões apresentadas, haveria dois tipos de conseqüências que deveriam ser consideradas.

A primeira conseqüência é ter explícitas as classes de estímulos (antecedentes e conseqüentes) "naturalmente" relacionadas com as classes de respostas em jogo. Procedimentos que utilizem classes de estímulos artificiais para estabelecer poder de influência (de determinação ou de controle) das classes de estímulos descritas, de forma a torná-las classes

de estímulos antecedentes discriminativos (situações sinalizadoras para a ocorrência da classe de respostas que obterá determinados tipos de conseqüências) e classes de estímulos conseqüentes reforçadores (resultados "significativos" para os funcionários) deveriam incluir a retirada das classes de estímulos artificiais, após estabelecidas as relações importantes entre os componentes do comportamento. Um exemplo de exame e de procedimento com as características apontadas é descrito por Botomé (1979b) a respeito do comportamento de estudar.

A segunda conseqüência é que, provavelmente, uma análise que inclua resposta às questões indicadas, interferirá com as características do treinamento dos funcionários, exigindo situações de treino onde haja maior similaridade entre as características da situação de treinamento e as da situação onde o funcionário irá trabalhar. A similaridade deve ser examinada em relação às situações apresentadas para o aprendiz lidar em relação às características das classes de respostas que serão solicitadas e em relação às classes de estímulos conseqüentes que se seguirão às classes de respostas apresentadas. Botomé (1980a, pp. 205-209) examina algumas dessas similaridades entre "objetivos de ensino" (comportamentos-alvo) e "condições de ensino" (situações ou atividades de aprendizagem).

As considerações feitas até agora precisam ser desenvolvidas em relação a cada um dos níveis de realização das orientações de saúde. Há pelo menos dois deles que parecem importantes e que se pode separar e desenvolver mais em relação ao que foi considerado anteriormente: o nível da administração do sistema e o nível da execução das orientações de saúde.

Em relação à administração do sistema há comportamentos específicos que diferem da execução. As decisões sobre

qual orientação cada usuário deve ter em cada situação em que se encontrar e quando deverá retornar ao Posto para ter a orientação de saúde, junto com os demais atendimentos que necessita, são exemplos de administração do sistema de orientações de saúde (ver Quadros 6.2, 6.7, 6.8, 6.9, 6.10 e 6.11 do Estudo 6).

Essas decisões envolvem classes de comportamentos diferentes daqueles que se relacionam com a execução de cada orientação específica para os usuários. Que recursos se usará, quem dará as orientações, quantos usuários receberão cada orientação de cada vez, quanto tempo deverá ou poderá durar cada orientação, quais os comportamentos que deve apresentar o usuário em relação a cada orientação (quais os comportamentos-alvo — ou objetivos — de cada orientação) e que comportamentos deve apresentar o funcionário para cada orientação etc. são exemplos de aspectos relacionados com a execução concreta e específica de cada orientação de saúde.

Ambos os conjuntos de aspectos (relacionados à administração do sistema e à execução de cada orientação de saúde) envolvem perguntas que necessitam de pesquisa. Por exemplo: quais as classes de respostas que devem ser apresentadas pelos usuários em relação a primeiros cuidados com o recém-nascido? E há uma grande quantidade de perguntas para cujas respostas há necessidade de obter uma ainda maior quantidade de dados. Para cada uma das orientações de saúde propostas se poderia fazer perguntas semelhantes (ver Quadro 7.3).

O problema em relação à possibilidade de responder a essas questões se configura quando se pergunta: qual a mão-de-obra apta e disponível para obter os dados e responder à grande quantidade de perguntas envolvidas? Onde obter os múltiplos tipos de dados necessários? Que tipos de pesquisas serão necessários? Quem está apto a realizá-las? Quanto custará? O

que a instituição pode pagar?

Além das questões acima ainda há o problema de que não é qualquer tipo de procedimento de trabalho ou tipo de resposta que pode servir. Como obter dados que atendam às necessidades das perguntas e sejam coerentes com a característica fundamental da instituição (e do trabalho): um serviço de saúde pública?

Num plano mais específico — e talvez mais pessoal do redator deste trabalho — as perguntas se organizavam em torno de outra ordem de problemas: seria possível a psicologia contribuir? no que e quanto? que tipo de habilitações os profissionais (ou estudantes) de psicologia deveriam ter para serem capazes de auxiliar de maneira útil e significativa?

Uma alternativa escolhida ao examinar a situação toda consistiu em organizar um trabalho com participação de estudantes e a verificação do que se obteria com seu trabalho, tanto para a instituição como para os estudantes.

Mais concretamente, este estudo relata como se construiu um conjunto de características do ambiente de funcionários e usuários dos Postos de Saúde de forma a tornar altamente provável a ocorrência de um grande conjunto de classes de respostas-alvo dessas duas populações.

Participantes

Na fase do trabalho que este Estudo relata houve dois tipos de participantes desenvolvendo trabalhos diferentes com uma parte em comum.

A parte do trabalho relacionada à construção da estratégia de funcionamento do sistema de orientações de saúde e da definição das "linhas gerais" que deviam caracterizar a execução de cada orientação de saúde teve os mesmos participantes do Estudo 2, à exceção de que diminuiu um dos estagiários de Psicologia e os outros dois formaram-se em Psicologia, deixando de ser apenas estagiários, ao iniciar a fase de trabalho correspondente a este relato.

A parte do trabalho que se refere à construção de instrumentos (e respectivos procedimentos de uso) para realizar as orientações de saúde teve como participantes oito estudantes dos últimos dois anos do curso de Psicologia (4º e 5º anos) que se dispuseram a colaborar com o Departamento de Saúde da Comunidade realizando seus trabalhos de pesquisa com Programação de Condições de Ensino (este era, na época, o nome de uma das disciplinas que os estudantes cursavam e que orientava as pesquisas que realizariam no Departamento de Saúde da Comunidade), estudando um instrumento que permitisse concretizar a execução das orientações de saúde.

Uma parte do trabalho — a definição das características da execução de cada orientação — foi proposta pelo primeiro grupo de participantes mas houve participação e influência do segundo grupo (os estudantes de Psicologia) devido

aos debates realizados entre os dois grupos e aos dados que eram levantados à medida que se tentava construir os instrumentos para realizar cada orientação e se testava o que ficava elaborado.

Material

No trabalho referente à definição de como seria o sistema de orientações de saúde o material utilizado foi, fundamentalmente, o mesmo do Estudo 6, acrescentando-se os registros e produtos do trabalho que o Estudo 6 relata.

No trabalho referente à construção dos instrumentos para realizar cada orientação de saúde o material utilizado, além do que foi descrito e produzido no Estudo 6, constou dos recursos utilizados pela disciplina "Programação de Condições de Ensino" (desenvolvida no Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo de 1975 a 1978 pelo autor deste trabalho) e que constou fundamentalmente de material didático próprio da disciplina e do procedimento empregado no seu desenvolvimento. O procedimento, basicamente, foi o mesmo do relatado por Botomé (1980a) no trabalho "Objetivos comportamentais no ensino: a contribuição da análise experimental do comportamento", incluindo a seqüência de classes de respostas que constituiu o "esteio" do trabalho desenvolvido pelos estudantes.

Ambiente

Também quanto ao ambiente físico onde o trabalho se desenvolveu, houve dois grandes e distintos conjuntos de variáveis.

Um dos ambientes foi o mesmo descrito no Estudo 6 e foi utilizado por ambos os grupos de participantes, sendo muito pouco usado pelo grupo de estudantes de psicologia.

O outro ambiente, só utilizado pelos estudantes, foi o de uma sala de aula convencional, com cadeiras do tipo "universitário" e demais móveis e objetos comuns em salas desse tipo.

Os demais ambientes (onde e com que lidaram os diversos participantes ao coletar dados, levantar material, etc.) não parecem ser relevantes para este relato, mesmo porque foram muito variados e de — acredita-se — pouca relevância para os resultados que se está relatando.

Procedimento

O procedimento de trabalho relacionado ao relato deste Estudo será apresentado em etapas, correspondendo, em linhas gerais, ao que foi produzido (tipos ou partes do produto). As etapas foram as seguintes: 1. caracterização do sistema de orientações de saúde; 2. construção do instrumento que permitiria "decidir" qual orientação cada usuário deveria ter cada vez que retornasse ao Posto para controle de saúde; 3. procedimento de uso do instrumento elaborado; 4. caracterização de cada orientação de saúde específica; 5. caracterização de um instrumento de ensino que permita realizar cada orientação de saúde de acordo com as características do sistema de orientações de saúde.

Primeira etapa — Caracterização do sistema de orientações de saúde.

Nesta etapa houve uma seqüência de tarefas realizadas pelos participantes,excluindo os estudantes. A primeira foi

uma leitura do produto relativo ao estudo anterior (para cada atividade) em grupos de dois a quatro participantes e que era concluída com uma proposta de "quais características deveria, concretamente, ter o sistema de orientações de saúde" além, e mais especificamente, daquelas relatadas no Estudo 6. O que se propunha era tentar responder às questões: "como?" "onde?" "quando"? "quanto?" etc. (isto foi feito para todas as atividades).

Terminada esta tarefa, cada grupo apresentou ao conjunto de participantes, o que havia feito, com um debate que teve como fim um consenso do grupo todo.

Nesse debate explicitava-se que critérios eram importantes para levar em conta ao examinar cada proposta. Basicamente, foi considerado que as características deveriam ser "viáveis" de serem realizadas por funcionários dos Postos, sem prejuízo para o atendimento à população e ser coerentes e integradas às demais atividades do Posto, em conjunto.

A lista final dessas características foi examinada sob o crivo desses critérios.

Segunda etapa — Construção do instrumento que permitiria "decidir" qual orientação cada usuário deveria ter cada vez que retornasse ao Posto para controle de saúde.

A primeira tarefa desta etapa foi "analisar o comportamento mais importante envolvido na 'decisão' do funcionário" (marcar o retorno do cliente para o dia com a melhor orientação de saúde para o seu caso). Um dos psicólogos fez a análise individualmente, explicitando as classes de estímulos antecedentes, as características e dimensões da classe de respostas envolvida e as classes de estímulos conseqüentes produtos dessa classe de respostas.

A proposta foi submetida ao exame dos demais participantes que deveriam completar e ou corrigir o que era apresentado em cada componente do comportamento analisado. O debate continha muitas "explicações" do psicólogo autor da proposta, a respeito do que era cada componente, qual a sua função, etc., de forma a garantir que os participantes acompanhassem e entendessem as regras e princípios que estavam sendo aplicados (as informações — "explicações" — fornecidas foram organizadas nos seguintes documentos: Botomé (1977b, 1980a, 1980b) e Botomé e Souza (1979, 1980a, 1980b).

As "explicações" sempre foram feitas procurando-se usar uma linguagem acessível com um mínimo de terminologia técnica.

Quando os participantes chegaram a um consenso sobre os componentes (ver Quadro 7.2), a tarefa foi considerada concluída.

A segunda tarefa desta etapa foi a de "planejar as condições" que viabilizariam (tornariam possível ou provável) a existência do produto especificado, através da classe de respostas que fora especificada.

Este "planejamento" foi feito inicialmente por um dos psicólogos que elaborou um esboço de um desenho que permitia visualizar as classes de estímulos antecedentes da situação. O esboço foi elaborado através de uma listagem de todas as variáveis envolvidas com o comportamento em foco e, em seguida, através de tentativas para torná-las visíveis para o funcionário que deveria apresentar o comportamento. O resultado parcial, e apenas em esboço, foi submetido a exame dos demais participantes que o debateram até esgotar as críticas, sugestões e correções.

Em seguida a este debate passou-se para a construção do material que seguiu a seguinte seqüência: os partici-

pantes em grupos pequenos (três ou quatro pessoas) definiram a ordem de prioridade das orientações para cada idade da gestação (considerando meses como unidade) e da criança, numerando-as. Quando se chegou a um consenso sobre esta ordem de prioridade fez-se um novo "esboço", mais completo, do desenho que permitia visualizar as classes de estímulos antecedentes (aspectos relevantes da situação) relacionadas à classe de respostas em foco.

O novo desenho foi submetido primeiro a debate pelos participantes e, depois, a um teste para verificar sua eficácia, voltando a debate com os dados do teste já assimilados a um desenho aperfeiçoado (novamente pelo psicólogo). Este ciclo (teste, melhoria, debate) repetiu-se várias vezes até se chegar a um desenho bastante aperfeiçoado. O debate era sempre comparando o desenho atual com o desenho anterior e explicitando os dados que foram responsáveis pela mudança.

O desenho final é o que está apresentado como resultado neste Estudo (ver Quadro 7.3).

Para a elaboração do desenho final procurou-se atender às seguintes exigências: simplicidade (poucas informações), clareza (o "visual" deveria permitir identificar com facilidade e rapidez a informação importante), traços, letras e números com grafia (tamanho, intensidade, etc.) que destacasse umas classes de informações de outras e, finalmente, que fosse um desenho "agradável" (identificado através de opiniões de diversas pessoas que vissem o desenho).

Terceira etapa — Procedimento de uso do instrumento elaborado na segunda etapa.

O procedimento de uso do instrumento (desenho) seguiu as mesmas fases que o desenho do instrumento acompanhando, simultaneamente, a cada tentativa do desenho, um procedi-

mento de uso correspondente. A crítica ao desenho envolvia, também, crítica ao procedimento.

No momento em que ficou pronta a versão final do desenho, elaborou-se a redação do procedimento de uso (uma instrução simplificada) do instrumento.

Quarta etapa — Caracterização do sistema de orientações de saúde.

A quarta etapa do trabalho descrito neste Estudo foi desenvolvida de maneira semelhante à primeira etapa.

Uma das diferenças foi a de que a leitura e estudo iniciais envolveram mais produtos que na primeira etapa (incluindo os produtos deste Estudo até a terceira etapa).

Outra diferença foi a de haver seminários periódicos (mensais aproximadamente) com os estudantes que construiam os instrumentos (ver etapa seguinte) que, à medida que o faziam, obtinham dados relevantes para a caracterização (mais realista?) do sistema de orientações de saúde.

Quinta etapa — Caracterização de um instrumento de ensino para realizar cada orientação de saúde de acordo com as características do sistema de orientações de saúde.

A quinta etapa foi desenvolvida basicamente tendo como participantes um dos psicólogos (que também era professor da disciplina "Programação de Condições de ensino" no curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo) e os estudantes de Psicologia também alunos da disciplina "Programação de Condições de Ensino").

As fases desta etapa já foram descritas por Botomé (1977a), De Rose, Gonçalves e Botomé (1977) e Botomé (1980a), podendo ser descritas como a seguinte seqüência de classes

(gerais) de respostas (Botomé, 1980a, p. 240):

1. Descrever o problema a ser resolvido através do programa de ensino;
2. Propor objetivo(s) comportamental(is) terminal(is) para o programa de ensino;
3. Justificar a relevância do(s) objetivo(s) terminal(is) de um programa de ensino em relação aos aprendizes do programa;
4. Decompor o(s) objetivo(s) terminal(is) em seus componentes intermediários necessários para sua consecução;
5. Organizar os objetivos intermediários resultantes da decomposição em uma seqüência para ensino;
6. Planejar condições e atividades de ensino para a aprendizagem de cada um dos objetivos intermediários da seqüência;
7. Organizar as condições e atividades planejadas para ensino em unidades (ou passos) a serem realizados pelos aprendizes;
8. Planejar o procedimento de avaliação da eficácia de um programa de ensino;
9. Organizar o material e as atividades a serem utilizadas e desenvolvidas pelos aprendizes nas diferentes unidades do programa de ensino;
10. Redigir instruções para cada unidade de trabalho do aprendiz em um programa de ensino;
11. Planejar o(s) procedimento(s) de avaliação de desempenho do aprendiz;
12. Redigir apresentação de um programa de ensino con-

tendo objetivos, recursos, procedimentos e sistema de avaliação do desempenho do aprendiz e do programa de ensino;

13. Comunicar e examinar programas de ensino sob forma comportamental.

Cada item dessa seqüência foi detalhado em vários objetivos intermediários que permitiam a consecução de cada item que, por sua vez, também caracterizava cada uma das "decisões" fundamentais de um programador de ensino.

A cada item (ou decisão) os estudantes realizavam as seguintes atividades:

1. estudavam material ou informações referentes à "decisão" em jogo;
2. realizavam exercícios com versões simples da "decisão" que iriam tomar;
3. propunham (apresentavam) aos colegas e professor uma primeira (às vezes parcial) elaboração da "decisão";
4. debatiam, ouvindo e registrando críticas, sugestões, correções, dados novos, etc.;
5. corrigiam e ou completavam a decisão inicial com as informações do debate;
6. apresentavam as decisões com as reformulações feitas aos profissionais responsáveis pelo trabalho no Departamento de Saúde da Comunidade (incluindo o professor);
7. debatiam, ouvindo e registrando críticas, sugestões, correções, dados novos, etc.;
8. corrigiam e ou completavam a decisão com as novas informações do debate.

Repetiam a mesma seqüência de atividades para cada "decisão", acumulando as "decisões" anteriores.

Quando todas as decisões haviam sido tomadas de acordo com estas atividades básicas (houve pequenas variações de uma para outra decisão) os trabalhos eram submetidos a testes para verificar sua eficácia. Os testes eram planejados como uma pesquisa experimental e foram relatados por Cortegoso e outros (1978), Botomé e outros (1979a), Rubano e outros (1979), Cortegoso e outros (1979) e Bassani e Botomé (1979). Não serão, por isto, apresentados neste Estudo.

RESULTADOS

Os resultados da fase do trabalho (e da parcela dela) que este Estudo relata podem ser descritos em cinco conjuntos: 1. as características do sistema de orientações de saúde; 2. o recurso que seria usado no "expediente dos Postos de Saúde" para poder decidir que orientação cada usuária teria a cada vez que fosse ao Posto de Saúde; 3. o procedimento de uso deste instrumento; 4. as características de cada orientação específica; e 5. as características de um instrumento de ensino que permitisse realizar cada orientação de saúde dentro do sistema.

No quadro 7.1, pode-se observar as características gerais do sistema de orientações de saúde que seriam oferecidas aos usuários dos Postos de Saúde (gestantes e mães). As "características" do sistema aparecem como proposições (um conjunto de cinco) de como as orientações devem ocorrer.

No Quadro 7.2, pode-se ver a especificação dos aspectos do ambiente e da ação do funcionário envolvidos na "escolha da orientação para cada usuário quando retornar ao Posto para controle de saúde". Há, pelo menos, dois aspectos do ambiente que são fundamentais e relacionados à ação do funcionário.

No Quadro 7.3, está uma miniatura da "ficha de orientações de saúde para mães e crianças". Esta ficha foi considerada a "condição de estímulo" que permitia viabilizar a ocorrência do "sistema de orientações de saúde" conforme foi especificado no Estudo 6 e de acordo com as características do Quadro 7.1.

No Quadro 7.3, à esquerda encontra-se a lista final

1. Cada vez que o usuário vier ao Posto ele receberá uma orientação adequada às suas necessidades (ou, mais propriamente, às suas condições atuais);

2. A cada vez que receber uma orientação o usuário terá seu retorno mensal marcado para um dia em que houver a orientação de saúde mais adequada à condição que terá no retorno, seguindo uma seqüência de um conjunto de orientações fundamentais;

3. As orientações ocorrerão em horários definidos do dia, de maneira que possa haver dois ou três grupos de usuários por dia tendo as orientações de saúde mais adequadas à sua condição;

4. Cada orientação deverá manter um padrão estável (isto é, ser dada de maneira semelhante) mesmo que em diferentes locais, situações, épocas ou por pessoas diversas;

5. A orientação de saúde deverá ser parte do atendimento de saúde dado pelo Posto a cada usuário.

Quadro 7.1. Características gerais do sistema de orientações de saúde que seriam oferecidas às gestantes e mães usuárias dos Postos de Saúde.

que constituía um sistema de orientações de saúde completo (contar com todas as orientações que fossem necessárias à população-alvo do trabalho dos Postos de Saúde para que as deficiências fundamentais do repertório dessa população em re-

ESCOLHER A ORIENTAÇÃO MAIS ADEQUADA PARA CADA USUÁRIO A CADA RETORNO AO POSTO PARA CONTROLE DE SAÚDE		
S^A.	R	S^C
. hierarquia das orientações para cada usuário em função da idade da gestação ou da criança. . orientações que cada usuário já recebeu.	marcar qual a orientação mais adequada para cada usuário, de acordo com as orientações já recebidas e as necessidades mais importantes para a idade da gestação ou da criança.	orientação mais adequada para cada usuário marcada de acordo com as orientações já recebidas e as necessidades mais importantes para a idade da gestação ou da criança.

Quadro 7.2. Descrição dos componentes — situação (S^A), classe de ações (R) e produto (S^C) — envolvidos no comportamento "escolher a orientação mais adequada para cada usuário a cada retorno ao Posto para controle de saúde".

lação à saúde fossem, pelo menos, minimizadas). As 14 orientações de saúde estão agrupadas em quatro conjuntos. O primeiro, com duas orientações, destinadas a todas as usuárias, deveria estar à disposição de cada usuária na primeira vez que comparecesse ao Posto de Saúde.

O segundo conjunto, com três orientações constituía um conjunto de orientações típicas, próprias e específicas para as usuárias gestantes.

O terceiro conjunto constituído por duas orientações (aleitamento materno e primeiros cuidados com o bebê) podia ser desenvolvido tanto com gestantes como com mães. Sendo útil tanto nos meses finais de gravidez quanto no primeiro mês de maternidade.

O quarto conjunto, com sete orientações de saúde, já

FICHA DE ORIENTAÇÕES DE SAÚDE PARA GESTANTES E MÃES

NOME: _____

POPULAÇÃO-ALVO / MESES DE IDADE (GESTAÇÃO/CRIANÇA) / ORIENTAÇÕES	GESTANTES									MÃES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	8½	½	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
SERVIÇOS DO POSTO E DA COMUNIDADE	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
USO DO SUPLEMENTO ALIMENTAR	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
CUIDADOS NA GRAVIDEZ	3	3	3	3	3	5	7	–	–												
ESCOLHA E PREPARO DE ALIMENTOS	–	4	4	4	4	4	–	–	–												
PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PUERPÉRIO	–	–	–	–	–	3	3	3	3												
ALEITAMENTO MATERNO	–	–	–	–	–	–	4	4	4	INDICAÇÃO MÉDICA											
PRIMEIROS CUIDADOS COM O BEBÊ	–	–	–	–	–	–	5	5	5	3	3										
INTRODUÇÃO DA SOPA E PAPA DE FRUTAS										4	4	3									
INTRODUÇÃO DA SOPA E GEMA DE OVO										–	–	–	3	3	3						
PREPARO DA MAMADEIRA										INDICAÇÃO MÉDICA											
CUIDADOS NAS DOENÇAS DO BEBÊ										–	–	4	4	4	4	3	3				
MOTRICIDADE E ACIDENTES										–	–	–	5	5	5	4	4				
INTRODUÇÃO DOS ALIMENTOS DA FAMÍLIA										–	–	–	–	–	–	–	–	3	3	3	3
HIGIENE BUCAL DA CRIANÇA										–	–	–	–	–	–	–	–	4	4	4	4

▨ SÓ TERÁ ESTA ORIENTAÇÃO SE ESTIVER COM ALEITAMENTO NO SEIO E PORTANTO RECEBENDO SUPLEMENTO ALIMENTAR.

Quadro 7.3. Miniatura da "Ficha de Orientações de Saúde para Gestantes e Mães" a ser usada no Expediente dos Postos de Saúde para permitir uma escolha de qual orientação deve ser dada à usuária de acordo com sua situação (idade da gestação ou da criança, frequência ao Posto e Orientações de Saúde já recebidas).

é específico para as usuárias mães, visando as condições de saúde da criança diretamente.

Na parte superior do Quadro encontramos uma espécie de "calendário" especificando os meses de idade da criança desde a concepção (gestantes ou meses de idade da gestação) até os 11 meses de idade pós-nascimento (mães ou meses de idade da criança).

No corpo da ficha de orientações em saúde (a lista de orientações e o "calendário" correspondem a entradas da "tabela" constituída pelo "corpo") encontram-se diversos números. Em cada coluna (correspondente a uma "idade" da gestação ou da criança) há uma seqüência de números que varia de 1 a 2 até 1 a 7. A seqüência representa a ordem de prioridade das orientações de saúde a cada idade da gestação ou da criança. As caselas com traço (-) são excluídas da seqüência. Nesse sentido, por exemplo, a orientação "cuidados na gravidez" (ver Quadro 7.3) tem "prioridade 3" até o 5º mês de gestação, caindo para "prioridade 5" no 6º mês de gestação (neste mês "preparação para o parto e puerpério" e "escolha e preparo de alimentos" são mais importantes) e para a "prioridade 7" no 7º mês de gestação. O mesmo se aplica às demais colunas e orientações.

A orientação "uso do suplemento alimentar", para as usuárias que procuram o Posto de Saúde somente após o parto (e, portanto, não tiveram a orientação anteriormente) só será oferecida se as mães estiverem aleitando a criança no seio; se estiverem com aleitamento artificial (mamadeira) não usarão o suplemento alimentar (ver a parte sombreada nas caselas da orientação "uso do suplemento alimentar" à direita do Quadro 7.3).

No caso das orientações sobre "aleitamento materno" e "preparo da mamadeira", após o parto, devem ser dadas assim

que houver indicação médica. O pediatra é quem deverá dizer se a mãe precisa de uma ou outra orientação conforme as condições para o aleitamento materno.

Observa-se, ainda, na "ficha de orientações de saúde para gestantes e mães" linhas pontilhadas marcando a direção de cada coluna, onde não há caselas para ler. Elas têm a função de facilitar a leitura ligando o "calendário" na parte superior da ficha às caselas na parte mais inferior.

No Quadro 7.4, encontramos a descrição resumida do "procedimento de uso da ficha de orientações de saúde para gestantes e mães".

As características do procedimento fazem com que: 1. a orientação a ser dada ao usuário fique destacada das demais (pelo círculo ao redor do número nas caselas que marca o "nível de prioridade" de cada orientação em cada idade de gestação ou da criança); 2. seja anulada a linha (por um risco horizontal) da orientação já realizada, anulando os "níveis de prioridade" que constam daquela linha e reestruturando todo o arranjo de prioridades a seguir; 3. fique fácil localizar, para qualquer idade da gestação ou da criança, qual a orientação mais importante e de acordo com as orientações que a usuária já teve (ou deixou de ter).

Além da viabilização de execução do sistema a que se referem os resultados descritos até agora, ainda há resultados relacionados à execução de cada orientação de saúde, explicitando como deveria ocorrer, e quais as possíveis condições para cada orientação de saúde.

No Quadro 7.5 há algumas características, regras e resultados relacionados à execução de cada uma das orientações de saúde. Todos referem-se a como deveria ocorrer e o que deveria resultar de cada orientação. São parâmetros que deveriam orientar as decisões mais específicas a respeito de

1. CADA USUÁRIO QUE UTILIZAR OS SERVIÇOS DO POSTO DE SAÚDE, DEVERÁ TER UMA "FICHA DE ORIENTAÇÕES DE SAÚDE" NO SEU PRONTUÁRIO.

2. AO COMPARECER AO POSTO DE SAÚDE PELA PRIMEIRA VEZ O USUÁRIO DEVERÁ RECEBER AS DUAS PRIMEIRAS ORIENTAÇÕES DE SAÚDE DA LISTA QUE CONSTA DA "FICHA DE ORIENTAÇÕES DE SAÚDE" (VER O PRIMEIRO QUADRO DA SEQUÊNCIA AO LADO).

3. O FUNCIONÁRIO DO EXPEDIENTE DEVERÁ CIRCULAR O NÚMERO QUE ESTÁ NA CASELA CORRESPONDENTE À ORIENTAÇÃO DE SAÚDE QUE O USUÁRIO DEVERÁ RECEBER E ENCAMINHÁ-LO PARA O LOCAL ONDE RECEBERÁ AS ORIENTAÇÕES DE SAÚDE (VER PRIMEIRO QUADRO DA SEQUÊNCIA AO LADO).

4. O FUNCIONÁRIO QUE REALIZAR A ORIENTAÇÃO DE SAÚDE CIRCULADA DEVERÁ RISCAR TODA A LINHA CORRESPONDENTE À ORIENTAÇÃO COM UM TRAÇO DESDE O CÍRCULO ATÉ O FINAL DA LINHA E DEVOLVER O PRONTUÁRIO AO EXPEDIENTE DESSA FORMA (VER SEGUNDO QUADRO DA SEQUÊNCIA AO LADO. O EXEMPLO MOSTRADO NOS QUADROS AO LADO É DE UMA GESTANTE QUE COMEÇOU A FREQUENTAR O POSTO DE SAÚDE NO 5º MÊS DE GESTAÇÃO).

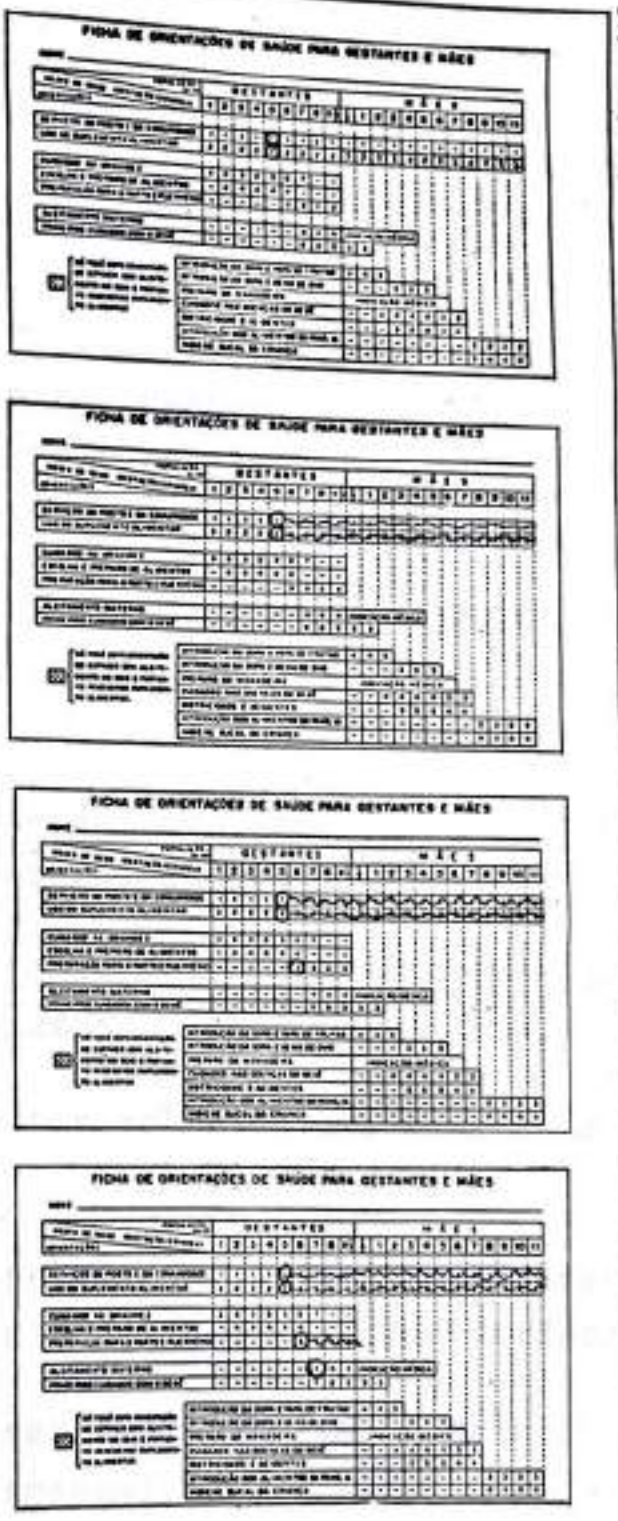
5. O FUNCIONÁRIO DO EXPEDIENTE, AO RECEBER DE VOLTA O PRONTUÁRIO DO CLIENTE QUE JÁ TEVE A ORIENTAÇÃO DE SAÚDE (QUE PODE SER VISTA PELO TRAÇO NA FICHA DE ORIENTAÇÕES DE SAÚDE) DEVERÁ PROCURAR NA FICHA DE ORIENTAÇÕES DE SAÚDE A COLUNA QUE SE REFERE À ÉPOCA DE GESTAÇÃO (OU À IDADE DA CRIANÇA) QUE TERÁ O CLIENTE NO RETORNO AO POSTO DE SAÚDE NO MÊS SEGUINTE E CIRCULAR O MENOR NÚMERO EXISTENTE NAS CASELAS DESSA COLUNA (VER TERCEIRO QUADRO NA SEQUÊNCIA AO LADO).

6. EM SEGUIDA O FUNCIONÁRIO DEVE VERIFICAR QUAL A ORIENTAÇÃO DE SAÚDE (NA MESMA LINHA DO CÍRCULO QUE FEZ, À ESQUERDA) QUE O CLIENTE DEVERÁ TER NO MÊS SEGUINTE, QUANDO RETORNAR AO POSTO DE SAÚDE PARA UM NOVO ATENDIMENTO (NO TERCEIRO QUADRO DA SEQUÊNCIA AO LADO, PODE-SE VER QUE A ORIENTAÇÃO NO EXEMPLO EXAMINADO SERÁ "PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PUERPÉRIO").

7. DEPOIS DE FAZER TUDO ISSO, O FUNCIONÁRIO DEVERÁ PROCURAR EM QUAL DIA DA SEMANA A ORIENTAÇÃO ASSINALADA SERÁ OFERECIDA (TEM UM HORÁRIO DE ORIENTAÇÕES NA SEMANA PARA ISSO).

8. LOCALIZADO O DIA DA SEMANA EM QUE O ORIENTAÇÃO É OFERECIDA NO POSTO, O FUNCIONÁRIO DEVERÁ MARCAR O PRÓXIMO RETORNO PARA, APROXIMADAMENTE 30 DIAS MAIS TARDE; NO DIA DA SEMANA EM QUE O USUÁRIO PODERÁ TER A ORIENTAÇÃO DE SAÚDE AO VOLTAR AO POSTO PARA UM NOVO ATENDIMENTO DE SAÚDE.

9. O PROCESSO DEVERÁ REPETIR-SE QUANDO O USUÁRIO TIVER RECEBIDO A ORIENTAÇÃO DE SAÚDE PREVISTA (VER ÚLTIMO QUADRO DA SEQUÊNCIA AO LADO).



Quadro 7.4. Resumo do procedimento de uso da "Ficha de Orientações de Saúde para Gestantes e Mães" usuárias dos Postos de Saúde.

1. cada orientação deverá ser dada aos poucos e com recursos visuais e auditivos o mais possível (em pequenos passos);

2. a cada pequena dose de informação deverá haver uma solicitação de desempenho do usuário;

3. para cada desempenho de cada usuário deverá haver conseqüências do orientador ou dos demais participantes que confirmem ou criem novas condições para o usuário alterar seu desempenho no caso de ele ser inadequado;

4. as condições oferecidas deverão ter o mesmo padrão através de diferentes orientações, mesmo que os orientadores sejam diferentes;

5. as condições oferecidas deverão ser corretas e suficientes para garantir o desempenho adequado;

6. as condições, solicitações e conseqüências deverão ocorrer em uma seqüência planejada;

7. cada orientação deverá ter por volta de uma hora de duração, no máximo;

8. toda a interação entre orientador e orientandos deverá ser feita com o máximo de naturalidade e simplicidade;

9. a orientação deverá poder ser dada por um funcionário auxiliar (auxiliar de enfermagem).

Quadro 7.5. Características, regras e resultados a obter relacionados à realização de cada uma das orientações de saúde oferecidas às usuárias dos Postos de Saúde.

instrumentos e procedimentos para a realização de cada orientação.

Nos Quadros 7.6, 7.7 e 7.8, pode-se ver as características do instrumento de ensino planejado para realizar cada orientação de saúde. Este instrumento já foi descrito por Rubano, Utida, Hubner e Bassani (1978) e, neste Estudo, serão utilizados apenas os dados relativos ao que foi descrito por estes autores. Na época da realização desta fase do trabalho eles eram estudantes de Psicologia colaborando com o Departamento de Saúde da Comunidade para o desenvolvimento de recursos que permitissem a viabilização das orientações de saúde, de acordo com o que havia sido definido pelo "sistema de orientações".

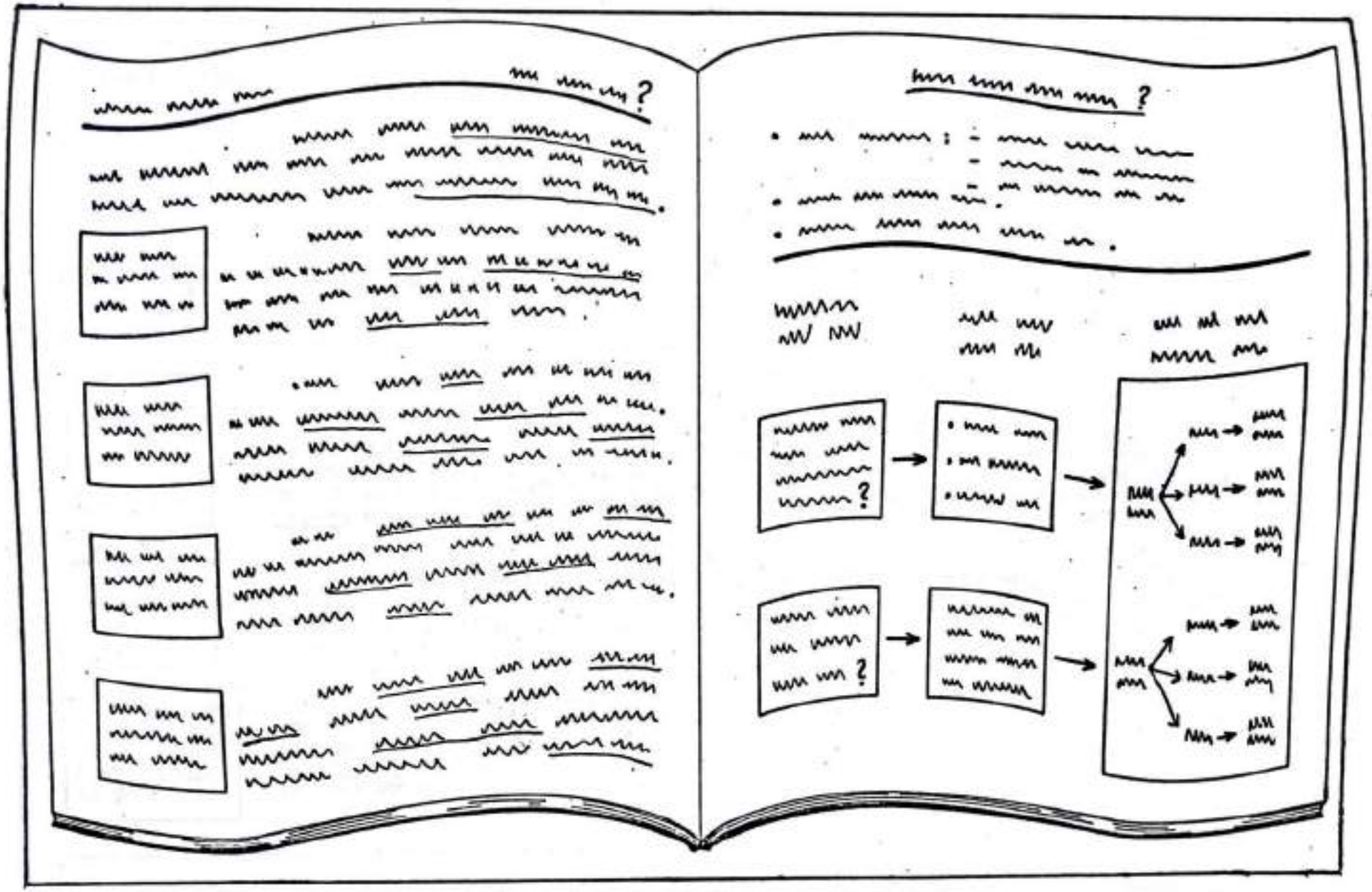
No Quadro 7.6, pode-se ver um desenho esquemático de um "Manual de orientações de saúde" cujas características permitiriam atender ao que fora especificado para a execução de cada orientação de saúde. Na página da esquerda localiza-se um conjunto de informações que devem ser apresentadas aos orientandos.

Na parte superior (acima do traço) na página da direita, encontra-se um resumo (ou esquema) das informações contidas na página da esquerda.

Na parte inferior (abaixo do traço) encontra-se o esquema da solicitação que deve ser feita, o desempenho esperado e um esquema do procedimento de conseqüenciação do desempenho.

A cada duas páginas do "Manual" se repetiria a mesma coisa para diferentes conjuntos de informação.

No Quadro 7.7, há um exemplo concreto da página da esquerda do "Manual" que foi retirada do "Manual de orientações de saúde sobre escolha e preparo de alimentos" (Cortegoso, Ferreira, Hubner e Botomé, 1979). O tipo da página ("página de



Quadro 7.6. Esquema de uma unidade de um "Manual de Orientações de Saúde" que parecia permitir a realização de cada orientação de acordo com as características especificadas (ver Quadro 7.4).

ESCOLHA E PREPARO DE ALIMENTOS — Quais são os tipos de alimentos que devemos comer?

Não basta comer qualquer coisa para se viver com saúde. É muito importante saber escolher direito o que se deve comer para se conseguir ter uma boa saúde. Quais são os tipos de alimentos que devemos comer para nos mantermos com saúde e fortes?

MOSTRAR A FIGURA Nº 1 AO CITAR OS ALIMENTOS

Há vários tipos de alimentos e cada um deles cuida de alguma coisa em nosso corpo. O primeiro desses tipos é constituído pelas carnes, leite e ovos. São esses três alimentos que formam o nosso corpo. As carnes, o leite e os ovos formam os nossos músculos. São como os tijolos de uma construção: as carnes, o leite e os ovos formam o nosso corpo como os tijolos de uma construção formam a casa. Sem esses alimentos não se consegue ter um corpo forte.

MOSTRAR A FIGURA Nº 2 AO CITAR OS ALIMENTOS

Além das carnes, leite e ovos há um outro tipo de alimento que é muito importante para a saúde: as frutas, os legumes e as verduras. Sem elas o corpo também não consegue ficar forte. São as frutas, os legumes e as verduras que juntam os alimentos formando uma construção firme. Assim como as carnes, leite e ovos são os tijolos na construção do nosso corpo, as frutas, legumes e verduras são o cimento, que vai dar consistência à construção do nosso corpo.

MOSTRAR A FIGURA Nº 3 AO CITAR OS ALIMENTOS

Mas não basta ter carnes, leite, ovos, frutas, legumes e verduras para a construção do nosso corpo. Ainda é necessário cereais, gordura e açúcar para que a construção fique sólida. Os cereais, gorduras, massas e doces ajudam a firmar os outros alimentos na construção do corpo de uma pessoa.

ENUMERE, COM OS DEDOS, OS TRÊS TIPOS DE ALIMENTOS, À MEDIDA QUE FALAR.

Em resumo, há três tipos de alimentos que são importantes na construção do corpo de uma pessoa: 1) as carnes, leite e ovos; 2) as frutas, legumes e verduras e, 3) os cereais, gorduras, massas e doces. Deve-se comer os alimentos de todos esses tipos e não apenas de um deles. Cada tipo de alimento tem um trabalho a fazer na construção e no funcionamento do corpo de uma pessoa e por isto não deve faltar nenhum.

Quadro 7.7. Exemplo de uma "folha de informações" retirada do "Manual de orientação de saúde sobre escolha e preparo de alimentos" (Cortegoso e outros, 1979).

informações") foi padronizado para os manuais de orientação de saúde.

Ao alto à esquerda (acima do traço), encontra-se o nome do manual que é também um nome-resumo descritivo da orientação do manual todo. À direita e acima, encontra-se uma pergunta que se refere ao conjunto de informações contidas na página. As informações devem responder à pergunta colocada ao alto da página. A expressão apresentada sob a forma de uma pergunta tinha a função de "provocar" a audiência para o assunto que ia ser desenvolvido no texto disposto na página, abaixo do traço.

Abaixo do traço, encontram-se alguns parágrafos apresentando as informações relativas à pergunta feita. A organização dos parágrafos segue, aproximadamente, a estrutura de texto típica de uma dissertação (Botomé e Gonçalves, 1980): um parágrafo introdutório (o 1º), alguns parágrafos de desenvolvimento, cada um em torno de uma sentença-núcleo (o 2º, 3º e 4º) e um parágrafo de conclusão (o 5º) em que, basicamente, eram resumidas as informações dos parágrafos anteriores.

No texto, são sublinhadas as expressões que devem ser destacadas ou pela altura ou pelo ritmo da leitura.

Os retângulos (à esquerda da folha) são "avisos" para o orientador e ficam ao lado do parágrafo a que se referem. Devem ficar à esquerda do parágrafo a que se referem quando são "avisos" para fazer coisas antes ou durante a leitura do parágrafo e à direita quando for para fazer depois da leitura do parágrafo.

Os parágrafos devem ser bem separados de forma a facilitar o retorno a qualquer um deles e para ajudar na sinalização de um "certo ritmo" de leitura das informações.

Essas informações deveriam ser lidas pelo orientador

de uma maneira especificada e fazendo o que é indicado nos retângulos ao lado dos parágrafos.

No Quadro 7.8, pode-se ver uma página da direita de um manual de orientações de saúde.

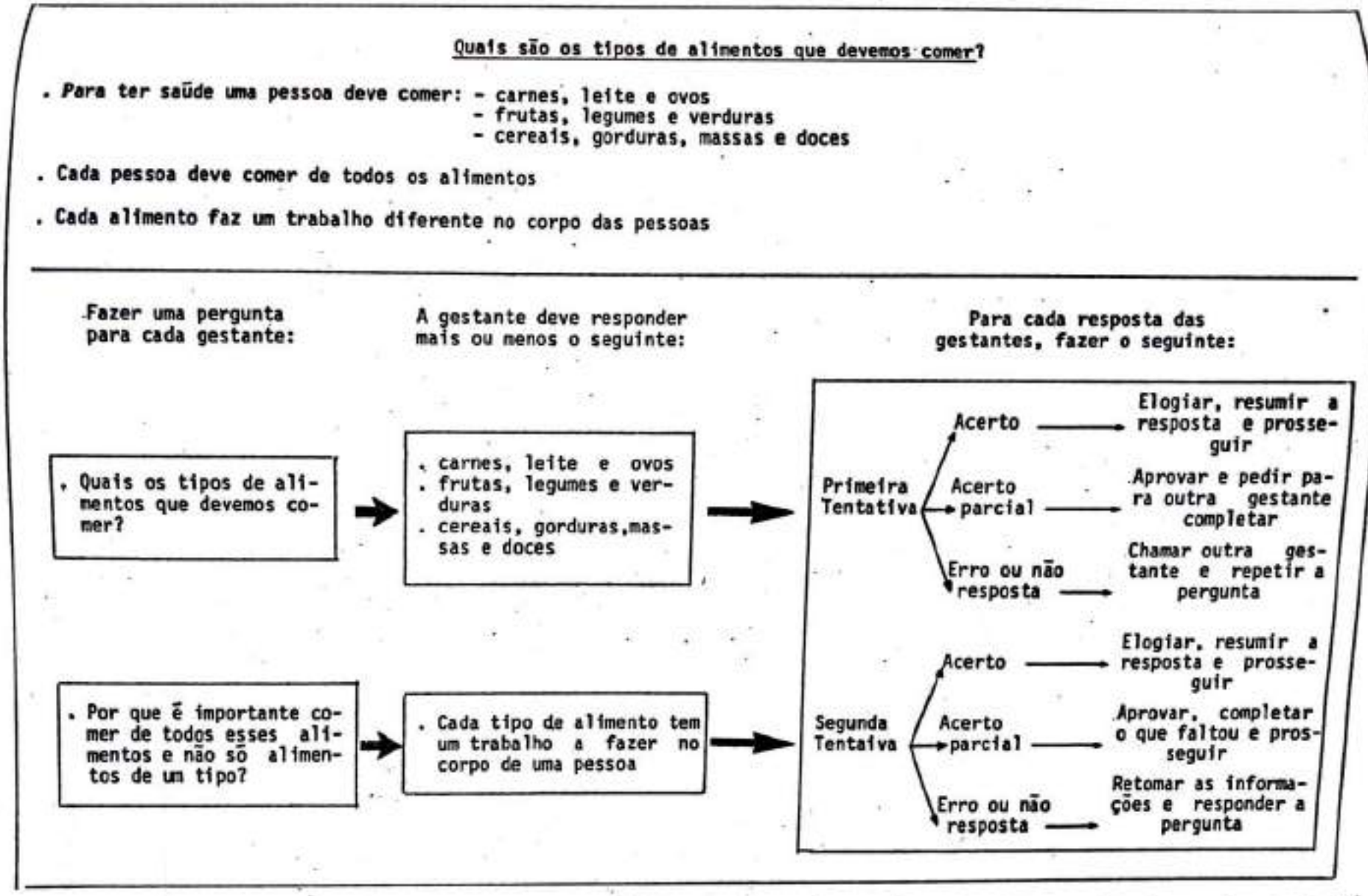
Na parte superior (acima do traço) da página, encontra-se um esquema das informações da página da esquerda, encabeçado pela pergunta que deve ser respondida pelo conjunto de informações. O esquema permite ao orientador resumir ou retomar as informações fundamentais do texto e, se for o caso, usá-lo como guia para expor as informações, sem usar o texto da página da esquerda (isto talvez acontecesse se o orientador estivesse muito bem treinado e acostumado com as informações do texto).

Na parte inferior da página encontram-se três conjuntos: as solicitações que devem ser feitas aos orientandos (à esquerda), as características fundamentais de seu desempenho (no meio) e o procedimento de conseqüenciação que deve ser apresentado ao desempenho da usuária (à direita).

As duas páginas (da esquerda e da direita) estão relacionadas a um dos itens do "manual de orientação de saúde sobre escolha e preparo de alimentos".

No Quadro 7.9, pode-se ver os demais itens do mesmo manual. No total são 12 itens onde se pode ver, em cada um, a classe de respostas que os orientandos deveriam apresentar (letras maiúsculas) e a pergunta relacionada a essa classe de respostas (em letras minúsculas). Os 12 itens compõem as unidades do "manual de orientação de saúde sobre escolha e preparo de alimentos".

Para cada uma das "orientações de saúde" que podem ser vistas no Quadro 7.3 (ver Quadro), deveria haver um manual construído dessa forma (Rubano e outros, 1978).



Quadro 7.8. Exemplo de uma folha de "solicitação e conseqüenciação do desempenho do orientando" retirada do "manual de orientação de saúde sobre escolha e preparo dos alimentos" (Cortegoso e outros, 1979).

1. IDENTIFICAR O QUE IRÃ APRENDER NA ORIENTAÇÃO.
   (o que vamos aprender na aula?)

2. IDENTIFICAR OS TIPOS DE ALIMENTOS QUE SE DEVE COMER.
   (quais os tipos de alimentos que devemos comer?)

3. DESCREVER UM PROCEDIMENTO ADEQUADO PARA ESCOLHER OS TIPOS DE ALIMENTOS PARA COMER.
   (como fazer para escolher os tipos de alimentos para comer?)

4. DESCREVER UM PROCEDIMENTO ADEQUADO PARA TER ALIMENTOS VARIADOS NAS REFEIÇÕES
   (como fazer para ter alimentos variados nas refeições?)

5. IDENTIFICAR AS CARACTERÍSTICAS QUE DEVEM TER OS ALIMENTOS QUE SE COMPRAM PARA FAZER EM CASA ?
   (como devem ser os alimentos que compramos para fazer em casa?)

6. IDENTIFICAR AS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO GUARDAR ADEQUADAMENTE OS ALIMENTOS NÃO PREPARADOS.
   (por que é importante escolher corretamente os lugares onde guardar os alimentos ainda não preparados ?)

7. IDENTIFICAR AS CARACTERÍSTICAS DOS LUGARES ONDE SE DEVEM GUARDAR OS ALIMENTOS .
   (como devem ser os lugares onde se guardam os alimentos?)

8. IDENTIFICAR OS PRINCIPAIS CUIDADOS QUE SE DEVE TER AO PREPARAR UMA REFEIÇÃO.
   (o que devemos lembrar quando vamos preparar uma refeição?)

9. DESCREVER UM PROCEDIMENTO ÚTIL PARA DISTRIBUIR TODOS OS ALIMENTOS PARA TODAS AS PESSOAS EM UMA REFEIÇÃO.
   (como fazer para distribuir todos os alimentos para todas as pessoas em uma refeição?)

10. IDENTIFICAR COMO SE DEVE COMER DURANTE O DIA PARA APROVEITAR O MÁXIMO DOS ALIMENTOS.
    (como se deve comer durante o dia para aproveitar o máximo dos alimentos ?)

11. IDENTIFICAR COMO SE DEVE COMER OS ALIMENTOS NAS REFEIÇÕES.
    (como comer os alimentos nas refeições ?)

12. DESCREVER UM PROCEDIMENTO PARA TER BONS DENTES.
    (como fazer para cuidar bem dos dentes e poder mastigar bem?)

Quadro 7.9 . Unidades do "manual de orientação de saúde sobre escolha e preparo de alimentos". Em letra alta o desempenho do orientando e em letra baixa a pergunta que devia ser capaz de responder ao final da orientação (Retirado de Cortegoso e outros, 1979).

DISCUSSÃO

As sucessivas etapas do trabalho realizado com, às vezes, aparência de "idas e voltas", pôde justificar-se (e, talvez, ser possível!) em função do envolvimento dos participantes.

É freqüente dizer-se que o envolvimento dos participantes é responsável pela execução de um trabalho, quando — pode-se dizer também — ele pôde ser produzido pela maneira de trabalhar.

No relato deste Estudo pode-se examinar a constante e progressiva elaboração do trabalho por todos os participantes. Dividir o trabalho em partes pequenas e examiná-lo até obter uma concordância e então transformá-lo em um registro (documento com "jeito" de estudo feito e concluído) para ser usado como condição e material para uma nova fase, pareceu ser um procedimento produtivo.

Produtivo, de um ponto de vista, porque os resultados eram, progressiva e cumulativamente, mais próximos do final. Produtivo também porque, aos poucos, iam sendo garantidos novos dados e uma verificação (re-exame) contínua levava a aumentar a segurança a respeito do que era produzido. Pelo menos, as oportunidades de exame e participação eram múltiplas. O avanço para nova fase dependia sempre de um exame e de uma aceitação (mesmo que incompleta ou aparente, às vezes) por todos os participantes, o que gerava uma condição pública e socializada do que era o trabalho.

A transformação de discussões e verbalizações em registros examináveis e criticáveis aumentava a probabilidade do que era dito passar a exercer controle sobre ações futuras

mais sofisticadas e complexas. A própria atividade de examinar e reformular decisões torna-se mais provável à medida que as "decisões" são acessíveis aos órgãos sensoriais (o registro organizado, sistemático e por partes parece permitir isto de uma maneira muito útil e produtiva).

O "fazer" o trabalho dessa forma parece também "ensinar" aos poucos a todos os participantes. O que se discordava nos debates muitas vezes era apenas a aparência ou algo momentâneo. Tranformado em registro escrito era possível enxergar com mais precisão e clareza o que devia ou podia ser mudado, o que faltava, etc..

As ações dos participantes que tinham acesso e examinavam os registros pareciam ficar cada vez mais sob controle das classes de estímulos que os registros continham, criando uma progressiva aproximação e aprendizagem e aumentando o envolvimento de quem participava com constância do processo. A modelagem de novas classes de respostas foi (ou pareceu ser) feita não por alguém de fora do trabalho aplicando um procedimento de conseqüenciação — talvez com conseqüências artificiais e arbitrárias — mas pelos próprios produtos (e, por isso efetivamente conseqüências e não apenas subseqüências) gerados pelas classes de respostas e que levavam a (ou facilitavam) classes de ações progressivamente sofisticadas.

As diferenças profissionais (ou educacionais) aos poucos foram se tornando "pontos de vista complementares" ou "vários ângulos de análise a levar em conta" na produção de uma solução.

Bori e outros (1978), Tunes (1980) e Simão (1980) utilizam procedimentos semelhantes com populações diversas da que participava deste Estudo e, parece, o registro organizado das próprias verbalizações permite um avanço para classes de respostas de maior exigência ou dificuldade por parte de quem

verbalizou.

Além das características da participação do grupo de participantes profissionais parecem ser destacáveis alguns aspectos da participação dos estudantes e da interação entre os dois grupos de participantes.

Ribeiro (1969) comenta que devíamos — como educadores e cientistas — conhecer melhor o potencial da pesquisa como recurso pedagógico. O autor completa dizendo que não sabemos, ainda, utilizar a atividade de pesquisa como uma atividade (ou condição) de ensino.

Os resultados obtidos neste Estudo permitem algumas considerações sobre aspectos dessa "potencialidade da pesquisa como recurso pedagógico".

Uma das considerações é que o "estágio" (mais propriamente "atividades práticas") dos estudantes ao relacionar-se com a instituição não era apenas para ver "coisas concretas", experimentar ou "vivenciar a realidade" ou "ilustrar o que viu nos livros da escola". Foi tentado criar uma estratégia de ensino em que os estudantes tinham que realizar uma tarefa que traria contribuições para a instituição e que se constituísse em oportunidade real de aprendizagem ampla, profunda e significativa para a formação profissional dos estudantes.

Para isto, a forma de organização da disciplina teve a seqüência descrita no procedimento e implicou em estar continuamente (e por partes) submetendo o trabalho realizado ao exame das pessoas responsáveis pela direção do trabalho da instituição.

A estratégia da disciplina era a de procurar fazer com os alunos todos os passos que um profissional teria que, usualmente, fazer ao tentar resolver um problema no seu tra-

balho: desde a descrição ("diagnóstico") desse problema até a avaliação da solução proposta para verificar se ela, realmente, "resolveu o problema" de origem. É claro que, além da "situação real" os estudantes tinham em sala de aula um conjunto de recursos de ensino (material de estudo, instruções escritas e auxílio de colegas e do professor) para cada decisão que deviam tomar. Essas decisões, como se viu no procedimento, foram sistematizadas em uma seqüência bem definida o que permitia, também, sistematizar o procedimento de interação entre estudantes e instituição.

A estratégia de ensino envolvia um contato com a situação com a qual iriam lidar (na instituição) e todas as decisões eram tomadas levando em conta os dados da instituição e o estudo em fontes de literatura apropriadas (relacionadas) a cada decisão. A cada decisão os alunos produziam um documento que era objeto de exame pelos profissionais da instituição e de debate em conjunto entre ambos os grupos de participantes. Esse debate não só era uma conseqüência para o trabalho dos estudantes muito mais rica e significativa do que comentários ou "avaliações" do professor, como era mais semelhante ao tipo de conseqüência a que comumente um profissional deveria se expor: as implicações sociais e o debate público e explícito do seu trabalho oferecendo novas informações para prosseguir.

Dessa forma os alunos ganhavam oportunidades de aprendizado em que as contingências de reforçamento eram bastante semelhantes às que eles encontrariam profissionalmente (afastando-se do apenas ler, discutir, fazer exercícios, provas, etc.) aumentando a possibilidade que se comportassem, mais tarde, sob controle de estímulos relevantes (e não apenas de textos, ordens, instruções, aprovações sociais, etc.) e que generalizassem a aprendizagem para outras situações profissionais.

Além disto, os estudantes "ganharam" uma experiência de trabalho científico que pode ser percebida pela realização dos seguintes trabalhos: De Rose e outros (1977); Cortegoso e outros (1978); Gonçalves e outros (1978); Rubano e outros (1978); Botomé e outros (1979a); Rubano e outros (1979); Cortegoso e outros (1979); Bassani e Botomé (1979). Trabalhos que vão desde a definição de um procedimento para construir os instrumentos de orientação de saúde até a avaliação do instrumento proposto. Todos os trabalhos foram realizados sob a forma de pesquisa, sempre buscando garantir o mais possível os critérios de exigência de uma pesquisa de bom nível (o critério era ser, pelo menos, apresentável em congresso ou reunião científica — o que também fazia parte da formação dos estudantes).

A instituição que acolhia e aceitava os estudantes recebia, em troca, os dados produzidos e os instrumentos elaborados, tendo, também, a oportunidade de acompanhar o trabalho e as informações — de certa forma desconhecidas — que enriqueciam o grupo de profissionais participantes.

A interação dos profissionais com os estudantes teve algumas características que a facilitaram. Uma delas era o professor da disciplina na Universidade ser um dos profissionais componentes do grupo de trabalho na instituição. Outra foi haver um tipo de necessidade da instituição (recursos de ensino para a população) que era congruente com um dos objetivos de uma disciplina na Universidade (Programar condições de ensino).

Há outras experiências, porém, que realizam tentativas semelhantes. Pedrazzani, Nale e Botomé (1980) tentaram em 1980 uma experiência inicial de uma estratégia semelhante com a disciplina "Prática de Ensino" na licenciatura para o curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos. Os alunos no 1º semestre deveriam detectar necessidades

de aprendizagem relacionadas à saúde em áreas ou grupos da comunidade e construir um programa de ensino para torná-las parte do comportamento dessas pessoas. No 2º semestre os alunos aplicariam e avaliariam os resultados da aplicação dos programas de ensino. A experiência produziu — no seu teste inicial — resultados animadores quanto à aprendizagem dos alunos e quanto à produção de benefícios para a comunidade.

Também o "Curso de especialização em análise e programação de condições de ensino" da Universidade Federal de São Carlos é uma experiência semelhante com programas de ensino de disciplinas nos cursos de graduação da Universidade (Botomé, 1980c).

O tipo de "estratégia de ensino" utilizado, porém, tem algumas exigências relacionadas a perigos, implicações e cuidados. Em primeiro lugar o trabalho não é feito "para o professor", nem também é feito "sem o professor". Há um efetivo trabalho comum e uma co-elaboração (que significa também colaboração recíproca) de professores e estudantes. As implicações devem ser analisadas no sentido de tornar o aluno uma "mão-de-obra" utilizada para trabalhos de interesse, uso e benefício do professor, ou de não haver uma excessiva diretividade que impeça o aluno de agir em função dos dados obtidos (e "percebidos") por ele.

No plano da comunicação científica, salienta-se a publicação ou apresentação em congresso com autoria que pode ou não incluir o professor, etc.. Novamente, o perigo de, tanto professores como alunos, se aproveitarem de trabalho alheio ou comum a outras pessoas para publicar deve ser analisado e tornado público.

Além dos aspectos relacionados aos participantes há aspectos relacionados aos produtos do trabalho realizado.

O primeiro conjunto de resultados (Quadro 7.1) já,

de certa forma, era o que havia sido apresentado no Estudo 6 e no que Gonçalves, Stucky e Botomé (1978) relataram. Há, porém, alguns aspectos que merecem ser considerados um pouco mais. O primeiro deles é o de as orientações de saúde serem "mensais" (haver uma — em média — por mês). Esta característica foi proposta para o sistema em função de que havia uma definição de que o intervalo entre sessões necessárias para controle de saúde de gestantes e crianças até um ano de idade é um mês, a menos que haja alguma intercorrência de saúde que torne necessário haver um prazo menor entre uma e outra sessão (neste caso, a sessão de atendimento não seria para controle de saúde mas para "atendimento médico"). Fazer o usuário ir ao Posto só para receber um serviço (por exemplo, orientação) e voltar mais vezes no mês para receber outros serviços aumentava o custo e as dificuldades para o usuário e para a instituição. O tempo, as atividades, as despesas de deslocamento, etc. seriam bem menores para ambos se, numa única visita ao Posto de Saúde, o usuário pudesse receber, com comodidade, os vários atendimentos necessários. E isto estava mais de acordo com a análise feita na instituição e que já foi apresentada nos Estudos anteriores. Nesse sentido os critérios "mensal" e "integrado com as demais atividades do Posto" eram importantes.

A característica "durar uma hora" que devia ter cada orientação de saúde foi proposta em função da utilidade para as usuárias (mais do que este tempo, a probabilidade de a orientação continuar sendo útil ou de haver aproveitamento diminuía bastante). O tempo disponível no período de atendimento, levando em conta que havia vários atendimentos em cada vez que a usuária procurava o Posto de Saúde, era relativamente pequeno e seria contraproducente uma atividade durar mais do que uma hora. Por exemplo, para chegar ao Posto e ser atendida tendo pré-consulta, consulta-médica, pós-consul-

ta, atendimento odontológico e, conforme o caso, vacinas e atendimento ambulatorial, o tempo necessário para cada usuária tenderia a ser grande demais, trazendo-lhe prejuízos e desconforto.

O segundo conjunto de resultados (Quadros 7.2 e 7.3) relaciona-se à elaboração de condições (construção de ambiente) que tornasse viável a ocorrência das classes de respostas envolvidas no que se queria que fosse o "sistema de orientações de saúde".

A análise (ou a parte dela) que está representada no Quadro 7.2 mostra o que seria o comportamento de quem fosse decidir qual orientação cada usuária deveria ter a cada vez que procurasse o Posto de Saúde.

Nos Quadros 7.3 e 7.4, a transformação dessa análise em uma proposta de um "aspecto do ambiente" e de uma "maneira de lidar com este aspecto do ambiente" mostra um pouco da utilidade que pode ter esse tipo de análise.

A identificação das variáveis relevantes envolvidas na "decisão" (que é um tipo de comportamento passível de análise e de identificação das classes de estímulos antecedentes, das classes de respostas e das classes de estímulos conseqüentes) permitiu descobrir que aspectos deveria conter o ambiente onde a "decisão" precisava ser tomada e de que maneira o organismo que "decidisse" se relacionaria com estes aspectos do ambiente.

As classes de estímulos antecedentes relevantes para a apresentação da classe de respostas que produziria o resultado (produto) significativo para a população não é disponível no ambiente usual. Uma das maneiras de torná-las disponíveis (perceptíveis) é lidar com um sistema de registro (como os Quadros 7.3 e 7.4 mostram). Há, porém, um outro aspecto a considerar: uma das classes de estímulos (ou conjuntos

de estímulos) muda conforme for o comportamento do usuário de freqüentar o Posto. Se ele comparece ao Posto e recebe uma orientação, a "hierarquia" de orientações para o próximo retorno se altera e é diferente da que deverá ser considerada se ele faltar. Também se as usuárias começarem a freqüentar o Posto em diferentes idades da gestação ou da criança, as "hierarquias de prioridade" das orientações variarão para cada um. O resultado é que, para cada usuário haverá um universo específico de dimensões das variávies componentes das classes de estímulos antecedentes e que deverá orientar diferentes escolhas por parte do funcionário que "decide" qual a próxima orientação que deverá ter o usuário ao retornar ao Posto para controle de saúde.

A "ficha de orientações de saúde para gestantes e mães" e o procedimento de uso pelos funcionários permitem que o comportamento adequado ocorra sob controle das classes de estímulos relevantes, mesmo que haja inúmeras usuárias com diferentes valores nas suas idades de gestação ou da criança, nos seus índices de freqüência ao Posto (nos retornos) e mesmo que tenham começado a participar do atendimento em épocas variadas (em relação ao início da gravidez).

A classe de respostas especificada no Quadro 7.2 "marcar qual a orientação" mudou no Quadro 7.4 para "fazer um círculo em torno de". A resposta de eleição ("fazer um círculo") é diferente da classe "marcar". O que aconteceu foi que "fazer um círculo" pareceu ser a melhor resposta específica da classe "marcar" em função do "aspecto do ambiente" construído e do procedimento a ser usado. A resposta deveria ressaltar o número da hierarquia que sinalizasse a orientação e um círculo parecia ter a propriedade de fazer isto melhor do que "riscar", "pintar a casela", "sublinhar", etc.. Entre as várias respostas possíveis da classe, a escolhida (e por isto "resposta de eleição") foi a que parecia melhor para o com-

portamento em foco.

Com estes dois tipos de recursos tornou-se possível concretizar e viabilizar comportamentos dos funcionários em relação às seguintes características do "sistema de orientações de saúde" (ver Estudo 6, Quadro 6.2):

a) completo ("contar com todas as orientações que fossem necessárias à população-alvo dos Postos de Saúde para que as deficiências fundamentais do repertório dessa população fossem, pelo menos, minimizadas" — conforme Gonçalves, Stuchy e Botomé, 1978). A "lista" à esquerda do Quadro 7.3 é a lista final e, dentro das possibilidades do Departamento, considerada a "mais completa possível". Algumas das orientações que constavam na primeira lista (ver Estudo 6, Quadro 6.7) foram incluídas em atividades mais apropriadas; o "uso do cloro", por exemplo, ficou vinculado à "pós-consulta" onde a usuária recebia medicamentos e orientação para usá-los.

b) estável e contínuo ("estar permanentemente à disposição dos usuários dos Postos de Saúde e compor um conjunto cumulativo de orientações para que os usuários dos Postos de Saúde possam aprender gradativamente as habilidades previstas" — conforme Gonçalves, Stucky e Botomé, 1978). A "ficha de orientações de saúde para gestantes e mães" permite, junto com o "horário semanal de orientações" (ver Estudo 6, Quadro 6.8), atender a "estar permanentemente à disposição", "compor um conjunto cumulativo e gradativo", estes, na medida em que, a cada orientação recebida, define-se a próxima orientação a ser dada, sendo progressiva a orientação da usuária quanto à sua saúde.

c) ser adequado a cada tipo de usuário ("ensinar habilidades adequadas à condição da gestação — quando usuárias gestantes — e à idade da criança — quando usuárias mães — para que o ensino seja de habilidades realmente necessárias"

— conforme Gonçalves, Stucky e Botomé, 1978). A hierarquia de prioridades das orientações representada pela seqüência numeral em cada coluna da "ficha de orientações de saúde pa-gestantes e mães" (ver Quadro 7.3) garante esta característica das orientações de saúde. A cada idade há uma hierarquia própria definindo qual a orientação de saúde mais adequada para a usuária e concretizando ainda mais o que foi descrito no Quadro 6.9 do Estudo 6.

c) ser adequado à freqüência de cada usuário do Posto de Saúde ("prever forma de atender a usuários que chegassem precoce ou mais tardiamente no Posto de Saúde — conforme mês de gestação ou idade da criança na primeira procura do Posto — ou que faltassem aos atendimentos marcados para que sempre o máximo possível fosse ensinado" — conforme Gonçalves, Stucky e Botomé, 1978). O procedimento combinado com as características da "ficha de orientações" também permite a concretização dessa característica para o sistema de orientações de saúde. A hierarquia de cada coluna com o procedimento de riscar as linhas das orientações já recebidas faz com que, a cada momento, a usuária tenha definido o "melhor currículo que lhe falta cumprir". A "ficha de orientações" e o procedimento de seu uso fazem com que, "naturalmente" a usuária vá recebendo o melhor conjunto de orientações. Os currículos "ideal, médio e mínimo" mostrados no Quadro 6.10 do Estudo 6, tornaram-se algo muito simples de atender com a concretização atingida neste Estudo.

A última característica do sistema de orientações de saúde (ser integrado às demais atividades dos Postos de Saúde) e que foi definida por Gonçalves, Stucky e Botomé como "possibilitar que cada ida do usuário ao Posto de Saúde para receber uma orientação de saúde pudesse ser acompanhada de outras atividades do Posto (consulta médica, consulta odontológica, vacinação, etc.)" para que houvesse um atendi-

mento global do usuário de forma econômica, será melhor analisada no estudo 8, a seguir.

Em relação à realização de cada orientação de saúde específica, as "características" listadas no Quadro 7.5 refletem alguns princípios conhecidos como de "ensino programado" descritos na linguagem dos participantes. Na época, o grupo já tivera inúmeras experiências de treinamento com material programado (trabalhos que, embora fazendo parte do plano de implantação do programa de saúde, não foram relatados nos estudos precedentes) e já havia um certo conhecimento de como funcionavam e de seu valor em situações de ensino. Os resultados, nesse sentido, já refletem, parece, a experiência dos participantes adquirida durante a realização do trabalho em pauta. A lista apresentada no Quadro 7.5 era, inclusive, algo "informal" entre os participantes (pelo menos na sua maior parte) não havendo quase necessidade de tê-la documentado.

Algumas das "características" da lista do Quadro 7.5, porém, parecem ter uma "razão de ser" diferente. O item 4, por exemplo, refere-se à necessidade de as orientações serem padronizadas. Os dados que, parece, foram críticos em relação a esta "característica" relacionam-se à grande quantidade de variações que a "mesma orientação" tinha nos diferentes Postos de Saúde ou em diferentes ocasiões no mesmo Posto e, até, com o mesmo orientador. Novidades, palpites, superstições, crendices, hábitos do orientador ou ênfases determinadas por sua formação (por exemplo, excesso de teorização, minúcias excessivas, realce de certas informações só relevantes para aquele orientador, etc.) influiam naquilo que era oferecido às usuárias dos Postos de Saúde. O que devia acontecer era que cada usuário, independente do orientador ou da época da orientação, recebesse a melhor e mesma orientação de maneira a que não houvesse distorções inadequadas.

A duração das orientações (uma hora no máximo) apareceu enfatizando a necessidade de que se considerasse as características do usuário (cansaço, demora, tipo de situação não usual, etc.) e, mesmo, a quantidade do que devia ser "ensinado" a cada "sessão de orientação". Querer ensinar mais do que o que coubesse nesse tempo devia ser cuidadosamente examinado uma vez que a probabilidade de aprender, se a quantidade fosse grande de uma vez só, diminuiria bastante.

As características de "naturalidade" e "simplicidade" apareceram relacionadas a observações de que era comum haver um aspecto de "aula acadêmica formal" (copiando modelo escolar) nas situações de orientação. O próprio tamanho do grupo de orientandos ficou sendo considerado parte das características "naturalidade e simplicidade". Era mais adequado ter uma orientação com um aspecto de "conversa" ou "pequeno trabalho" em comum com quatro a seis orientandos do que fazê-lo com um grupo maior.

Salientava-se que a população-alvo (muitos moradores na periferia da cidade e com baixa ou nula escolaridade) não tinha experiência e facilidade com atividades do tipo "escolar" e sentiam-se inclusive constrangidos e "ameaçados" (pelo menos nas verbalizações de quem observou e vivenciou orientações deste tipo). Nos testes iniciais para verificar a eficácia das orientações observou-se, com freqüência, que o orientador — fosse um profissional de nível universitário ou um auxiliar — apresentava uma grande formalidade e artificialidade no relacionamento com as usuárias-orientandas. "Naturalidade e simplicidade" eram, nesse sentido, uma direção a procurar na maneira de realizar cada orientação de saúde.

Uma outra característica era cada orientação, sem perder as características apontadas, poder ser realizada por

um auxiliar de enfermagem. A razão era que, simplesmente, não havia possibilidade de ter um profissional universitário para realizar essa atividade. Primeiro porque implicaria um custo muito alto e isto não parecia ser possível resolver com as verbas disponíveis. Segundo, não haveria profissionais suficientes ou apropriados para isto, levando em conta que as orientações aconteceriam todo dia e ocupariam uma grande parte de uma jornada de trabalho. Em terceiro lugar, não havia por que considerar não ser possível as orientações serem dadas por funcionários auxiliares que eram disponíveis, e, até, gostariam de desenvolver esse tipo de atividade. O Departamento poderia dispor de um auxiliar em cada Posto em que houvesse o "sistema de orientações de saúde" funcionando.

Até aqui, o conjunto de decisões tomadas a respeito do sistema e das orientações de saúde pareciam suficientes para superar o costume anterior de oferecer em dias ou épocas uma orientação qualquer em função da disposição do orientador, num sistema do tipo "campanha"... As orientações não seriam dadas para todos os que viessem ao Posto na época, independente de suas necessidades no momento. Elas seriam progressiva e constantemente acumuladas, de maneira sistemática e sob controle, para toda a população e cada orientação seria oferecida no momento em que ela tivesse maior probabilidade de ser útil e necessária.

O outro conjunto de resultados que ainda precisa ser considerado refere-se ao instrumento criado para realizar cada orientação de saúde. Foi elaborado, para cada orientação, um "Manual" que deveria ser usado pelo orientador. Com todos os perigos e valores negativos em relação a isto (o que foi bastante examinado e avaliado pelos participantes), pareceu ser uma boa solução porque ele tornaria "padronizada" e "garantiria" vários aspectos de procedimentos

de ensino que eram considerados importantes para produzir a desejada eficácia de cada orientação.

Ao planejar e construir a estrutura da página de informações (da esquerda do manual — ver Quadros 7.6 e 7.7) e o procedimento para seu uso, procurou-se garantir que elas fossem condições que auxiliassem (tornassem, de fato, mais provável) a ocorrência do que havia sido definido como importante para cada orientação de saúde ocorrer da melhor maneira possível.

A quantidade de informações, a simplicidade e correção de linguagem, a estrutura dos parágrafos, a quantidade deles, o tamanho e a densidade de informações de cada um, foram somados com uma apresentação leve e fácil de ler.

A função de cada parágrafo e suas decorrentes características foram definidas, constituídas, testadas (várias vezes e de diferentes formas) a partir das proposições sobre redação de dissertações de Botomé e Gonçalves (1980).

A pergunta ao alto da página à direita (ver Quadro 7.7) era escrita com a finalidade de chamar a atenção para o assunto e de uma maneira que mais provavelmente "atraísse a atenção" da audiência (perguntas parecem conseguir isto mais do que afirmações). É claro que havia um procedimento de uso do manual, que não estamos apresentando neste trabalho, orientando como usar cada característica do instrumento.

As demais partes do texto têm, também, funções específicas. Os retângulos referem-se a instruções para o orientador, o primeiro parágrafo introduz o assunto, desenvolvendo informações que auxiliam o aprendiz a "envolver-se" com as informações seguintes (ver Quadro 7.7).

Os parágrafos intermediários são o desenvolvimento de informações relacionadas aos objetivos intermediários. Cada parágrafo tem um núcleo-informativo que é desenvolvido

com ilustrações, exemplos, contra-exemplos, etc..

O último parágrafo, de conclusão, contém um resumo de todas as informações anteriores.

Esta página deveria ser o roteiro do que o auxiliar de enfermagem deveria apresentar como informação ao grupo de usuárias. Aprender a ler devagar, de maneira clara, com "naturalidade", se necessário explicando o texto, interagindo (olhando) e mantendo um tom de conversa "calma e descontraída" eram desenvolvidos com treinamento.

A "folha de informações" com estas características e a "maneira de usá-la" foram testadas para verificar se favoreciam realmente as características do sistema de treinamento. Os auxiliares de enfermagem que participaram deste teste apresentaram, no início, grande dificuldade em dar a orientação de acordo com o material. Eles não seguiam a seqüência proposta, omitiam informações, introduziam outras informações, inclusive erradas e contrárias às que haviam sido definidas como corretas e importantes... À medida que foram treinados e "experimentaram" o uso do material começaram a usá-lo de maneira bastante eficaz, com facilidade e, praticamente com sinais de conforto e satisfação. A impressão de "rigidez" e de "estereotipia" que davam nas primeiras tentativas, e que também era um receio dos profissionais e estudantes, desapareceu com o desenrolar de umas poucas aplicações do "manual".

Na página da direita do "manual", correspondente às informações da página à esquerda, há uma parte superior com um "esquema-resumo" das informações da página anterior (ver quadro 7.6 e 7.8). A função desse "esquema-resumo" era a de auxiliar o orientador a resumir o texto, retomá-lo se fosse necessário, e até, usá-lo como roteiro de exposição quando estivesse bem treinado a respeito das informações das páginas ao lado esquerdo do manual.

Na parte inferior da mesma página, à esquerda encontram-se as perguntas (ou solicitações, se for o caso) que o orientador deveria fazer para uma das orientandas assim que tivesse apresentado as informações. A orientanda deveria ser capaz da responder mais ou menos o que está indicado no meio da parte inferior da mesma página ao lado da pergunta (ou solicitação) relacionada. A resposta escrita é "um guia" para facilitar ao orientador conferir a adequação da resposta da orientanda.

Conforme a resposta da orientanda, o orientador deveria proceder de acordo com o esquema de conseqüenciamento descrito na parte inferior à direita para cada pergunta.

O procedimento previa não insistir com a mesma pessoa que errou e nem insistir com outras além de uma segunda tentativa se houvessem erros consecutivos (ver quadro 7.8).

Pelo esquema do quadro de "conseqüenciação do desempenho" (quadrado à direita e na parte inferior da folha ilustrada no quadro 7.8) pode-se ver que ele resume (esquematiza) um procedimento de conseqüenciação em que há ajudas adicionais (pedir para outra gestante completar, completar o que faltou, retomar as informações, etc) para o caso de o orientando apresentar dificuldades no desempenho.

Também o procedimento esquematizado na página da direita do manual (quadro 7.8) teve um procedimento de uso com respectivo treinamento definido e detalhado.

As dificuldades do início apresentaram um rápido decréscimo permitindo a conclusão de que o manual era útil para ser usado com tais funcionários, geralmente alfabetizados e capazes de ler um texto com pouca dificuldade.

É importante considerar que o funcionário deveria realizar cerca de três orientações diferentes por dia e um total de 12 orientações diferentes por semana, cada uma com

cerca de 10 a 15 objetivos (correspondendo de 10 a 15 unidades como a que foi usada como exemplo neste estudo).

Num total um mesmo funcionário deveria atender a aproximadamente cerca de 80 pessoas por semana em 12 tipos de orientações diferentes, ensinando cerca de 160 unidades de ensino (classes de objetivos terminais) diferentes.

O manual pareceu ser um instrumento que tornaria isso possível sem precisar de meses de treinamento e com o risco de deterioração da aprendizagem. Se a pessoa (auxiliar de enfermagem) aprendesse o procedimento de uso do manual (de um deles) ela estaria apta, mesmo sem conhecer o conteúdo dos demais, a ensinar qualquer uma das orientações de saúde usando o manual de cada uma como instrumento.

Neste sentido, as características do instrumento e o procedimento precisariam ser bem dominados. Utilizar isto para os demais manuais ficaria muito fácil e econômico.

No quadro 7.9 pode-se ver as unidades do "manual sobre escolha e preparo de alimentos"(Cortegoso e outros, 1979). Havia, de maneira semelhante, seqüências deste tipo para cada um dos manuais correspondentes às 12 orientações que deviam ser dadas.

O trabalho para chegar às unidades de cada manual e à redação adequada de cada unidade exigiu um longo e paciente trabalho de depuração, exame, testes, burilamento das frases, palavras... Cada parágrafo, aproximadamente corresponde a um objetivo intermediário.

Com tudo isto, porém, sempre foi importante cuidar para que o "manual" fosse considerado instrumento. Se houvesse descuido com o procedimento de seu uso poderia ser posto a perder todo o seu valor. Por essa razão é que no início de cada um havia instruções detalhando o procedimento adequado para seu uso em forma de instruções.

O custo do sistema e a viabilidade das proposições até agora descritas mostravam-se alentadores e prometiam resolver os problemas (ou parte significativas deles) apontados nos estudos anteriores.

As pesquisas feitas testando a eficácia do manual e do procedimento trouxeram maior certeza sobre sua exequibilidade e utilidade (Cortegoso e outros, 1978; Rubano e outros, 1978; Botomé e outros, 1979a; Rubano e outros, 1979; Cortegoso e outros, 1979; Bassani e Botomé, 1979).

A própria instituição pôde observar e estender a experiência gerada no desenvolvimento do sistema e instrumentos de orientações de saúde para outras áreas, acentuadamente para a parte de treinamento de funcionários. Parte — embora muito pequena — desse trabalho com treinamento foi relatado por Rosenburg e outros (1980) e Gonçalves e outros (1980) na XXXII Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Ainda há uma grande quantidade de dados e de experiências com extensões e ampliações que, por serem úteis para a comunidade, deverão ser relatados em novos documentos.

ESTUDO 8

UM SISTEMA DE MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS QUE OS POSTOS PODIAM PRESTAR A CADA USUÁRIO EM CADA DIA DE ATENDIMENTO COMO FORMA DE PREVISÃO E CONTROLE DO ATENDIMENTO DIÁRIO À POPULAÇÃO USUÁRIA.

As múltiplas e variadas classes de respostas dos usuários para atender às suas necessidades relacionadas a boas condições de saúde dependiam do que os Postos fizessem para que aquelas classes de respostas ocorressem, de fato, na vida diária dos usuários.

Uma das classes de respostas dos usuários, entre todas as outras, parece ter um destaque maior porque expõe o usuário às variáveis que os funcionários do Posto podem manipular em relação às condições de saúde dos usuários e aos seus comportamentos relacionados a essas mesmas condições de saúde. A classe de respostas dos usuários a que nos referimos é "procurar e retornar ao Posto de Saúde com uma freqüência adequada às necessidades atuais de cuidados de saúde".

É provável que a classe de respostas de "procurar o Posto de Saúde pela primeira vez" não esteja sob controle imediato ou direto dos funcionários do Posto, embora possa estar por muitos meios (propaganda formal e informal, localização do Posto, qualidade do atendimento, etc.). A classe de respostas de "retornar ao Posto de Saúde com a freqüência mais adequada para o atendimento de necessidades atuais relacionadas a suas condições de saúde" já é mais provável, direta e imediatamente controlável pelos funcionários dos Postos de Saúde.

A probabilidade de retorno dos usuários para atendimento nos Postos de Saúde (e, portanto, a probabilidade de expor-se à atuação dos Postos de Saúde) é, muito provavelmente, função das características do atendimento que o usuário receber cada vez que procurar o Posto.

O retorno do usuário ao Posto de Saúde para prosseguir seu atendimento de saúde tem vários problemas envolvidos. O relacionamento desses problemas precisa ser equacionado encontrando-se, também, a solução para cada um que seja compatível e adequada com o atendimento das necessidades de saúde e para aumentar a probabilidade de retorno do usuário ao Posto enquanto for necessário para completar o atendimento.*

O que, concretamente, estava envolvido no problema do retorno do usuário ao Posto de Saúde? Os participantes do trabalho explicitavam diversas questões relacionadas a isso: qual a periodicidade de retorno dos pacientes ideal para cada serviço? qual deveria ser o número total de retornos dos clientes em um período de tempo (por exemplo, por mês)? quantas vezes deveria voltar para considerar-se completo o atendimento? o usuário deve retornar ao Posto para obter o que? Não seria a probabilidade de retorno dos usuários uma função do atendimento (tipo, quantidade, qualidade, custo de esforço do usuário, etc.) que recebe a cada retorno? Quanto é a demora do

---

* Se a instituição fosse um serviço particular essas considerações precisariam ser feitas com mais cuidado. Enquanto na instituição de Serviço Público há uma "tendência a se livrar do paciente", na instituição particular há uma "tendência a manter o paciente ocupando o espaço ou o tempo da instituição até haver um substituto". Neste último caso seria necessário — e ela é possível — fazer uma análise mais sofisticada de forma a garantir interesses de todos os envolvidos e não apenas os interesses de alguns. Freitas (1979) faz condiderações deste tipo a respeito do controle sobre alunos e Holland (1973, 1974, 1976, 1978) a respeito de atendimentos em instituições sociais diversas.

atendimento e a espera do usuário quando freqüenta o Posto de Saúde? De que maneira estas demoras e esperas poderiam ser reduzidas? De que maneira os retornos sem atendimento afetam a probabilidade de retorno de cada usuário? Como a maneira de cada funcionário atender o usuário influi na probabilidade de retorno ao Posto de Saúde?

As perguntas não eram teóricas nem surgiam a partir de especulações nas salas da administração central da instituição. As observações feitas nos locais de atendimento da população, as queixas de usuários, os dados examinados a partir dos documentos disponíveis, as próprias ações e queixas de funcionários traziam as perguntas ao mesmo tempo que se observava uma decadência na quantidade e na qualidade do atendimento nas fases iniciais do trabalho relatado nesses vários estudos.

Os Postos de Saúde, ao iniciar o trabalho, tinham uma capacidade de atendimento instalada para cerca de 23.000 consultas-gestantes por mês (sem considerar os demais serviços) em consultas médicas. Atendia, porém, um número mensal por volta de quatro a cinco mil consultas. O que acontecia com cerca de 17.000 a 18.000 consultas ociosas?

Observou-se casos em que todos os clientes de uma manhã (cerca de 30) foram atendidos pelo médico em 60 minutos, sendo que a maioria esperava o médico há mais de quatro horas. É fácil imaginar o quanto tende a voltar ao Posto de Saúde uma gestante que faz tal esforço e é atendida dessa forma.

Os próprios procedimentos de organização do atendimento pareciam ser construídos para fortalecer ou facilitar situações desse tipo. Os funcionários instruíam os usuários para chegar cedo ao Posto de forma a "garantir seu atendimento pelo lugar na fila". Os funcionários tinham como regra que <u>todos</u> os prontuários (ou o maior número possível) dos usuá-

rios deveriam estar sobre a mesa do médico quando este chegasse de forma a que os prontuários estivessem todos em mãos do médico quando ele iniciasse o atendimento. Se houvesse muitos o profissional acelerava o atendimento de cada um. Se houvesse poucos ele poderia modular o ritmo de forma a manter um certo tempo no Posto. Houve casos de atender até a quatro clientes em uma consulta, ao mesmo tempo.

Parecia regra o tempo de permanência no Posto ser bem inferior às quatro horas previstas para cada período, observando-se tempos inferiores a uma hora de permanência no Posto para os profissionais médicos.

Encontravam-se clientes (gestantes, mães com crianças de pouca idade — até menos de um mês) na porta dos Postos de Saúde em fila desde antes de cinco horas da manhã, quando o Posto abria às oito horas e o profissional médico costumava chegar após as nove horas. Observou-se esperas para atendimento de até sete horas, acontecendo, inclusive, de a pessoa não ser atendida devendo voltar outro dia para, novamente, tentar obter o atendimento médico submetendo-se à fila e a outra prolongada espera.

O número de usuários oscilava muito de um dia para outro. De até zero em um dia e 35 no dia seguinte sem observar-se fenômenos locais (clima, dificuldades com transportes, acidentes, feira, etc.) que pudessem explicar a oscilação.

Alguns Postos de Saúde tomavam medidas que "deviam facilitar o serviço" sem considerar as implicações das decisões. Por exemplo, um Posto fixou que as matrículas eram feitas somente às quartas-feiras. Quem viesse na quarta-feira faria matrícula mas a consulta médica seria "marcada" para outro dia (a "marcação" era no cartão de matrícula que ficava com o usuário). Quem procurasse o Posto em outro dia deveria voltar na quarta-feira para matricular-se e em um outro dia

para obter consulta médica. O Posto, dessa forma, aumentava desnecessária e exageradamente o custo de esforço para o usuário procurar o Posto. É claro que ele só retornaria, nessas condições, se suas necessidades fossem muito grandes (por exemplo doença avançada, sofrimento acentuado, etc.). O procedimento de "triagem" realizado inconscientemente (parece!) não deixa de ser cruel e incompatível com os objetivos da instituição (atender antes — ou o mais precocemente possível — da instalação de qualquer processo de perda de boas condições de saúde).

Acrescente-se a isso que as pessoas que procuram os Postos são as mais necessitadas da comunidade, chegando a não ter dinheiro para o ônibus que as levaria ao Posto. Fomos testemunha de uma situação em que uma jovem mãe (de 17 anos), que morava a cerca de 18 quilômetros do Posto de Saúde e que viera desde seu casebre até o Posto, a pé, com uma criança de um mês de idade no colo, esperava no Posto desde as cinco horas da manhã. Ao abrir o Posto às 8,30 horas (com meia hora de atraso) os funcionários, antes de iniciar o atendimento, tomaram cafezinho (preparado pelo funcionário da limpeza que chegava mais cedo — às 7,00 horas — para limpar o Posto e fazer o café). O pior foi que o fizeram na frente dos usuários (havia mais de dez na fila) e era um dia de inverno em São Paulo.

O exemplo não é um caso isolado havendo múltiplos casos que se tornaram "folclore" da instituição, sem que, no entanto, se conseguisse alterar tais condições.

Como correspondência — ou causa? — dessa situação encontrava-se ausência de critérios definidos sobre quem atender, em que serviços, a que horários, quantos por dia, etc..

Os serviços tinham horários de interesse de funcionários mesmo que inúteis ou impróprios para a população. Os

dentistas atendiam indiscriminadamente a quem procurasse o posto, incluindo pessoas que tinham possibilidade de atendimento odontológico em outras instituições e deixando de receber usuários que só dispunham do Posto como recurso para atendimento desse tipo. Quantos clientes cada serviço deveria atender? Quantos deveriam ser mantidos sob controle de saúde? Os Postos deveriam funcionar como ambulatórios ou como sistema preventivo? As dúvidas e indefinições eram inúmeras e as respostas não poderiam ser apenas verbais, teóricas ou baseadas em opinião ou impressões superficiais.

Em relação aos problemas de qualidade do serviço, cumprimento de horários, produtividade dos funcionários, havia, com certa regularidade, medidas de fiscalização ou de policiamento com as quais se conseguia algum efeito temporário, superficial ou aparente quando não maneiras mais sofisticadas de burla ou engodo.

Havia, parece, bastante insegurança e decisão a respeito do controle da produção de profissionais de nível universitário ou de profissões — ditas liberais — que colocam seus profissionais em trabalho assalariado.

Parece difícil ou distante de se conseguir usar a produção e a qualidade do serviço como critérios para "cobrar" o trabalho desse tipo de profissional. O resultado parece ser — com alguma freqüência — providências moralistas (punições exemplares, manifestações discursivas, indignações públicas...), "policiais" ou repressivas (fiscalização, vigilância...) como se elas fossem solução para esses tipos de problemas.

Além dessas considerações, o atendimento — e as perguntas sobre as condições de retorno dos usuários para novos "atendimentos" — ainda parecia desintegrado. O usuário dificilmente poderia ter vários serviços em um mesmo retorno (horários sobrepostos, os serviços não tinham um planejamento

integrado, etc.) tendo que cada vez procurar o Posto de Saúde para um tipo de atendimento. Seria possível criar um sistema de atendimento que resolvesse esses problemas?

O próprio conhecimento do que acontecia com a procura dos Postos (por exemplo não se registrava "recusa de usuário") e com cada atendimento denunciava a falta de registros e de exame estatístico adequados e significativos. Não se conseguia saber com clareza — menos ainda com precisão — o que acontecia com o atendimento (incluindo procuras, atendimentos de cada tipo, recusas, matrículas, etc.) dos Postos de Saúde. Havia casos em que cada profissional fazia seu próprio controle de retornos independente dos demais profissionais dos Postos.

Todos estes problemas pareciam apontar para uma baixa (muito baixa!)probabilidade de retorno dos usuários aos Postos de Saúde a não ser em casos em que a população "pagasse qualquer preço" por "qualquer mínimo atendimento" e isto era — pelo menos em princípio — contrário aos objetivos da instituição e às declarações públicas de qualquer funcionário.

No Estudo 6 (Quadro 6.11) já se havia delineado uma maneira de trabalhar que permitiria obter uma melhora em relação a, pelo menos, uma parte desses problemas.

Um "sistema de agendamento" onde se trabalhasse com mapas claros, simples e completos do que o Posto oferecia a cada período de trabalho parecia ser um caminho promissor. Pelo menos ele parecia exigir definições do trabalho que os Postos deveriam desenvolver e que, como decorrência, permitiria avaliar o trabalho realizado em relação a essas definições.

Este Estudo relata uma amostra de processos desenvolvida pelos participantes do trabalho no sentido de explorar este caminho como uma possível solução para os problemas apontados, tentando um "agendamento" que integrasse os vários serviços e minimizasse outros problemas.

METODO

Participantes

Basicamente o grupo de participantes na fase do trabalho relacionado a este Estudo foi o mesmo descrito no Estudo 2. Como o trabalho relacionado a este Estudo desenvolveu-se no período de quase três anos (de meados de 1975 ao início de 1978) houve oscilações na participação de um ou outro profissional. Um dos estagiários de Psicologia saiu do grupo e os outros dois passaram a ser Psicólogos (após sua formatura), participando de uma maneira mais intensa e efetiva de várias decisões. Na fase final do trabalho um dos estagiários — já psicólogo — também deixou o trabalho restando um psicólogo dos ex-estagiários e um outro psicólogo. No decorrer do trabalho também houve afastamento de uma enfermeira, substituída por outra e depois o afastamento da segunda enfermeira que participava desde o início do trabalho.

Material

O material utilizado foi material acadêmico comum: papel, lápis, borracha, réguas, etc., além dos quadros murais e dos instrumentos construídos nas etapas ou atividades iniciais e que passaram a se constituir em material necessário para prosseguir para as etapas mais avançadas do trabalho. Tais materiais podem ser vistos na descrição do procedimento e dos resultados (Quadros ilustrativos).

situação de trabalho

Mais do que o ambiente físico — que foi, fundamentalmente, o mesmo dos Estudos anteriores — parece importante descrever alguns aspectos da situação de trabalho em virtude do tempo bastante prolongado (quase três anos) que durou a realização do que este Estudo relata.

Em primeiro lugar parece ter sido importante criar uma certa rotina (como em parte pode ser vista pela descrição de atividades no procedimento) de trabalho em que as pessoas estivessem trabalhando, simultaneamente, em vários níveis de uma tarefa (debate, estudo, organização de dados, construção de instrumentos) e misturados a outros trabalhos (ver demais Estudos). Um dos aspectos peculiares dessa "rotina" foi o de se começar a pensar, estudar e preparar uma tarefa com até um ano de antecedência do momento em que ela seria necessária.

Outro aspecto da situação de trabalho foi o de garantir a visualização (quadros murais) de prazos e periodicidade das tarefas, procurando-se manter o mais possível o cronograma de trabalho combinado.

O isolamento possível para indivíduos trabalharem só, ou para pequenos grupos quando tinham uma tarefa específica, foi conseguido com algumas divisões de espaço e salas pequenas disponíveis. As interferências de outras tarefas ou de outros participantes precisou ser minimizada. Às vezes, inclusive, foi necessário um certo "sigilo" dos dados e do que estava sendo feito uma vez que o conhecimento do que estava sendo feito parecia servir como um disparador de "fofocas", "paranóias", "intromissões", "falsas informações", etc. que interferiam e perturbavam a execução do trabalho para vários dos participantes.

Mesmo com as medidas tomadas conseguiu-se pouco de

controle disso (o que nos levou a incluir estes comentários sobre a "situação de trabalho").

procedimento

O procedimento do trabalho que foi desenvolvido na realização do que este Estudo relata teve uma seqüência de atividades que se desenvolveu mais ou menos ciclicamente resultando no que denominamos de etapas do trabalho.

Em geral as etapas se assemelharam no sentido de terem a mesma seqüência de atividades (embora uma etapa pudesse ter vários ciclos da seqüência de atividades), com pequenas variações que serão descritas em cada etapa.

A seqüência de atividades foi basicamente a rotina de trabalho do grupo de participantes. À época em que se iniciou o trabalho com o "agendamento de retorno de clientes"os participantes já haviam desenvolvido algumas "rotinas de trabalho"(seqüência de atividades, forma de preparar decisões, participação das pessoas envolvidas na decisão, etc.).

É claro que cada elo do que chamamos de "seqüência de atividades" foi desenvolvido com menor ou maior profundidade (às vezes exigindo maior tempo de duração e de "estudo" antes da decisão final) conforme a quantidade e qualidade disponíveis ou amadurecimento dos próprios participantes em relação ao problema específico de cada etapa.

A seqüência de atividades realizadas pelos participantes pode ser organizada sob quatro grandes rótulos (que reúnem "pedaços" da seqüência): 1. Diagnóstico; 2. Processo de solução; 3. Decisão e 4. Execução.

A cada ciclo se repetia estes conjuntos tentando um novo nível de 1. diagnóstico; 2. processo de solução; 3. de-

cisão e 4. execução. Dessa forma havia um ciclo que se repetia em níveis mais complexos do mesmo problema.

A seqüência de atividades desenvolvida dentro de cada um destes rótulos consistiu do seguinte:

1. Diagnóstico.

Atividade 1 — Discussão do problema a ser resolvido. Nesta atividade o grupo de participantes debatia sobre as características básicas do problema que deveria ser resolvido pelo trabalho que se desenvolveria. Não importava a solução a ser dada mas sim o que deveria ser resolvido. Pessoas envolvidas, forma do envolvimento, dados relacionados ao problema, conseqüências existentes, possíveis (e até prováveis) causas para a existência do problema, recursos disponíveis para a interferência, etc..

A discussão toda era registrada e podia durar uma ou mais sessões de trabalho (em média duas horas uma ou duas vezes por semana). O registro era realizado, geralmente, por dois ou três dos participantes que conferiam suas anotações de tempos em tempos com os debatedores. A atividade era coordenada por um dos participantes (geralmente o que tinha mais conhecimento do assunto em debate) e dirigida* pelo Diretor do Departamento (que era a pessoa que dominava mais informações de diferentes fontes, partes, níveis ou aspectos da instituição).

No debate eram retomados os estudos e dados já produzidos pelos participantes (ver Estudos 1 a 7), sempre que

---

* A diferença entre coordenar e dirigir pode ser considerada como sendo a diferença entre aspectos de eficiência de um debate (coordenar e integrar o que aparecesse) e direção desse mesmo debate no sentido dos objetivos e interesses da instituição.

necessário para esclarecer o que já se tinha realizado.

Atividade 2. Organização do registro feito durante o debate. Nesta atividade um ou dois dos participantes (não necessariamente os mesmos que haviam feito o registro) transformavam as anotações do debate em um documento organizado que pudesse ser objeto de estudo pelos participantes. O que se buscava com essa "organização do registro" era tornar organizado, inteligível e passível de um nível mais exigente de exame, aquilo que havia sido debatido.

O "documento organizado" continha as partes fundamentais de um texto do tipo "dissertação" (conforme organização descrita por Botomé e Gonçalves, 1980) e incluía notas, figuras (caso o assunto compreendesse desenhos), tabelas, etc.. Também, conforme a extensão e complexidade, podia conter sub-títulos de diferentes ordens. A regra geral e básica a seguir era a de que o "documento" deveria permitir uma compreensão clara e organizada do que se conhecia sobre o problema em foco até o momento.

À medida que o trabalho avançava em novos ciclos esta atividade continha em anexo os documentos anteriores (relativos a fases mais iniciais do trabalho).

Atividade 3. Estudo do documento. Nesta atividade, os participantes, individualmente ou em pequenos grupos de acordo com sua preferência ou disponibilidade, estudavam o documento, registrando suas observações a respeito do que ele continha. A regra básica era anotar tudo o que considerasse relevante e que ocorresse durante o estudo do documento. Valia, inclusive, anotar perguntas, dúvidas, críticas, etc..

As três atividades acima descritas repetiam-se até se chegar a um consenso (transformado em um texto escrito) sobre o que caracterizava o problema que devia ser resolvido.

Quando se obtivesse um documento que representasse o máximo de consenso possível na situação (às vezes um ou outro dos participantes faltava, perdia parte das atividades, etc. e nem sempre era possível estender o debate indefinidamente) o trabalho prosseguia para um segundo conjunto de atividades rotuladas de "processo de solução".

2. Processo de solução.

Atividade 4. Levantamento de alternativas. Nesta atividade, todos os participantes desenvolviam um trabalho com um procedimento igual ao da atividade 1, mas voltado para a "explicitação" de alternativas de solução para o problema descrito. Não havia restrição sobre as alternativas, interessando trocar idéias sobre todas as que ocorressem aos participantes. Os próprios participantes, no entanto, ao trocar idéias sobre as alternativas faziam restrições ou apoiavam mais a uma ou a outra das que estavam em debate.

O debate era registrado por dois ou três dos participantes (geralmente os que tinham mais facilidade, manifestavam interesse ou se dispunham a registrar) e estas anotações eram a "matéria-prima" utilizada na atividade que se seguia.

Atividade 5. Organização do registro sobre o debate em relação ao levantamento de alternativas de solução. A atividade seguinte era feita por dois ou três dos participantes e consistia de uma tarefa semelhante à que constituía a atividade 2: organizar o registro feito durante o debate. Usava-se as notas feitas para elaborar um documento organizado a respeito de alternativas de solução. O documento continha a descrição de cada alternativa (o que havia sido apresentado no debate) e as verbalizações a favor ou contra cada alternativa além dos demais aspectos típicos de um texto dissertativo (introdução, desenvolvimento, conclusões). No caso de, entre as alternativas, haver figuras (caso do agendamento)

elas eram incluídas no texto mesmo que sob a forma de esboços.

Atividade 6. Estudo do documento sobre alternativas de solução. De maneira semelhante à atividade 3, o documento elaborado era estudado pelos participantes individualmente ou em pequenos grupos, registrando-se as observações sobre o que fora estudado. Com as anotações de todos ou dos que haviam lido no prazo combinado, voltava-se a uma atividade de debate para integrar as observações feitas.

Quando se obtivesse um razoável (e isto variou conforme o assunto) grau de concordância entre os participantes, no conteúdo do documento, passava-se a um outro nível de atividades.

3. Decisão

Atividade 7. Estudo do documento sobre as alternativas de solução propostas. Os participantes individualmente ou em grupo pequeno (duas até quatro pessoas) estudavam o documento final sobre as alternativas que descrevia o problema e escolhiam a alternativa que lhes parecesse ser a melhor. Não era necessário escrever mas cada um deveria estar apto a defender sua escolha com argumentos que fossem convincentes aos demais participantes. Havia um prazo combinado entre os participantes para a consecução da atividade e, ao final dele, haveria uma reunião de todos para realizar a atividade seguinte.

Atividade 8. Escolha da melhor alternativa de solução. Esta atividade constituiu-se fundamentalmente em uma reunião de todos os participantes para um debate que terminaria com a decisão sobre qual a melhor alternativa de solução para o problema em foco. O debate era registrado e deveria se transformar em um documento que apresentasse e fundamentasse a decisão final dos participantes. O documento era apreciado pelos participantes individualmente ou em pequenos gru-

pos e era, mais uma vez, apreciado em conjunto por todos em relação às observações feitas. Quando ele tivesse sido aceito pelos participantes como representativo do que o grupo propunha, convertia-se no documento que seria usado para a continuação das atividades.

4. Execução.

O próximo conjunto de atividades referia-se às tarefas que constituiam a fase de execução do que havia sido decidido (a alternativa de solução escolhida) e se constituiu de várias atividades.

Atividade 9. Construção das condições para implantação do que havia sido decidido. Nesta atividade, os participantes dividiam-se por "especialidades". Cada um (ou cada grupo pequeno) realizava uma parte do que era necessário. Alguns ficavam responsáveis pela construção do "desenho" do agendamento, outros por conferir o desenho proposto, outros por planejar e organizar o plano de implantação, outros por planejar, organizar e realizar o treinamento dos funcionários, etc..

Cada grupo tinha que escrever suas proposições em um documento e submeter à apreciação dos demais. Havia reuniões em que se debatia o que havia sido realizado e prosseguia-se para novos níveis de execução das decisões.

Nesta atividade alguns dos participantes exerceram a função de coordenadores do trabalho, participando de diversos grupos e integrando informações entre os grupos.

O material acabado e o plano de implantação feito foram submetidos a todos os participantes para um exame final a partir de "testes artificiais" (dramatizações, jogos...). Esse exame final era o que permitia o início da nova atividade da seqüência.

Atividade 10. Implantação-teste. Esta atividade constituiu-se basicamente em um teste do funcionamento das decisões e do plano que havia sido feito. A implantação era feita apenas em um (ou em uns poucos) Posto e se observava o que acontecia acompanhando o trabalho e examinando os registros feitos. As observações eram feitas de diferentes maneiras: o que era observado, quando, quanto, quem e como observar variavam.

O material coletado incluía comentários dos funcionários, observações diretas sobre o modo de realizar o que fora implantado, produto resultante (agendamentos realizados) e, mesmo, impressões dos participantes que acompanharam o trabalho.

Atividade 11. Organização dos dados. A partir dos dados obtidos com as observações da implantação-teste fez-se uma análise (em grupos pequenos), sistematizando os dados, inclusive sugestões de mudança, para permitir novos estudos. Os dados organizados foram descritos, constituindo-se um texto sobre a implantação-teste. Os mesmos participantes que geralmente registravam e redigiam os textos sobre cada atividade foram os encarregados de redigir o texto-documento sobre a implantação teste.

Atividade 12. Estudo dos resultados da implantação-teste. Nessa atividade cada participante, individualmente ou em conjunto com mais alguém, estudava o documento registrando suas impressões, observações, interpretações e,principalmente, novas propostas para corrigir o que havia sido falho. As observações de todos com o documento constituia-se em um novo material que permitia reiniciar o ciclo de atividades desde o diagnóstico. A próxima atividade era debater para caracterizar os problemas surgidos, e proceder até "diagnosticar" o que acontecera.

Neste ponto do trabalho, o procedimento reiniciava,

com um problema mais localizado, na atividade 1 (diagnóstico — Discussão do problema a ser resolvido). O ciclo se repetiria em diferentes etapas até, cumulativamente, se chegar a um ponto satisfatório de solução para o problema original da comunidade.

O procedimento descrito até aqui (12 atividades) foi realizado para seis etapas do trabalho (apresentadas nos resultados como produto).

Primeira etapa — Agenda simples.

A primeira etapa resultou em uma proposta para uso de uma agenda comum, através da qual se saberia um pouco mais sobre o que acontecia quando se agendava usuários para os Postos de Saúde. Foi desenvolvida apenas com gestantes usuárias dos Postos de Saúde, durante cerca de quatro meses.

Segunda etapa — Bloco de agendamento construído para agendamento de gestantes.

Esta etapa resultou em um "mapa de agendamento de gestantes" construído a partir dos dados observados com o uso de agenda simples e das necessidades e definições administrativas.

Terceira etapa — Agendamento de Pré-natal integrado.

Com os resultados observados na implantação-teste do Bloco de agendamento de gestantes, foi possível avançar mais um pouco em relação a níveis mais complexos de solução do problema de agendamento do retorno de usuários para o atendimento de Pré-Natal nos Postos de Saúde. O procedimento de trabalho das etapas anteriores repetiu-se em relação a novos dados e a uma nova caracterização do problema a ser resolvido.

Quarta etapa — Agendamento de Pediatria integrado.

A elaboração do Agendamento de Prē-Natal integrado facilitou atender a uma extensão do problema original: agendamento de outros serviços do Posto. Novamente, repetiu-se o procedimento das etapas anteriores com a diferença de que o ponto de partida eram os dados e experiências de agendamento de outra área ajudando a caracterizar o problema de Agendamento de Pediatria integrado (os vários serviços disponíveis para as crianças eram agendados para o mesmo dia).

Quinta etapa — Agendamentos de Prē-Natal e de Assistência à Criança (atē um ano de idade) integrados em um Programa de Atendimento de Saúde Materno-Infantil.

Os dados e experiência obtidos com os agendamentos anteriores forneceram condições para avançar um passo na direção da complexidade que se aproximava mais de uma adequada solução do problema do agendamento: integrar os serviços relacionados à população-alvo do programa. O procedimento foi, mais uma vez, semelhante ao das etapas anteriores com exceção dos dados inicialmente disponíveis.

Sexta etapa — Agendamentos de clínica de adultos e de clínica de crianças (atē seis anos de idade) integrados em um Programa de Atendimento Ambulatorial.

Nesta etapa, embora houvesse muitas indefinições a respeito do atendimento ambulatorial, tentou-se elaborar um sistema de agendamento simples para os clientes que procurassem um serviço ambulatorial de atendimento de saúde nos Postos da rede. O procedimento, ainda nesta etapa, foi semelhante ao utilizado nas etapas anteriores.

RESULTADOS

Os resultados relativos à fase do trabalho que este Estudo relata foram sistematizados em seis conjuntos (correspondendo — de certa maneira — às etapas do procedimento).

No Quadro 8.1, pode-se ver o modelo de uma página da agenda que foi utilizada como primeiro recurso para "combinar e marcar" as datas de retorno das gestantes que freqüentassem cada Posto de Saúde para controle de saúde de Pré-Natal. A agenda (de tipo comum) foi acompanhada de algumas instruções (do tipo "regras de uso") sobre como deveria ser utilizada para registrar os retornos e procuras do Posto. Os funcionários do "expediente" dos Postos deveriam marcar números de 1 a 20 e registrar até 16 retornos para cada dia. Cada dia deveria ter quatro vagas para atender as gestantes que procurassem o Posto pela primeira vez naquele dia e só deveriam ser preenchidas no próprio dia.

A "agenda" (Quadro 8.1) e as "instruções" foram resultado da primeira etapa do procedimento e visavam "obter mais dados" sobre como os funcionários "criavam condições" para o retorno dos usuários dos Postos de Saúde, além de iniciar um "serviço de agendamento sistemático de retornos de clientes".

No Quadro 8.2, pode-se observar algumas das informações retiradas do exame das agendas utilizadas pelos Postos durante o período de teste das mesmas (cerca de quatro meses) e de observação direta sobre o uso (preenchimento, interação com clientes, etc.) das agendas.

As informações mostram que as dificuldades com a "criação de condições para retorno" dos usuários são variadas:

1981

MAIO

TERÇA-FEIRA

5

Quadro 8.1. Modelo da página do "livro de agendamento" (agenda) utilizado como primeiro tipo de "agendamento de usuários" nos Postos de Saúde .

1. Dias da semana fixos (por exemplo, quartas-feiras) com nenhum agendamento feito(em branco);

2. Número de usuários em dias consecutivos muito variados: alguns com acúmulo (além do número previsto) outros com poucos retornos marcados (até quatro ou cinco usuários);

3. Manutenção de procedimentos antigos (anteriores ao "sistema de agendamento") quanto ao horário para o usuário chegar ao Posto (todos deveriam chegar antes do início do expediente do período);

4. Não se sabia quem havia sido atendido, faltado ao retorno agendado ou mudado o dia de retorno (funcionários registravam assistematicamente);

5. A regra sobre quantidade de "agendamentos" por dia (quatro "novos" ou quatro "vagas para o dia" e 16 retornos) não era seguida pela maioria dos funcionários;

6. O registro não permitia retirar informações para exame estatístico do trabalho da instituição;

7. Havia grande quantidade de anotações dos funcionários nas páginas da agenda (por exemplo: "só matrícula, "faltou", "trocou de dia"...).

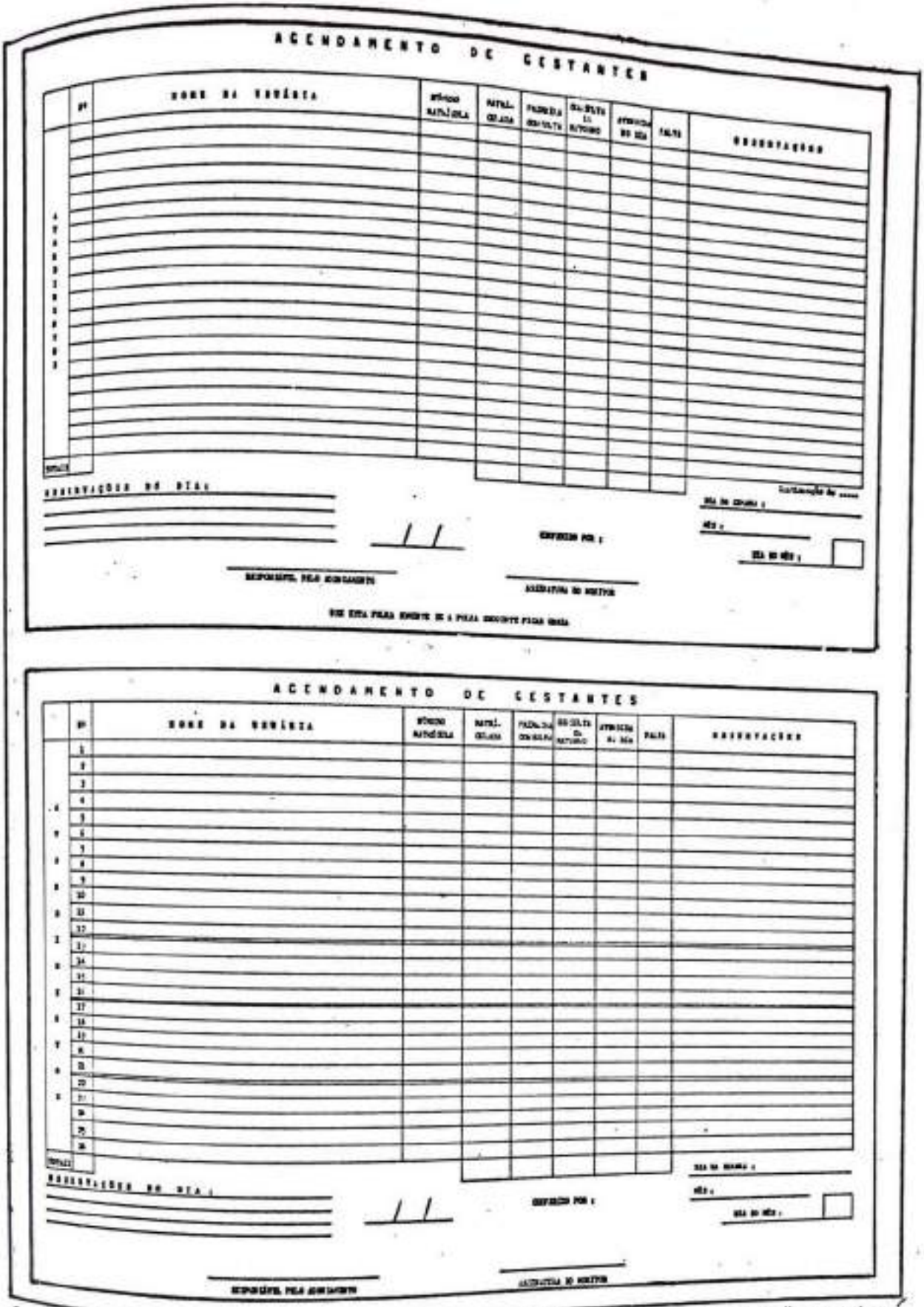
Quadro 8.2: Algumas informações retiradas do exame das agendas durante o período de teste das mesmas (cerca de quatro meses). As informações referem-se ao primeiro tipo de "agendamento de usuários".

dias de muito acúmulo de usuários (e conseqüente piora na qualidade do atendimento) ou os usuários chegarem cedo e serem atendidos muito depois, etc.. São exemplos dos aspectos relacionados a "criar dificuldades" em vez de "criar condições favorecedoras" para o retorno dos pacientes aos Postos.

Algumas das observações dos funcionários e algumas das dificuldades em analisar o que acontecia evidenciava a necessidade de elaborar melhor o instrumento oferecido: dados que permitissem quantificar o que acontecia com a procura e retorno aos Postos ou examinar o que aconteceu com cada usuário quando freqüentou o Posto.

Três tipos de informações — as três primeiras do Quadro 8.2 — chamaram a atenção de maneira especial. A primeira — dias com nenhum agendamento — ao lado da segunda — dias com grande número de clientes (além do número previsto) agendados para retorno — mostravam dias de ociosidade nos Postos ao lado de dias com excesso de trabalho, com desconforto para funcionários e usuários, além de piorar a qualidade do atendimento. Havia alguns casos em que a ausência de agendamento de usuários coincidia com segundas ou sextas-feiras ou em que o dia "sem clientes" era fixo (sempre o mesmo dia da semana) sem encontrar-se eventos correlacionados (clima, feira...). A manutenção de procedimentos "antigos" (todos os clientes do dia deviam chegar no início — ou antes — do período de atendimento) não se alterou embora ficasse desnecessária (os funcionários poderiam pedir aos clientes para chegarem em horários escalonados).

No Quadro 8.3, pode-se ver o "modelo" de uma folha de agendamento construída para tentar alterar o que havia sido observado. Na parte inferior do Quadro 8.3, observa-se a página onde deviam ser registrados os nomes das usuárias participantes do Programa de Pré-Natal e informações a respeito



Quadro 8.3.Modelo de uma folha aberta do "Bloco de Agendamento" construído para marcar retorno de gestantes usuárias dos Postos de Saúde. Na parte superior está a página de "continuação" da página inferior.O modelo refere-se ao primeiro desenho construido para os Postos de Saúde, a partir das informações descritas no Quadro 8.2.

do seu atendimento.

Na folha havia quatro "campos": agendamentos de retornos feitos com antecedência (números 1 a 12); "agendamentos" feitos no dia — vagas reservadas para os clientes que procuravam o Posto de Saúde pela primeira vez — em que se daria o atendimento (números 13 a 16); anotações das pessoas que procurassem o Posto de Saúde com "situações de emergência" (números 17 a 21) e espaço para anotações de pessoas que ao procurar o Posto não pudessem receber atendimento médico mas poderiam ser matriculadas, orientadas, agendadas para consulta médica, etc. ou casos de troca de dia para a consulta (números 22 em diante, inclusive podendo prosseguir na "folha de continuação" ilustrada na parte superior do Quadro 8.3).

Ao lado do nome do usuário, o funcionário deveria registrar várias informações:

- marcar o número da matrícula do usuário na coluna "NÚMERO MATRÍCULA". (isto "facilitava" encontrar os papéis da gestante na consulta seguinte — retorno);
- marcar um "x" na coluna correspondente ao "serviço" que a pessoa recebia (MATRICULADA) ou "solicitava" (PRIMEIRA CONSULTA e CONSULTA DE RETORNO);
- marcar "S" ou "N" na coluna "ATENDIDA NO DIA" caso a gestante tivesse recebido atendimento médico (S) ou não (N);
- marcar "F" na coluna FALTA para as gestantes que, tendo retorno marcado para o dia, não comparecessem ao Posto e um traço (-) se tivessem comparecido.

Se houvesse observações especiais sobre o cliente (por exemplo, solicitar mudança de dia para o retorno) seriam

anotadas na coluna "OBSERVAÇÕES".

Na parte inferior à esquerda da folha havia espaço para "observações do dia" onde se poderiam registrar eventos críticos do dia (por exemplo temporal, falta de funcionário, feira, assalto no Posto, falta do médico, etc.).

À direita na parte inferior havia local para preenchimento de dados a respeito de mês, dia do mês e dia da semana. A localização à direita e na parte baixa da folha foi proposital para facilitar visualização e rapidez em relação à época mais apropriada para agendar o retorno de cada cliente (facilitar a localização).

Abaixo das colunas ("atendimentos", "matriculada","primeira consulta", "consulta de retorno", "atendida no dia" e "falta") havia um retângulo para colocar o número que representava o total de ocorrência de cada categoria, o que permitia obter dados numéricos e avaliar a adequação do bloco de agendamento como registro estatístico.

Além disso havia local para ser colocado o nome das pessoas que "respondiam" pelo "agendamento", conferiam o trabalho (geralmente ou teoricamente, o chefe do Posto) e por quem supervisionava (ensinava) a atividade (o "monitor").

No Quadro 8.4, estão algumas das insformações retiradas das observações feitas nos próprios postos (vendo o que acontecia quando os funcionários agendavam retornos), nos "blocos de agendamento" preenchidos pelos funcionários e informações relacionadas a eventos administrativos (decisões, planejamento, conclusões de estudos, etc.) que se relacionavam ao "sistema de retornos" de usuários aos Postos de Saúde.

As informações 1, 2 e 7 foram retiradas do exame dos blocos de agendamento. A informação 2 foi, inclusive, testada em um Posto mostrando maior rapidez e conforto para os

1. Era possível exame diário - e construção de "estatísticas" - de quantos procuravam o Posto de Saúde pela primeira vez, de retornos, de faltas, de atendimento efetivado ou adiado ou de matrículas.

2. Ao marcar retorno do usuário, era registrado o número do seu prontuário, o que permitia preparar os prontuários dos clientes do dia com antecedência (na véspera, por exemplo), evitando esperas, filas ou atrasos muito grandes.

3. Os funcionários e usuários de outros serviços, além do pré-natal (odontologia, clínica de adultos em geral e pediatria), solicitavam que o agendamento fosse estendido a esses outros serviços.

4. O atendimento de pré-natal, mesmo com agendamento, mostrava ainda, várias "desintegrações": havia Postos que só matriculavam em um determinado dia da semana; as consultas médicas não eram (com decorrência?) feitas no mesmo dia da matrícula: a consulta odontológica era marcada em dias diferentes do da consulta médica, exigindo mais retornos do usuário ao Posto; o horário de chegada dos clientes era igual (e antes do horário de início do período de trabalho) para todos, embora fossem atendidos em horários diferentes, etc.

5. As "esperas" dos usuários eram maiores do que parecia necessário (até mais de cinco horas para receber atendimento).

6. A consulta médica de todos os clientes era bastante rápida desde a primeira até a última gestante atendida.

7. Havia variações no número de retornos muito grandes de um dia para outro (sem correspondência com eventos do tipo clima, feira, etc.

8. Enquanto se fazia o agendamento através do primeiro "Bloco de Agendamento" (ver Quadro 8.3), definiram-se vários serviços: atendimento de puerpério, atendimento de odontologia, pré e pós consulta médica dos diferentes programas, orientações de saúde (iniciar implantação deste serviço), como seria a inscrição no Posto (da família e não de pessoas).

9. Foram definidos os tempos de duração (médio) dos serviços: consulta médica, pré e pós consulta com 10 minutos cada (totalizando 30 minutos para o atendimento médico); consulta odontológica com 30 minutos e orientações de saúde com 60 minutos.

Quadro 8.4. Informações retiradas do exame dos registros feitos no primeiro modelo de "Bloco de Agendamento" construido para uso dos Postos de Saúde, das observações feitas nos Postos de Saúde e das informações sobre novas definições (desde o início do agendamento) a respeito dosserviços dos Postos de Saúde.

funcionários e usuários quando os prontuários de quem seria atendido no dia ficavam preparados desde a véspera.

A informação 3 (Ver Quadro 8.4) foi obtida através dos contatos diretos dos participantes com funcionários dos postos que relatavam facilidades e contribuições para o serviço com o "agendamento de retornos".

As informações 5 e 6 foram obtidas por observações diretas durante os períodos de atendimento dos Postos, mostrando uma relação "inversamente proporcional" entre demora do usuário nos Postos para receber atendimento e a duração deste próprio atendimento quando ocorria.

As informações 8 e 9 referem-se a dados que derivam de estudos e decisões da administração e equipes de assessoria da direção da instituição que interferiam com as características e possibilidades de atendimento de usuários e que afetavam o "sistema de agendamento" de retornos de usuários para atendimento ou controle de saúde nos Postos.

As informações, no conjunto, permitiam correções e uma melhor formulação de como deveria ser o "sistema de retorno" (ou agendamento) de usuários aos Postos de Saúde.

Nos Quadros 8.5 e 8.6, pode-se ver os, de certa forma, resultados dessas informações. No Quadro 8.5 estão os modelos das duas páginas que constituiam cada folha do "Bloco de Agendamento do Programa de Pré-Natal" e no Quadro 8.6 estão os modelos das duas páginas que constituiam o "Bloco de Agendamento do atendimento de pediatria".

Na parte superior do Quadro 8.5, pode-se observar a página da folha do Bloco que contém o "desenho" (no sentido de "mapa") do atendimento médico ("CONSULTAS MEDICAS") e do atendimento odontológico ("CONSULTAS ODONTOLÓGICAS"). Na parte esquerda e inferior desta página há também um "mapa" do

atendimento de "inscrição no Posto" que foi denominado de "FICHA FAMILIAR" (porque nesta "inscrição" a pessoa fornecia dados sobre a família e que compunham uma parte do prontuário da família — a "FICHA FAMILIAR").

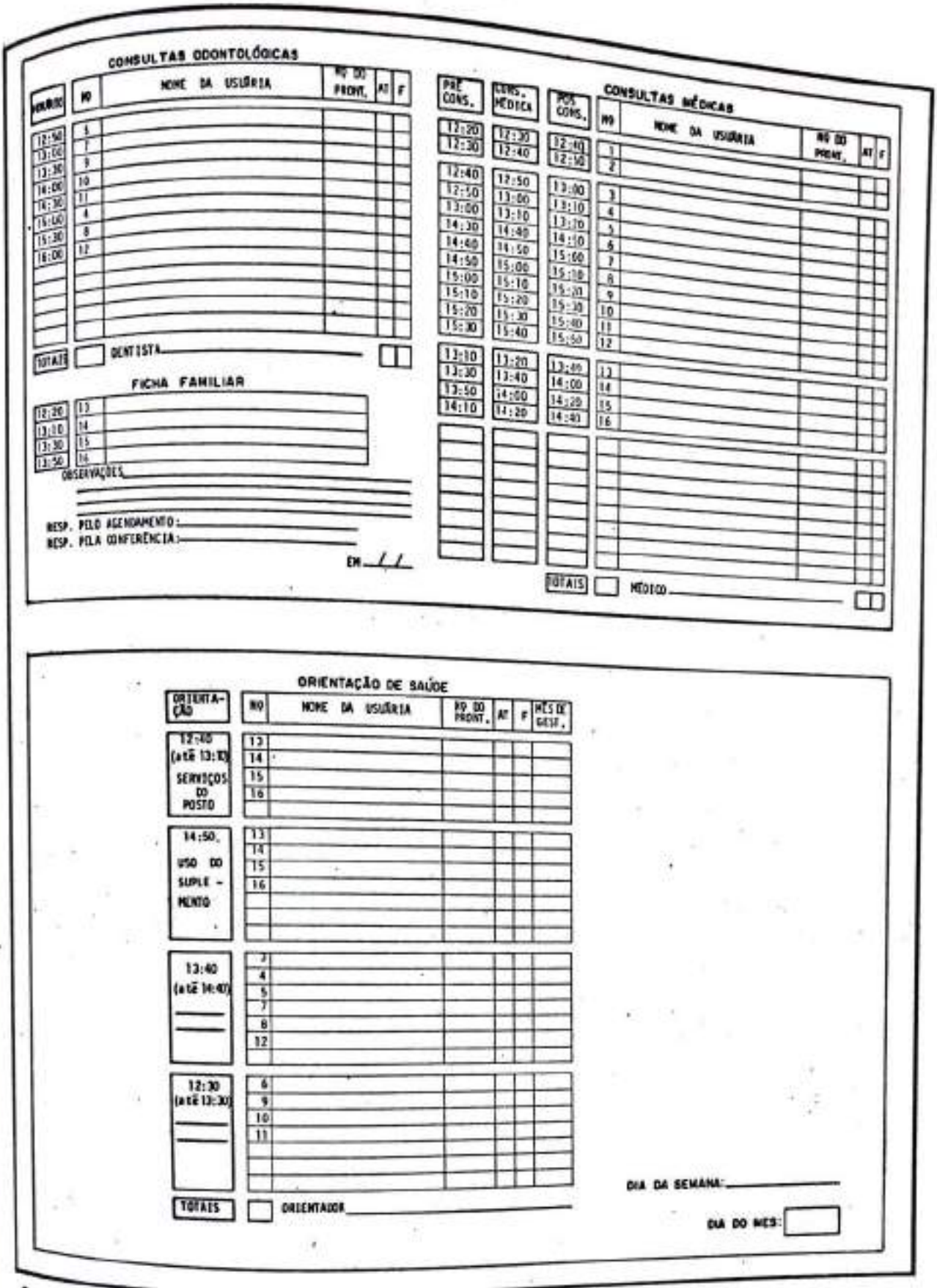
Na parte inferior do Quadro 8.5 está o "desenho" das "orientações de saúde" que ocorreriam a cada dia. Observa-se nesta página que há quatro possibilidades de "orientações". Uma de "serviços do Posto de Saúde" (usuários 13 a 16); outra de "uso do suplemento alimentar para gestantes" (para os mesmos usuários 13 a 16) e outras duas para as orientações de saúde definidas para cada dia (usuários 3, 4, 5, 7, 8 e 12 e usuários 6, 9, 10 e 11). Cada orientação ocorria com horário e duração bem definidos.

Na parte superior, à esquerda, do Quadro 8.5, no "mapa de consultas odontológicas" encontram-se os clientes 5, 7, 9, 10, 11, 4, 8, 12, cada um com 30 minutos de tratamento odontológico ocorrendo em um horário definido.

Na parte superior, à direita, do Quadro 8.5, encontra-se o "mapa de consultas médicas" com todos os 16 usuários que seriam atendidos no período, tendo, cada um, horário definido para pré-consulta, consulta médica e pós-consulta. Na parte inferior do "mapa de consultas médicas" há espaços vazios para preencher com casos excepcionais de usuários que não os 16 definidos (emergências, trocas de dias, etc.).

Nas demais características, a folha de agendamento se assemelha ao modelo anterior (ver Quadro 8.3), com simplificações que haviam se mostrado possíveis.

O número atribuído a cada usuário quando o funcionário registrava seu nome em uma linha do "mapa de orientações de saúde" tinha uma correspondência com os demais "mapas" (ficha familiar, consulta odontológica e consulta médica).



Quadro 8.5. Modelo das duas páginas (superior e inferior) do "Bloco de Agendamento do Programa de Pré-Natal", que integrava os atendimentos médico, odontológico e de orientações de saúde (o quadro permite visualizar as duas páginas — superior e inferior — de um "bloco" aberto em uma folha qualquer).

O funcionário deveria, antes de marcar uma data para retorno do usuário, verificar qual a "orientação de saúde" que deveria ter na próxima vez que freqüentasse o Posto, verificar em que dia da semana havia essa orientação, localizar, em torno do prazo de retorno (por exemplo, um mês) qual o dia em que esta orientação estaria disponível e, então, marcar o nome do cliente ao lado de um dos números que estavam na orientação (por exemplo nº 7). Em seguida o funcionário marcaria o nome do usuário no mesmo número do "mapa de consultas odontológicas" e no "mapa de consultas médicas". Dessa forma estariam definidos todos os atendimentos que o usuário receberia no próximo retorno ao Posto bem como horário de cada um dos atendimentos (ver Quadro 8.5).

Os números 1 e 2 eram "reservados" para usuários que procuravam consulta de puerpério (para os quais não havia nem consulta odontológica, nem orientações de saúde no período de atendimento). Os números 13 a 16 eram "reservados" para usuários que procuravam o Posto pela primeira vez e que, por isso, tinham orientações de saúde definidas ("Serviços do Posto" e "Uso do Suplemento Alimentar" eram disponíveis todos os dias) e não tinham consulta odontológica (na primeira procura do Posto). Também era previsto para os usuários 13 a 16 (primeira vez) o preenchimento da "ficha familiar" que comporia o conjunto de informações sobre as "condições de vida" da família no prontuário familiar.*

Ao preencher o "mapa" de atendimentos do dia com o

---

* Havia sido implantado nos Postos um sistema de "Prontuário Familiar" onde seriam organizados (e não apenas amontoados) os registros de atendimento dos vários indivíduos de uma mesma família. O nome-cabeçalho do prontuário seria, de preferência, o da mãe ou mulher responsável pelas crianças de uma família. O prontuário individual, além de multiplicar trabalho, separava informações úteis para diagnosticar (e interferir com) as condições de saúde de um usuário.

nome de um cliente colocando-o ao lado de um número e na seqüência (orientações de saúde, consultas odontológicas e consultas médicas) dos serviços mais demorados e menos disponíveis (orientação de saúde) para o menos demorado e mais disponível (consulta médica), o funcionário teria definido todos os atendimentos que cada usuário receberia ao retornar ao Posto, a seqüência desses atendimentos e o horário em que ocorreriam.

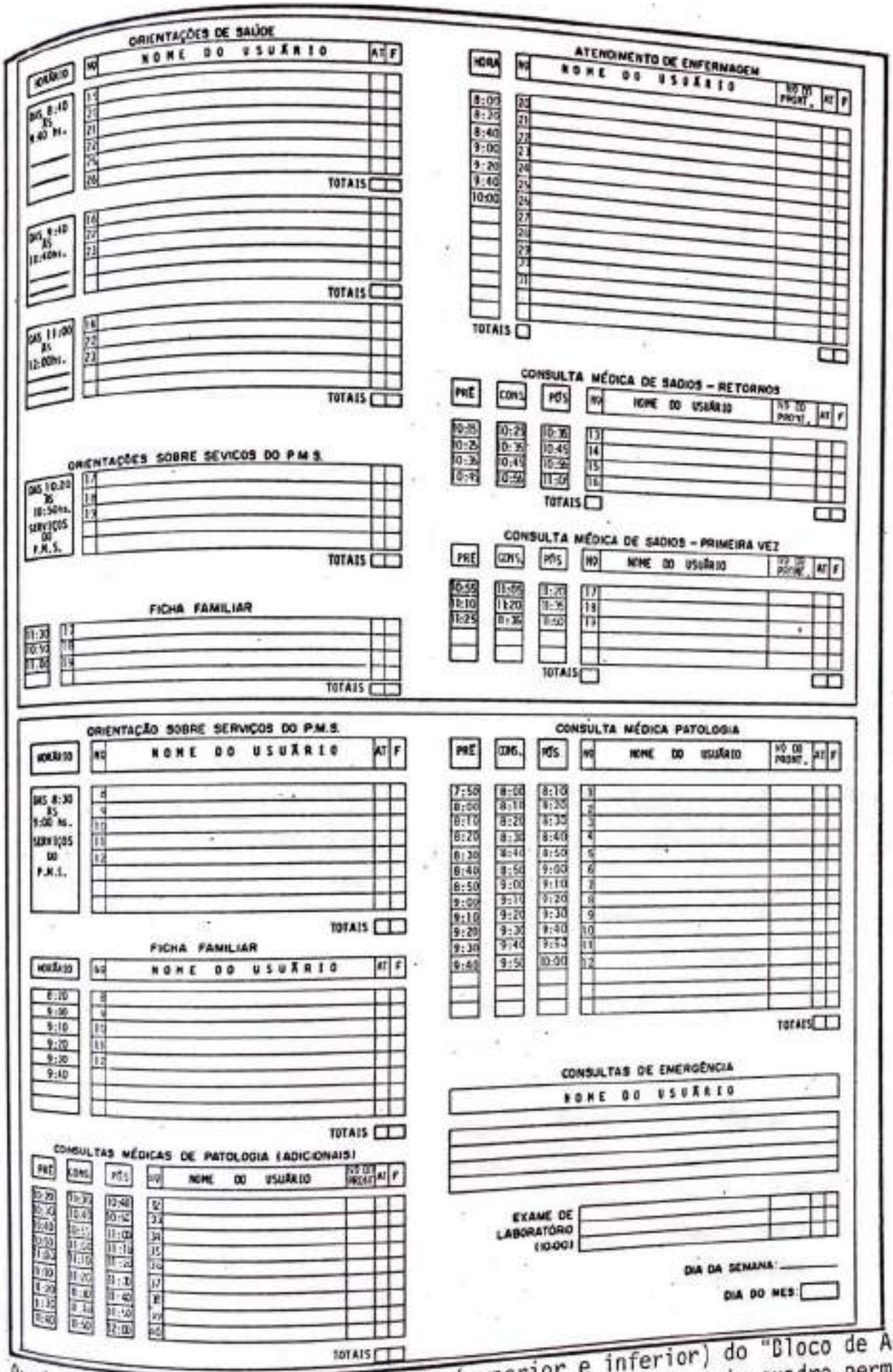
No Quadro 8.6, pode-se examinar o modelo das duas páginas que constituiam cada folha do "Bloco de Agendamento do atendimento de pediatria". Na parte superior do Quadro 8.6, encontra-se o "mapa de atendimento das crianças que retornariam ao Posto para controle de saúde" e na parte inferior o "mapa de atendimento das crianças que procuram o Posto para atendimento de problemas com a saúde.

O atendimento de "controle de saúde de pediatria" e o atendimento de "problemas de saúde de pediatria" diferiam do atendimento de pré-natal e, por isso, há diferenças nos "mapas de atendimento" de cada um.

Na parte superior do Quadro 8.6, pode-se ver os mapas de atendimento relacionados ao atendimento "controle de saúde de pediatria": orientações de saúde (três possibilidades por dia em horários diferentes), orientações sobre serviços do Posto, ficha familiar, atendimento de enfermagem, consulta médica de sadios — retornos, e consulta médica de sadios — primeira vez.

Basicamente a maneira de "agendar" (marcar no mapa de atendimento o nome do cliente em locais definidos e correspondentes ao que aconteceria com o seu atendimento no Posto) é semelhante à descrita em relação ao "agendamento de Pré-Natal" (Ver Quadro 8.5).

Os usuários que procuram o Posto pela primeira vez



Quadro 8.6. Modelo das duas páginas (superior e inferior) do "Bloco de Agendamento de pediatria" que integrava os vários serviços (o quadro permite visualizar as duas páginas de um bloco aberto em uma folha qualquer).

no dia têm reservados os números 17, 18 e 19 e podem ter, no mesmo dia, "orientações sobre serviços do Posto", preencher a Ficha Familiar e ter consulta médica (ver os números 17, 18 e 19 no Quadro 8.6).

Os usuários que retornam para consulta médica ou para atendimento de enfermagem (controle de saúde pelo pessoal de enfermagem intercalado com consulta médica) têm, também, orientações de saúde. Os usuários 16, 22 e 23 têm dois tipos de orientação e os usuários 15, 20, 21, 22, 25 e 26 têm outra orientação de saúde.

No conjunto, a maioria dos usuários podem ter vários dos serviços previstos para a pediatria no mesmo dia sem necessidade de diversos retornos ao Posto de Saúde.

Na parte inferior do Quadro 8.6, pode-se ver os atendimentos previstos para as crianças que fossem levadas ao Posto para resolver problemas (e não apenas para controle de saúde-prevenção de problemas) de saúde.

O sistema de "mapeamento" é semelhante aos já descritos, com a diferença de que há outros serviços oferecidos e previsão para "casos adicionais" e "emergências". Os casos "adicionais" deveriam ser marcados em linhas intercaladas (marcar uma linha e saltar a seguinte) só voltando para preencher a linha saltada quando chegasse ao fim do Quadro. Isto era importante porque as "consultas adicionais" deveriam ser "inseridas" no meio do atendimento de consultas previstas. Com elas visava-se avaliar a necessidade de recursos para atendimento de crianças e a sua alteração à medida que era organizado o "serviço preventivo" (parte superior do Quadro 8.6). Por isso que os "horários" de alguns usuários "adicionais" coincidem ou são intermediários dos usuários das "consultas médicas de patologia".

Havia, ainda, um espaço para registro de "consultas

de emergência" para os casos que se caracterizassem como tal (o nome mais adequado deveria ser "consultas de urgência").

Finalmente, ainda havia nos Postos de Saúde, a previsão de "consultas" de retorno só para entregar resultados de exames de laboratório e que seriam inseridas entre as demais consultas mas em um horário definido (às 10,00 horas) que ficaria reservado para este tipo de atendimento.

No canto inferior, à direita, registrava-se o dia da semana (por exemplo, SEGUNDA) e o dia do mês (o nome do mês constava na capa do Bloco de Agendamento.

As duas páginas (parte superior e inferior do Quadro 8.6) "mapeavam" as possibilidades de atendimento de crianças tanto no programa preventivo — controle de saúde — ("mapeado" na página superior) quanto no programa ambulatorial — atendimento de problemas de saúde — ("mapeado" na página inferior).

No Quadro 8.7, pode-se observar dez tipos de informações obtidas a partir das observações do uso dos "Blocos de Agendamento" descritos nos Quadros 8.5 e 8.6 e de definições elaboradas a partir de estudos da administração central e administrações regionais dos Postos de Saúde.

As informações 1, 2, 3 e 4 foram obtidas a partir de observações diretas com os funcionários realizando o agendamento nos Postos de Saúde e acompanhando os problemas que aconteciam com o atendimento (demora, atrasos, acúmulos, seqüência de atendimentos, pouco intervalo entre um e outro, etc.).

A informação 4 incluía resultados de entrevistas informais com médicos e dentistas sobre o que havia acontecido com as condições de realização do seu trabalho com o agendamento dos clientes organizado no expediente (anteriormente cada profissional "marcava" os retornos dos "seus clientes").

1. Clientes e funcionários apresentavam queixas de demoras prolongadas dos usuários nos Postos quando retornavam para atendimento;

2. Os funcionários, apesar dos diferentes e definidos horários de atendimento dos usuários, continuavam solicitando que todos chegassem no início do período de expediente do Posto;

3. Funcionários queixavam-se de ter que escrever várias vezes o nome do mesmo cliente e da dificuldade em visualizar rapidamente em que serviços o cliente havia sido "agendado";

4. Foram obtidos dados sobre a eficácia da folha para controlar o atendimento dos usuários (por exemplo, facilidade para o médico realizar o atendimento);

5. Durante o período de teste do agendamento feito nos moldes do modelo dos Quadros 8.5 e 8.6 definiu-se melhor a organização dos vários serviços de Saúde dos Postos:

   - controle de saúde de pré-natal e de pediatria (até 12 meses): à tarde;
   - atendimento ambulatorial de adultos e de crianças maiores de 12 meses: de manhã;

6. Com a definição da organização dos serviços de saúde dos Postos vários tipos de atendimento que eram fornecidos pela manhã foram desativados (eram desnecessários);

7. Foi definido o funcionamento da clínica de adultos;

8. Foram melhor dimensionados o tempo de duração de cada atendimento e o número total de clientes para cada serviço em cada período de atendimento do Posto;

9. Com a existência de vários serviços sendo oferecidos em diferentes seqüências para cada cliente, a cada vez que retornava ao Posto de Saúde, foi necessário criar um "mapa de fluxo e aprazamento" que indicasse que atendimento o cliente teria a cada momento e o prazo para retorno necessário a cada um;

10. O "mapa de fluxo e aprazamento" exigia uma fonte de informações clara e precisa sobre que serviços e em que seqüência e hora seriam prestados a cada usuário em cada retorno ao Posto e que pudesse ser consultado com facilidade e rapidez.

Quadro 8.7. Informações obtidas a partir das observações sobre o uso do "Bloco de Agendamento" (modelo dos Quadros 8.5 e 8.6) e das definições dos serviços a serem oferecidos em cada Posto de Saúde.

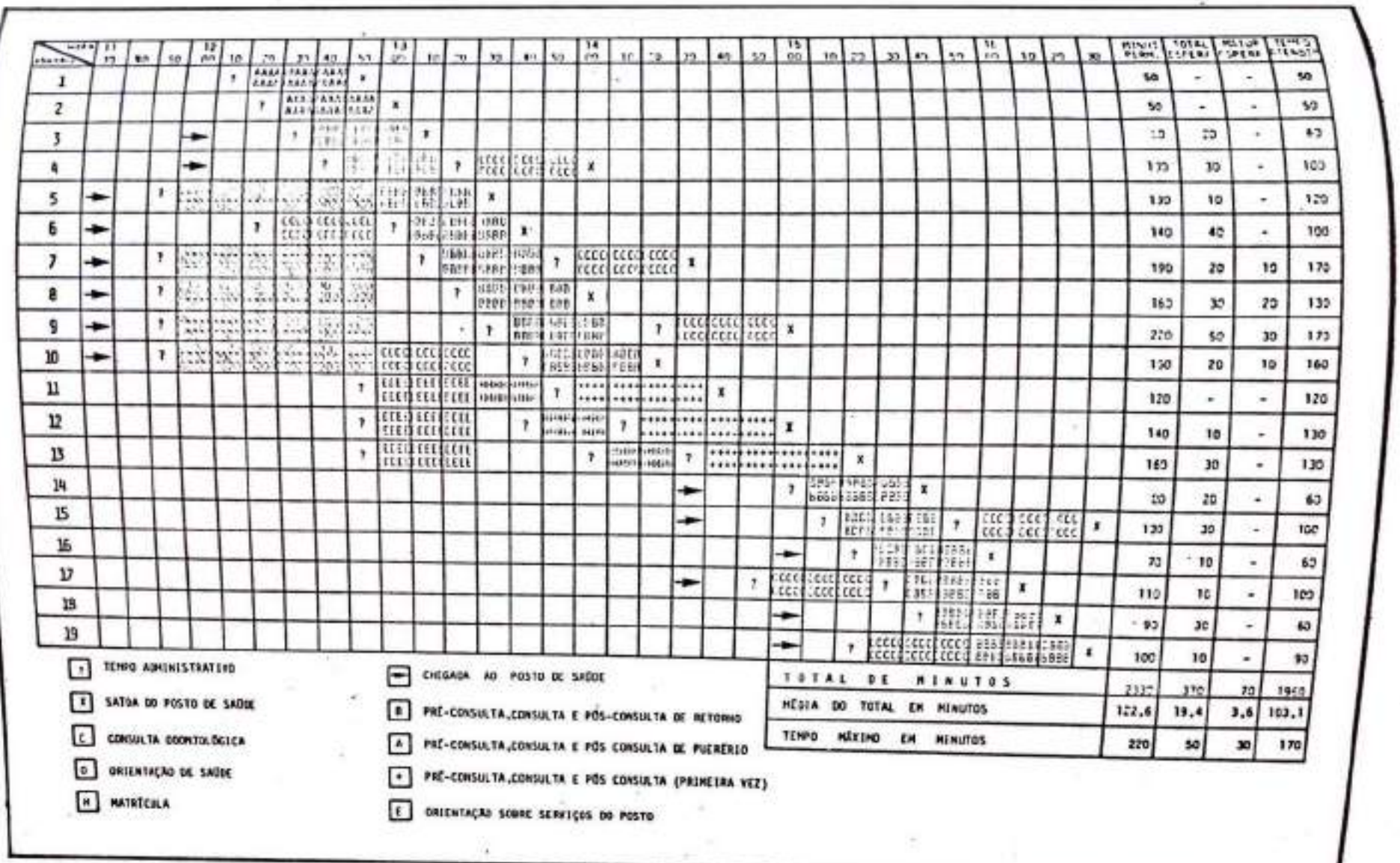
As informações 5, 6, 7 e 8 referem-se a decições administrativas que definiam diversas características dos serviços dos Postos a partir de estudos com os próprios funcionários dos Postos e de exame dos dados dos blocos de agendamento.

As informações 9 e 10 referem-se a um tipo de problema específico localizado: como informar cada funcionário que atendia cada cliente qual era o próximo atendimento que seria dado ao cliente? O que se observou foi haver várias "perdas" temporárias de prontuários ou de "remessas" inadequadas de prontuários para determinados serviços do Posto. Além disso, observou-se que era necessário que os médicos e dentistas informassem ao expediente qual o prazo necessário para o usuário retornar para um novo atendimento. A conseqüência foi a realização de um estudo específico sobre "fluxo de atendimento e aprazamento de retornos" para os clientes do Posto (ver Estudo 9, a seguir).

No Quadro 8.8, pode-se observar o instrumento utilizado para construir o "mapa de agendamento" que atenderia às informações descritas no Quadro 8.7 e que melhorasse o sistema de agendamento existente. O instrumento ilustrado no Quadro 8.8 refere-se ao "programa de assistência a gestantes"(Pré-Natal).

O instrumento é um "tabuleiro quadriculado" com duas entradas para cada casela: a hora (10 minutos para cada quadrado) e os usuários (representados por números de 1 a 19. Os horários eram as faixas de atendimento dos Postos e o número de usuários era o que havia sido investigado como ideal para os tempos e necessidades identificados em relação a cada serviço.

As caselas eram preenchidas com cartões de largura igual à largura das linhas e de comprimento igual à duração



	MINUTOS PERM.	TOTAL ESPERA	MAIOR ESPERA	TEMPO ATENDIM.
1	50	-	-	50
2	50	-	-	50
3	60	20	-	40
4	110	30	-	100
5	130	10	-	120
6	140	40	-	100
7	190	20	10	170
8	160	30	20	130
9	220	50	30	170
10	150	20	10	160
11	120	-	-	120
12	140	10	-	130
13	160	30	-	130
14	80	20	-	60
15	130	30	-	100
16	70	10	-	60
17	110	10	-	100
18	90	30	-	60
19	100	10	-	90
TOTAL DE MINUTOS	2330	370	70	1940
MÉDIA DO TOTAL EM MINUTOS	122,6	19,4	3,6	102,1
TEMPO MÁXIMO EM MINUTOS	220	50	30	170

T TEMPO ADMINISTRATIVO

S SAÍDA DO POSTO DE SAÚDE

C CONSULTA ODONTOLÓGICA

O ORIENTAÇÃO DE SAÚDE

H MATRÍCULA

CHEGADA AO POSTO DE SAÚDE

B PRÉ-CONSULTA, CONSULTA E PÓS-CONSULTA DE RETORNO

A PRÉ-CONSULTA, CONSULTA E PÓS CONSULTA DE PUERPÉRIO

+ PRÉ-CONSULTA, CONSULTA E PÓS CONSULTA (PRIMEIRA VEZ)

E ORIENTAÇÃO SOBRE SERVIÇOS DO POSTO

Quadro 8.8. "Mapeamento" das informações a respeito do atendimento de usuários no Programa de Controle de Saúde de Pré-Natal, de forma a ter uma "distribuição" dos clientes pelos diferentes serviços do Posto, sendo oferecidos no mesmo dia com um mínimo de tempo de permanência do cliente no Posto de Saúde.

do serviço (cada coluna representava 10 minutos). Cada serviço tinha cartões de cor específica (conforme pode ser visto pela legenda do Quadro 8.8).

No Quadro 8.8, pode-se ver a disposição final do tabuleiro representando o que ocorria com os diversos serviços dos Postos de Saúde e que permitia desenhar um "mapa de agendamento" dos usuários para os diversos serviços do Posto em um mesmo dia e com possibilidade de exame do que ocorreria com cada usuário no dia de seu retorno para atendimento.

À direita do Quadro 8.8, estão calculados, para cada usuário, o tempo (em minutos) de permanência no Posto, o total de espera que houve, o maior tempo de espera e o tempo em atendimento durante o tempo de permanência no Posto.

Quanto ao tempo de permanência observa-se que há somente um caso de espera maior que três horas e meia (usuário 9) que, porém, não chega a quatro horas. Dois usuários têm um tempo de permanência de três horas (usuários 7 e 10. Oito têm tempo de permanência entre duas e três horas (usuários 4, 5, 6, 8, 11, 12, 13 e 15). Os demais têm permanência no Posto menor que duas horas.

O tempo total de espera de cada um dos usuários não ultrapassa 50 minutos (usuário 9), sendo que a maioria tem um tempo de espera total de menos de 30 minutos.

O maior tempo de espera entre um serviço e outro é de 30 minutos (um usuário), havendo dois usuários que esperam 10 minutos e um que espera 20 minutos.

Quanto ao tempo de atendimento observa-se que se aproximam dos tempos de permanência no Posto havendo só um caso em que a diferença entre tempo total de espera e tempo em atendimento é de 50 minutos.

Pode-se observar no Quadro 8.8 que os horários de

chegada (→) e de saída (x) do Posto de Saúde se distribuem ao longo do tempo, sem haver necessidade de todos os usuários chegarem no mesmo horário.

Por facilidade de informação para o usuário os horários de chegada são sempre definidos no horário inteiro (por exemplo, 12,00 horas) ou no meio da hora (por exemplo, 11,30 horas) evitando-se horários "quebrados" que, provavelmente são mais difícieis de respeitar (ou lembrar).

Somente os usuários 1, 2, 11, 12 e 13 não têm um horário previsto para chegar (não são agendados com antecedência) por se tratar de puérperas (1 e 2) e usuários que procuram o Posto pela primeira vez (11, 12 e 13).

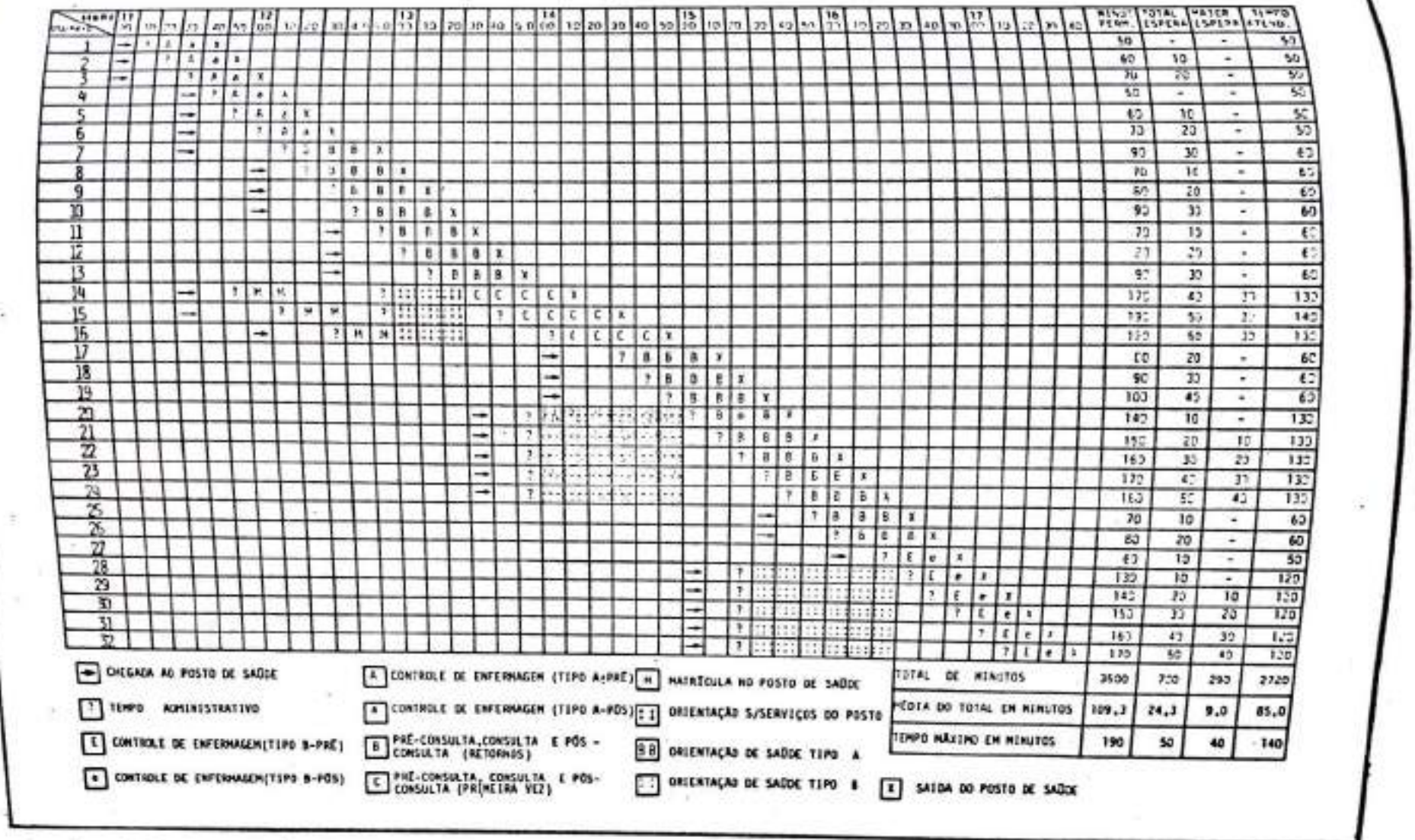
A média de permanência por usuário no Posto é de, aproximadamente, duas horas e a média do total de espera é de menos de 20 minutos. A média do tempo em atendimento por usuário é de 103 minutos (quase duas horas).

No Quadro 8.9, pode-se ver um conjunto de informações semelhante sobre os usuários do Posto participantes do Programa de controle de saúde de Pediatria (crianças até 12 meses de idade).

O Quadro 8.9 tem características semelhantes ao Quadro 8.8. Tem, porém, mais usuários (32) distribuídos por um espaço de tempo também maior do que o do Quadro anterior. O número e o tipo de serviços — como se pode ver na legenda — também difere do Quadro 8.8.

Os tempos de permanência no Posto variam de 50 a 190 (um caso) minutos. A média por usuário está em torno de menos de duas horas (109 minutos). O tempo total de espera de cada usuário não ultrapassa 50 minutos sendo a média de, aproximadamente, 25 minutos.

O tempo total de atendimentos se aproxima do tempo



Quadro 8.9. "Mapeamento" das informações a respeito do atendimento de usuários no Programa de Controle de Saúde de Pediatria (até 12 meses de idade) de forma a ter uma "distribuição" dos clientes pelos diferentes serviços do Posto, sendo oferecidos no mesmo dia com um mínimo de tempo de permanência do cliente no Posto de Saúde.

de permanência, sendo, na média, de 85 minutos por usuário.

Os horários de chegadas (→) e de saídas (x) do Posto de Saúde são dispersos. As chegadas iniciam às 11,00 horas e terminam às 16,00 horas. As saídas começam a ocorrer às 11,40h e terminam às 17,40h.

No conjunto, o Quadro mapeia os tipos de atendimentos de cada usuário, a duração e horário de cada um, o tempo de espera entre um e outro, o melhor momento para cada usuário chegar ao Posto e o horário mais provável de ser liberado do atendimento tendo um retorno marcado para continuar o atendimento programado.

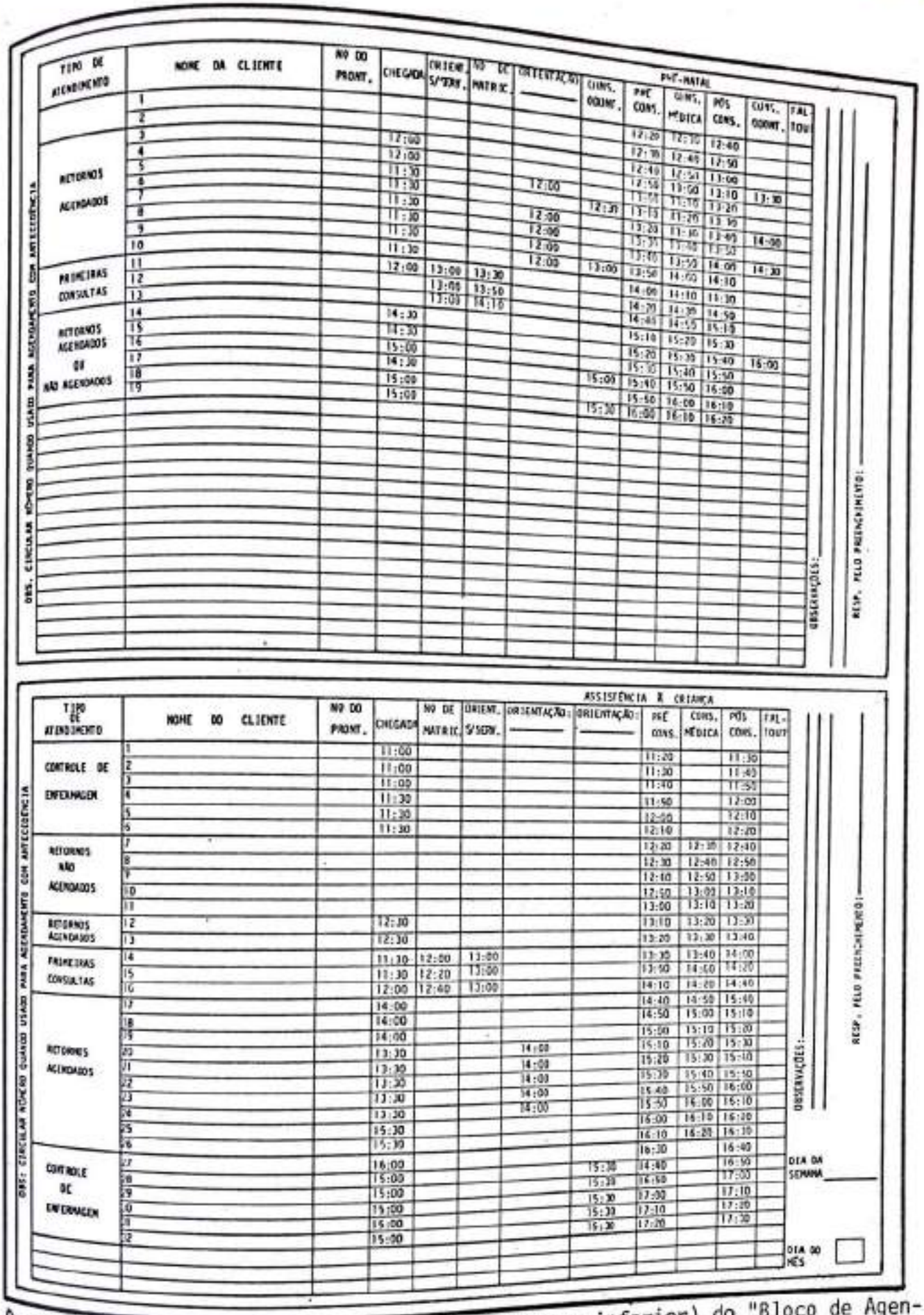
No Quadro 8.10, pode-se ver os "mapas de atendimento do Programa de Pré-Natal (gestantes) e do Programa de Assistência à criança (crianças até 12 meses de idade).* As duas páginas (parte superior e parte inferior do Quadro) compõem uma folha do Bloco de Agendamento (quando fica aberto) do período de "atendimento programático" (atendimento preventivo ou atendimento de controle de saúde) para gestantes (Pré-Natal) e crianças até 12 meses de idade (Assistência à criança).

Na coluna da esquerda das duas folhas de agendamento estão descritas as categorias (ou "tipos") de atendimento em que se classificam os usuários (retornos agendados, primeiras consultas, etc.).

Na segunda coluna estão os "NOMES DOS CLIENTES" cada um precedido de um número (é o número dos Quadros 8.8 e 8.9). Na terceira coluna será registrado o respectivo número do pron-

---

* A proposição do desenho dos "mapas de agendamento" do Quadro 8.10 foi de Célia Maria C. Gonçalves. A partir de seu "desenho" é que o grupo de participantes elaborou melhorias conferindo e acrescentando detalhes. A modificação fundamental, porém, em relação aos "mapas" anteriores deve ser atribuída a ela.



PRÉ-NATAL

TIPO DE ATENDIMENTO		NOME DA CLIENTE	Nº DO PRONT.	CHEGADA	ORIENT. S/SERV.	Nº DE MATRIC.	ORIENTAÇÃO:	CONS. ODONT.	PRÉ CONS.	CONS. MÉDICA	PÓS CONS.	CONS. ODONT.	FAL TOU
	1												
	2												
RETORNOS AGENDADOS	3			12:00					12:20	12:30	12:40		
	4			12:00					12:30	12:40	12:50		
	5			11:30					12:40	12:50	13:00		
	6			11:30			12:00		12:50	13:00	13:10	13:30	
	7			11:30				12:30	13:00	13:10	13:20		
	8			11:30			12:00		13:15	13:20	13:30		
	9			11:30			12:00		13:20	13:30	13:40		
	10			11:30			12:00		13:30	13:40	13:50	14:00	
PRIMEIRAS CONSULTAS	11			12:00	13:00	13:30	12:00	13:00	13:40	13:50	14:00	14:30	
	12				13:00	13:50			13:50	14:00	14:10		
	13				13:00	14:10			14:00	14:10	14:30		
RETORNOS AGENDADOS OU NÃO AGENDADOS	14			14:30					14:20	14:30	14:50		
	15			14:30					14:40	14:50	15:10		
	16			15:00					15:10	15:20	15:30		
	17			14:30					15:20	15:30	15:40	16:00	
	18			15:00				15:00	15:30	15:40	15:50		
	19			15:00					15:40	15:50	16:00		
									15:50	16:00	16:10		
								15:30	16:00	16:10	16:20		

OBS.: CIRCULAR NÚMERO QUANDO USADO PARA AGENDAMENTO COM ANTECEDÊNCIA

OBSERVAÇÕES: _____

RESP. PELO PREENCHIMENTO: _____

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA

TIPO DE ATENDIMENTO		NOME DO CLIENTE	Nº DO PRONT.	CHEGADA	Nº DE MATRIC.	ORIENT. S/SERV.	ORIENTAÇÃO:	ORIENTAÇÃO:	PRÉ CONS.	CONS. MÉDICA	PÓS CONS.	FAL-TOU
CONTROLE DE ENFERMAGEM	1			11:00					11:20		11:30	
	2			11:00					11:30		11:40	
	3			11:00					11:40		11:50	
	4			11:30					11:50		12:00	
	5			11:30					12:00		12:10	
	6			11:30					12:10		12:20	
RETORNOS NÃO AGENDADOS	7								12:20	12:30	12:40	
	8								12:30	12:40	12:50	
	9								12:40	12:50	13:00	
	10								12:50	13:00	13:10	
	11								13:00	13:10	13:20	
RETORNOS AGENDADOS	12			12:30					13:10	13:20	13:30	
	13			12:30					13:20	13:30	13:40	
PRIMEIRAS CONSULTAS	14			11:30	12:00	13:00			13:30	13:40	14:00	
	15			11:30	12:20	13:00			13:50	14:00	14:20	
	16			12:00	12:40	13:00			14:10	14:20	14:40	
RETORNOS AGENDADOS	17			14:00					14:40	14:50	15:40	
	18			14:00					14:50	15:00	15:10	
	19			14:00					15:00	15:10	15:20	
	20			13:30			14:00		15:10	15:20	15:30	
	21			13:30			14:00		15:20	15:30	15:40	
	22			13:30			14:00		15:30	15:40	15:50	
	23			13:30			14:00		15:40	15:50	16:00	
	24			13:30			14:00		15:50	16:00	16:10	
	25			15:30					16:00	16:10	16:20	
	26			15:30					16:10	16:20	16:30	
CONTROLE DE ENFERMAGEM	27			16:00					16:30		16:40	
	28			15:00				15:30	14:40		16:50	
	29			15:00				15:30	16:50		17:00	
	30			15:00				15:30	17:00		17:10	
	31			15:00				15:30	17:10		17:20	
	32			15:00				16:30	17:20		17:30	

OBS.: CIRCULAR NÚMERO QUANDO USADO PARA AGENDAMENTO COM ANTECEDÊNCIA

OBSERVAÇÕES: _____

RESP. PELO PREENCHIMENTO: _____

DIA DA SEMANA _____

DIA DO MÊS

Quadro 8.10. Modelo das duas páginas (superior e inferior) do "Bloco de Agendamento do Atendimento de Controle de Saúde" (Programas de Pré-Natal e de Assistência à Criança), integrando vários atendimentos, no período "programático" dos Postos de Saúde (período da tarde).

tuário familiar do usuário.

Nas demais colunas estão os nomes, em seqüência, do que acontecerá (atendimentos) com cada usuário no período em que estiver no Posto: chegada, matrícula, orientação sobre serviços do Posto, orientação de saúde (cada dia seria uma diferente), consulta odontológica, pré-consulta, consulta médica e pós-consulta.

Na ultima coluna correspondente ao registro de faltas o funcionário registrará "F" ou "—" conforme o usuário tenha ou não faltado ao atendimento agendado.

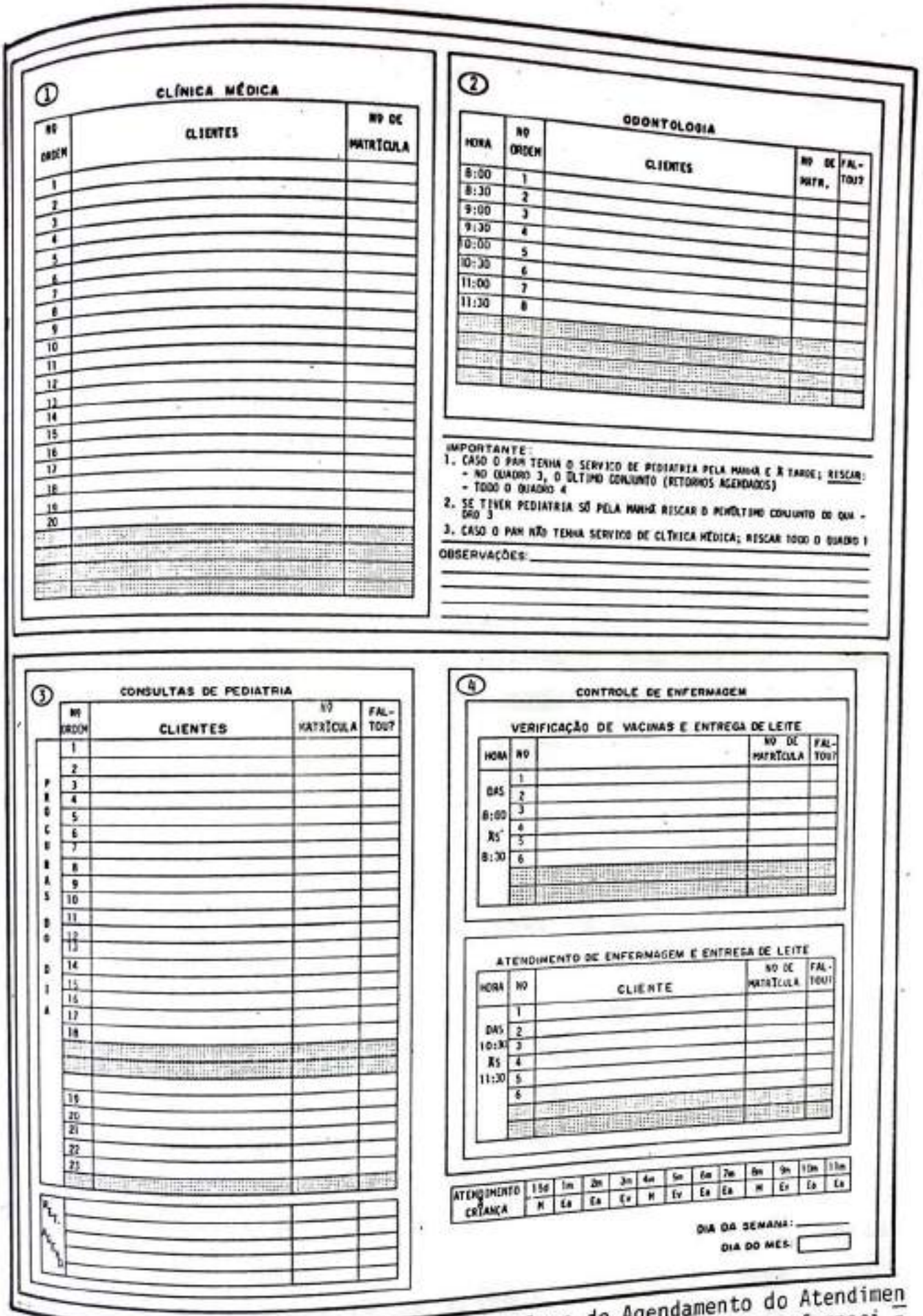
Dentros das caselas está anotado o horário em que deve ocorrer cada atendimento para cada usuário. Se a casela estiver em branco significa que, para o usuário daquela linha, não há o atendimento daquela coluna.

Os horários estão dispostos de tal forma que ao registrar o nome de um usuário e o respectivo número do prontuário é possível ler a seqüência de atendimentos que vai receber com os respectivos horários. Esta disposição das informações permite que se escreva apenas uma vez o nome de cada usuário tendo a localização de todos os atendimentos que ele receberá. A maneira de registrar também permitia atender à solicitação de maior visibilidade do que acontecia com cada usuário e aumentava a facilidade para preencher o "mapa de fluxo e aprazamento" (ver estudo 9, a seguir).

As demais informações do Quadro 8.10 se assemelham às dos Quadros anteriores (8.5 e 8.6).

No Quadro 8.11 pode-se observar a "folha de agendamento" (visão de um bloco de agendamento aberto em uma página qualquer) composta por duas páginas (parte superior e parte inferior no Quadro 8.11) do "atendimento ambulatorial".

Na parte inferior pode-se observar os "mapas de atendimento" de "consultas de pediatria" (consultas médicas) e de



Quadro 8.11. Modelo das duas páginas do "Bloco de Agendamento do Atendimento Ambulatorial" para adultos e crianças, integrando os serviços fornecidos no período de "Atendimento Ambulatorial" (período da manhã).

"Controle de enfermagem". No caso do Posto já ter implantado o sistema de atendimento de crianças na parte da tarde, funcionando integrado com o Pré-Natal, o Quadro 4 e os "retornos agendados do Quadro 3 seriam riscados (inutilizados). O "mapa" como está deveria servir tanto para Postos que já estivessem em condições de operar com o atendimento de crianças à tarde, integrado com o controle de saúde de gestantes, como para os Postos que só tivessem atendimento de saúde ambulatorial (na parte da manhã). A intenção administrativa era de que o atendimento fosse progressivamente organizado no sentido de pela manhã atender às crianças de mais de dois anos e à tarde às crianças até dois anos de idade que iniciassem desde o nascimento um programa de controle de saúde no Posto.

Na parte superior do Quadro 8.11 pode-se ver os "mapas de agendamento" da "clínica médica de adultos" e do "atendimento odontológico (crianças de três a seis anos de idade).

Os avisos sob o título "IMPORTANTE" dão uma idéia do uso dos vários "mapas" dos serviços.

Como os "mapas" do Quadro 8.11 não exigem o mesmo sistema de atendimento do período da tarde, os horários só são necessários para alguns atendimentos, já melhor definidos: consulta odontológica e o contrle de enfermagem.

Os "mapas de agendamento" do Quadro 8.11, no seu conjunto ainda são dependentes de definições mais precisas e das possibilidades de implantação de serviços em cada Posto de Saúde. Os avisos arrolados sob o título "IMPORTANTE" na parte superior à direita do Quadro 8.11, dão uma indicação da transitoriedade do "mapa de atendimento" que o Quadro apresenta.

Mesmo o retângulo na parte mais inferior à direita do Quadro 8.11, que indica os atendimentos (M = consulta médica; Ea = atendimento de enfermagem; Ev = verificação de vacinas) a cada idade de criança até um ano, é transitório e só

para o caso dos Postos que não tiverem o atendimento de controle de saúde à tarde.

Nesse sentido o "mapa" deveria ser substituído por outro de maior precisão e fidelidade aos objetivos do programa de trabalho à medida que houvesse condições para tal.

DISCUSSÃO

Um dos aspectos a ressaltar no trabalho relatado neste Estudo é a progressiva mudança do "sistema de agendamento" dos Postos de Saúde, acompanhando a disponibilidade de dados, a mudança da "cultura" da instituição e o "envolvimento dos funcionários e usuários dos Postos de Saúde em relação ao "agendamento".

Não se fez um estudo "de fora" e se "implantou" a solução encontrada. O estudo e as progressivas modificações foram feitas na instituição e com as pessoas envolvidas. Isto talvez tenha sido um dos fatores que contribuíram para que a comunidade fosse gradualmente se envolvendo, solicitando e, até exigindo o agendamento como um recurso indispensável ao trabalho.

A cada tentativa de agendar os usuários e observar o que acontecia com o comportamento de funcionários e usuários com as características dos atendimentos oferecidos e realizados nos Postos descobriram-se aspectos e variáveis novas que permitiam formular soluções ainda melhores ou que exigiam definições de melhor qualidade sobre o que, quanto e como deveria ser feito nos diferentes serviços oferecidos pelos Postos de Saúde.

Na primeira tentativa de "agendamento" (que era quase o que em parte e assistematicamente os diversos funcionários já faziam) observou-se várias dificuldades que permitiam elaborar "condições ambientais" que as reduzissem progressivamente.

As oscilações na quantidade de pessoas de um dia para outro tornavam o serviço desagradável, cansativo e de pior qualidade, incomodando tanto funcionários como usuários. A iden-

tificação de uma das variáveis responsáveis por isto (a oscilação de um dia para outro) e da possibilidade de controlá-la não parecia, porém, ser feita pelos que trabalhavam nos postos de Saúde. Parecia haver, ainda, a predominância de padrões de resposta (hábitos) antigos que se mantinham embora o ambiente (existência dos "mapas de agendamento") tivesse mudado e permitisse padrões de ação novos e mais significativos.

Mesmo as "regras" que acompanharam o "novo ambiente" não pareceram exercer influência sobre alguns aspectos das classes de respostas envolvidas no "agendar os usuários para retornar ao Posto de Saúde".

O fato de encontrar dias fixos da semana (com freqüência segundas e sextas-feiras) sem usuários agendados ou — em alguns casos — com poucos usuários nesses dias, sugeria que o médico, embora tivesse deixado (?) de fazer pessoalmente o agendamento de usuários, exercia pressão (conversa, instruções, etc.) para que os funcionários do expediente mantivessem os seus "hábitos" de agendamento.

Houve um caso em que o médico fazia os agendamentos e os passava, depois, para o expediente,* explicitando melhor o que fazia com que houvesse irregularidades no sistema de agendamento.

De qualquer forma, a pequena pressão exercida (o novo sistema de agendamento) sobre a maneira tradicional de tra-

---

* Casos como esse — que foram vários — não tinham conseqüências punitivas sobre ou contra os funcionários. Procurava-se examinar a situação com eles e descobrir as variáveis que os levavam a burlar o que era proposto. A prática do planejamento era voltada para aumentar a participação dos funcionários nas decisões e medidas e não para puni-los, vigiá-los ou explorá-los. A própria quantidade de trabalho, de cada jornada, foi definida pelos funcionários que a executariam. Em alguns casos os participantes do trabalho foram para os Postos durante algum tempo, trabalhando como executantes do trabalho planejado para avaliar melhor o que acontecia como funcionário executante do que era planejado.

balho dos Postos forneceu informações que permitiram avançar para níveis mais complexos de elaboração do agendamento.

A partir do segundo modelo de agendamento (ver Quadros 8.3 e 8.4) as informações sobre o trabalho dos Postos "sofisticaram" e aumentaram. Já se sabia índices de faltas, quantidades precisas de atendimentos, que definições se tornavam necessárias sobre o trabalho, etc.. Os médicos manifestaram "alívio" por não precisarem agendar vendo diminuir seu trabalho administrativo e ter mais condições para "fazer medicina".

Os dados obtidos (ver Quadro 8.4) permitiam um avanço para melhores e mais completas proposições sobre agendamento. Ao lado disto ocorriam, também, definições de vários serviços do Posto. Definições que criavam condições para avançar para melhores modelos do "mapa de agendamento" dos diversos serviços e que, ao mesmo tempo, eram provocadas pelos estudos realizados com o modelo de agendamento anterior. Também traziam à tona várias perguntas que, para serem respondidas, exigiam definições de vários aspectos dos serviços oferecidos pelos Postos.

Essas transformações possíveis aparecem nos modelos de agendamento dos Quadros 8.5 e 8.6.

Novamente, a implantação desses tipos de agendamento correspondia a exigir as correspondentes características do atendimento, trazendo à tona novos dados e informações sobre os serviços prestados pelos Postos de Saúde.

Nos novos modelos aparecia já a possibilidade (e a forma concreta de realizá-la) de "integrar diferentes serviços" no mesmo dia em que o usuário procurasse o Posto de Saúde (ver Quadros 8.5 e 8.6). A estratégia de preenchimento dos Quadros (seqüência de preenchimento) junto com os sinais visuais (números correspondentes ao mesmo usuário em diferentes serviços) facilitavam a "decisão" de quem agendava o atendi-

mento do usuário.

Para auxiliar o uso (a resposta de colocar o nome do usuário no lugar e dia mais adequados para seu retorno) ainda era necessária a contribuição de dois recursos. Um deles era a informação sobre qual a orientação de saúde que deveria ter o usuário na época de seu próximo retorno ao Posto de Saúde. Para isto o funcionário usaria a "Ficha de Orientações de Saúde" (ver Estudo 7). Consultando o "horário de orientações de saúde" disponíveis durante os diversos dias da semana no Posto, o funcionário saberia qual o melhor dia (da semana) para o usuário retornar de forma a ter vários atendimentos necessários integrados no mesmo dia.

Faltava apenas identificar o prazo (uma semana, quinze dias, um mês?...) que era necessário para cada cliente. Criou-se e testou-se um sistema de informação que cada serviço fornecia aos demais para tornar pública e disponível a informação sobre o prazo de retorno mais indicado para cada serviço. O Estudo 9 (seguinte) descreve este "sistema".

Com os dois conjuntos de informações o "agendamento" se tornara algo facilmente exequível pelos funcionários. Chegou-se a identificar comentários a respeito da facilidade e conforto que havia no trabalho graças ao sistema de agendamento feito pelos funcionários do expediente. Cada serviço tinha apenas que receber o usuário encaminhado, atendê-lo e encaminhá-lo para o serviço seguinte. Médicos e dentistas mostraram sinais de satisfação à medida que o atendimento foi sendo organizado pelo sistema de agendamento desenvolvido no "expediente" do Posto (uma espécie de "secretária).

Uma queixa dos funcionários que realizavam o agendamento ainda permitiu a identificação de um problema que precisava ser equacionado: ter que escrever várias vezes o nome de uma mesma pessoa nos diversos serviços era uma resposta

que custava um esforço muito grande. Os novos modelos deveriam tentar reduzir esta dificuldade.

A existência de "filas" de usuários no início do período embora houvesse horário marcado para cada atendimento revelou a manutenção de uma resposta antiga dos funcionários (hábito de solicitar que os usuários chegassem cedo) e que era inadequada desde que se podia prever o horário em que cada um seria atendido. Parecia ser necessário criar algum aspecto no ambiente (classe de estímulos) que sinalizasse o horário que cada usuário poderia ou deveria chegar ao Posto. A solução parecia ser a de que o "mapa de agendamento" deveria conter o "horário de chegada" para cada usuário.

Além disso o tipo de agendamento ilustrado nos Quadros 8.5 e 8.6 permitiu precisar melhor a quantidade de usuários e o tempo médio necessário para o atendimento de cada um. Em relação à Odontologia, por exemplo, um grupo de dentistas de vários Postos de Saúde estudaram um plano de atendimento odontológico que fosse compatível com os objetivos da instituição, do programa de saúde e com as necessidades da população-alvo . O resultado foi uma definição bastante precisa e dimensionada de quantos atendimentos o dentista poderia dar no período e quanto tempo deveria usar com cada cliente por sessão de atendimento. A experiência comprovou a adequação das decisões dos dentistas a este respeito, fortalecendo as características necessárias para o "mapa de agendamento":

Outra decorrência — talvez a de maior abrangência desta etapa do trabalho — foi a definição de se ter atendimento "Programático" (visando controle de condições de saúde) para gestantes e crianças até um ano de idade* no período da

---

* Era prevista uma ampliação progressiva de forma a chegar a atender crianças com até 18 meses de idade no período programático a médio prazo. A longo prazo eram previstas redefinições deste trabalho para abranger faixas de idade ainda maiores à medida que as crianças do "programático" crescessem.

tarde e atendimento "Ambulatorial" (visando atendimento clínico de adultos e crianças de mais de um ano de idade) para um serviço que se preocupasse com as procuras do Posto por problemas de patologia. Ao primeiro correspondia um trabalho preventivo e voltado para uma população "sob controle". Ao segundo correspondia um trabalho mais curativo e voltado a uma população que procurava o Posto de Saúde para livrar-se de alguma patologia já instalada.

Dessa forma criava-se uma separação entre "pessoas sadias" (período da tarde) e "pessoas doentes" (período da manhã) e havia a possibilidade de, com um custo menor, integrar atividades úteis para as populações do "atendimento programático" (gestantes e crianças até um ano de idade).

O trabalho de exame e elaboração de um "mapa de agendamento" de clientes, a esta altura, já envolvia a manipulação e relacionamento de muitas variáveis o que exigiu a criação de um procedimento que permitisse visualizar o que acontecia com o usuário antes de construir o "mapa de agendamento".

Os tabuleiros apresentados nos Quadros 8.8 e 8.9 são uma miniatura representando o que se criou para "representar" o que acontecia com o usuário, antes de desenhar o "mapa de agendamento". O tabuleiro (uma espécie de "monitor") permitia estudar exaustivamente e com grande precisão todas as possibilidades de atendimentos dos usuários até encontrar as que melhor lhe conviessem a um baixo custo e grande benefício. Algumas das variáveis (por exemplo: tempo de espera, intervalos entre um atendimento e outro, hora de chegada e de saída de cada um) puderam ser identificadas e quantificadas com grande facilidade, tornando possível alterá-las sempre que se mostrassem inadequadas ou se pudesse encontrar arranjos melhores para o usuário e para o serviço.

O tabuleiro — uma "representação" da realidade do atendimento — permitia visualizar os vários serviços (horário, duração) para cada cliente (fluxo, horários de chegada, intervalos, tempo de espera, horário de saída do Posto). O resultado pode ser exemplificado mostrando que o maior tempo de permanência no Posto é de cerca de três horas e meia com 50 minutos de espera (ver usuário 9 no Quadro 8.8). Os demais usuários têm tempos bem menores em relação a isto.

Com os tabuleiros (ver Quadros 8.8 e 8.9) podia-se tentar alterações infinitas estudando soluções várias para cada problema. Na disposição final ilustrada nos Quadros 8.8 e 8.9, pode-se ver que com um retorno mensal (que foi o prazo acertado pela instituição para espaçar os retornos) o usuário poderia ter diversos serviços em um só período e gastando, no máximo, metade do tempo que gastava cada vez que procurava o Posto de Saúde antes do agendamento ser implantado.

Nos Quadros 8.8 e 8.9 pode-se ver, ainda, a chegada e saída constante de usuários do Posto de Saúde em um período de atendimento. Quem chegasse ao Posto em qualquer momento do período não veria mais do que alguns clientes embora o Posto estivesse atendendo em seu limite máximo de capacidade. As "multidões" de usuários de antes do agendamento deixaram de existir no Posto levando consigo a correria, a barulheira, a ansiedade e "stress" característicos. Alguns funcionários chegaram a comentar que "ninguém mais precisava se matar de trabalhar" ou "não se precisava mais brigar com os clientes" ou "há mais clima e tempo para atender cada um" e até "não há mais necessidade de heroísmo para fazer o trabalho" ou "tá fácil!".

No Quadro 8.10, pode-se visualizar a simplicidade final obtida para os "mapas de agendamento" do pré-natal e da assistência à criança no período de atendimento programático.

Os "mapas de agendamento" do Quadro 8.10 são o desenho do que foi estudado nos Quadros 8.8 e 8.9 (ver Quadros 8.8, 8.9 e 8.10).

Os sinais (as classes de estímulo) que o funcionário deveria usar (que deveriam controlar suas classes de respostas) são simples e claros e têm alta probabilidade de, efetivamente, controlar respostas de alta precisão. Com os mapas de agendamento o funcionário é capaz de dizer a hora em que cada usuário deve chegar, indicar o horário de cada atendimento, a seqüência dos diversos atendimento e o horário em que o usuário será liberado do Posto. Tudo isto com uma resposta (uma ação) muito simples: preencher uma das linhas com o nome do usuário.

Comparando-se os diversos modelos de "mapas de agendamento" (ver Quadros 8.1, 8.3, 8.5, 8.6 e 8.10), pode-se ter uma idéia da "evolução" dos diversos "mapas de agendamento".

No Quadro 8.11, temos algo semelhante para o atendimento do período ambulatorial, embora as definições (e, conseqüentemente, o "mapa de agendamento") sejam transitórias. Ele também é simples e visual, permitindo várias combinações dos serviços conforme a oferta existente em cada Posto.

Dentre os vários aspectos relacionados ao "sistema de agendamento" parece valer a pena destacar o que se considerou como "efeitos" ou "conseqüências" do sistema sobre as atividades desenvolvidas nos Postos de Saúde.

Um primeiro conjunto de "conseqüências" diz respeito ao trabalho dos funcionários do "expediente" (secretaria) dos Postos de Saúde. A qualquer momento, utilizando o Bloco de Agendamento do mês em curso ou do mês seguinte, os funcionários poderiam dizer rapidamente se um usuário poderia ou não ser atendido no dia e ou dizer, também, imediatamente, o dia, a hora e no que poderia ser atendido. Só isto já teve uma ou-

tra decorrência: a não necessidade de filas e o seu progressivo desaparecimento dos Postos de Saúde. Os usuários, se não tivessem oportunidade de atendimento (facilmente detectável; ver Quadros 8.10 e 8.11), seriam encaminhados ou teriam atendimento marcado podendo ser liberados com rapidez.

Uma outra conseqüência relacionada ao trabalho dos funcionários do expediente diz respeito à organização do serviço. O movimento do Posto de Saúde podia ser previsto para cada dia e com bastante antecedência, o que permitia, por exemplo, separar os prontuários dos usuários de um dia na véspera, facilitando o trabalho quando chegassem ao Posto. A visualização das vagas, integração dos atendimentos e as definições precisas que o agendamento representa (quem, quanto, no que, quanto, em que seqüência, etc.) aumentou a "tranqüilidade" do trabalho no "expediente". O espaçamento de chegadas e saídas de clientes fez com que desaparecessem as "multidões" da frente do guichê do expediente contribuindo para o aumento da "tranqüilidade".

É claro que esses "efeitos" ou "conseqüências" se tornaram reais (ou possíveis) devido a determinadas classes de respostas (ações) dos funcionários e usuários que puderam ser apresentadas graças à construção de alguns aspectos do ambiente: as características dos mapas de agendamento.

Os próprios mapas são aspectos do ambiente (classes ou conjuntos de estímulo) que se alteram com cada nova resposta do funcionário mas mantêm a visibilidade e a funcionalidade sinalizando que outras ações (classes de respostas) de agendamento serão adequadas. A disponibilidade e o momento de sua ocorrência estão permanentemente acessíveis à percepção dos funcionários aumentando grandemente a probabilidade de boas decisões (classes de respostas adequadas) e de conseqüências potencialmente significativas (reforçadoras?): atendimento do usuário, resolução dos problemas, diminuição do trabalho

por fazer, melhor qualidade na interação com a clientela,etc..

A redução de condições aversivas para os usuários (fila, espera prolongada, falta de informação, voltas sem atendimento, acúmulo de pessoas, atendimento superficial, etc.) trazia junto uma relação mais confortável e adequada com os funcionários que também tinham condições mais favoráveis para trabalhar (rapidez de decisão, clareza e facilidade de informações, definições sobre o serviço, alternativas de encaminhamento, gradação da quantidade de pessoas a atender de cada vez, etc.).

Observou-se um progressivo aumento na "gentileza" das relacões entre funcionários e usuários diminuindo gritos, reclamações, queixas, lamentações, tons de voz crispados, etc..

Aos poucos observou-se uma mudança na "cultura dos Postos" abandonando-se o lugar na fila como garantia de atendimento e tendo-se uma possibilidade de decidir e assegurar com antecedência o dia, a hora e o tipo de atendimento. Não era mais necessário chegar de madrugada ao Posto e esperar até sete horas com sono e fome (especialmente quanto a crianças pequenas) para obter um atendimento médico.

De certa forma as conseqüências do "agendamento" sobre o trabalho dos funcionários repercutiram sobre o atendimento dos usuários. Além dos aspectos já considerados os usuários passaram a ter vaga de atendimento sem haver necessidade de disputá-la com outros usuários, a não precisar retornar várias vezes ao Posto, recebendo a cada vez vários serviços, a não ter que esperar tempos prolongados para ser atendido, a ter condições de conversar com os funcionários sobre seus interesses, etc..

Um terceiro conjunto de "conseqüências" do agendamento (além das relativas aos funcionários do expediente e das relacionadas aos usuários) diz respeito ao trabalho dos pro-

fissionais que realizavam cada "serviço" (médico, dentista, orientador sanitário...).

Em primeiro lugar os prontuários dos usuários deixaram de ser amontoados na mesa do profissional no início do expediente. Eram distribuídos aos poucos, à medida que o usuário estivesse no momento de receber o atendimento. Os usuários eram sendo atendidos simultaneamente por vários profissionais (enquanto alguns estavam com o médico, outros estavam com o dentista ou tendo orientações de saúde, etc.) o que tornava inútil ou impossível querer acelerar o atendimento dos usuários e poder sair antes do final do horário. Se alguém quisesse fazê-lo teria que interferir com várias pessoas, vários serviços e traria vários problemas inclusive para si próprio. Além disso, ficava marcante o prejuízo aos colegas com cujo trabalho interferiria, caso alguém fizesse isto.

Mesmo no caso de falta de algum profissional (por exemplo, o médico) os usuários teriam outros atendimentos sem "perderem a viagem", o que criava um clima de simpatia e tolerância para com alguns problemas de serviço dos Postos de Saúde.

Além dessas conseqüências houve alguns resultados que trouxeram informações e benefícios úteis para a melhoria dos serviços dos Postos. Um deles foi o conhecimento do que acontecia com as "faltas" dos usuários ao agendamento marcado com antecedência. Observou-se que a freqüência dos usuários aumentou rapidamente, diminuindo o índice de faltas à medida que o agendamento se tornava uma rotina do trabalho. Os dados, somente em relação a gestantes, mostraram, em um espaço de cerca de 15 meses, um aumento de 4.000 a 5.000 atendimentos por mês para cerca de 12.000 a 14.000.

Também observou-se que as faltas aumentavam à medida que o tempo para retorno aumentava além de 30 dias. Era bem

maior quando os retornos eram de 45 em 45 dias do que de 30 em 30 dias. O controle sobre o que acontecia começou a ser real. As informações eram precisas e confiáveis (não eram mais apenas impressões ou comentários). Os problemas podiam, com maior realismo e precisão, ser identificados, acompanhados, corrigidos ou prevenidos.

O "mapa de agendamento" chegou a ser um mapa bastante fidedigno do que poderia ocorrer ou do que ocorria com o usuário no Posto quando o freqüentasse. Era um mapa que fornecia uma visão geral do processo de atendimento (quando ocorria, em que seqüência, quando começava, quando terminava, etc.), do produto (quantos foram atendidos, quantas faltas, quantos em cada serviço, etc.) e das possibilidades de cada serviço para cada dia e em cada momento do dia (quantas vagas, vagas em que, em que horário há vaga, em que dia há vaga, etc.).

Os "blocos de agendamento" como "mapas de serviço" de cada dia tornaram-se um eficiente recurso para administrar o serviço dos Postos. Isto aconteceu de tal maneira que o controle e coordenação das atividades dos Postos passaram a ser feitos pelos funcionários do expediente a partir dos "mapas de agendamento".

Mais do que um registro de retornos os "mapas" permitiam um controle e coordenação dos serviços a partir das definições (contidas no desenho dos "mapas") elaboradas pela comunidade envolvida com cada serviço.

O "agendamento" antigamente feito por cada profissional isolado* (o dentista marcava retorno de seus clientes,

---

* Nas fases iniciais chegou-se a utilizar a agenda de profissionais médicos para identificar problemas de agendamento. Foi surpreendente a disponibilidade de alguns profissionais ao ceder seus próprios registros para permitir estudos visando transformações que na época não eram claras ou suficientemente definidas.

o médico dos seus, etc.) passou a ser um agendamento comum, garantindo aos usuários o melhor prazo para um múltiplo atendimento com um mínimo de custo, espera ou esforço. Além disso pareceu ser confortável para os profissionais deslocar serviço administrativo dos consultórios individuais para o expediente, garantindo a organização do serviço de uma maneira satisfatória.

O procedimento do trabalho todo (o envolvimento progressivo pela participação constante em vários níveis de uma tarefa) parece que permitiu uma mudança progressiva sempre a partir dos dados obtidos com o próprio trabalho de agendar. A exposição ao resultado das decisões (exame sistemático,direto e constante dos dados que ocorriam com as mudanças implantadas associado às discussões comuns e ao registro organizado dessas discussões) parece ter realizado uma modelagem* nos próprios participantes.

É preciso esclarecer que, além do que foi descrito neste Estudo, houve diversas outras providências que foram garantidas para que o trabalho dos Postos fosse "apoiado" de maneira adequada. O sistema de abastecimento de impressos, um fluxo de informações organizado, o treinamento dos funcionários, etc. tiveram que ser estudados, planejados e garantidos para que o agendamento fosse exequível. Rosenburg, Gonçalves e Botomé (1980) e Gonçalves, Rosenburg e Botomé (1980) relatam uma parte do que foi feito em relação a treinamento de pessoal para a realização dos trabalhos na instituição.

Ainda parece cabível ressaltar que, embora fosse um trabalho de aplicação, houve o tempo todo a preocupação em

---

* O termo "modelagem" é usado no sentido de "aproximações sucessivas" de um determinado padrão complexo de ação anteriormente inexistente no repertório do organismo.

basear as decisões e procedimentos de implantação em dados obtidos, analisados e debatidos com os próprios funcionários da instituição. Ao mesmo tempo que os funcionários agiam e forneciam dados (sendo de certa forma sujeitos de uma pesquisa), os resultados, transformados em conhecimento, lhes eram apresentados e eram transformados em benefícios que os próprios funcionários e usuários recebiam. Isto, talvez, tenha sido uma das variáveis importantes na "aceitação" do agendamento como uma prática nos Postos de Saúde. Além de pesquisa-em-ação, realizava-se uma tentativa de "socializar" a produção do conhecimento devolvendo-o àqueles que o originavam: funcionários e usuários dos Postos de Saúde.

ESTUDO 9

UM SISTEMA DE FLUXO DE PRONTUÁRIOS E DE APRAZAMENTO PARA RETORNO DE USUÁRIOS DE FORMA A MAXIMIZAR O POTENCIAL DE ATENDIMENTO DOS POSTOS DE SAÚDE E A AUMENTAR A PROBABILIDADE DE RETORNO DOS USUÁRIOS.

Tendo decidido os serviços que cada usuário poderia receber cada vez que freqüentasse um Posto de Saúde, explicitou-se mais claramente a necessidade de organizar o fluxo dos usuários (e dos respectivos prontuários) nos Postos de Saúde e o sistema de informações de cada profissional (para os demais e para o expediente) a respeito do prazo adequado de retorno do usuário para prosseguir o atendimento já iniciado.

A cada período de atendimento haveria em cada Posto dezenas de prontuários sendo deslocados de um serviço para outro percorrendo, no mínimo, cinco locais diferentes, cada prontuário. E cada um teria uma seqüência de locais diferente da dos demais.

O problema parecia apontar para a necessidade de "sinalizar" (tornar visível de alguma forma) o fluxo que cada prontuário deveria percorrer no Posto de modo a não ficar extraviado, ser enviado para local errado ou ficar parado muito tempo em algum dos diversos locais que percorria.

Junto com o problema da "visualização do fluxo dos prontuários" (relacionada à classe de respostas de "enviar o prontuário para o atendimento subseqüente") havia problema com duas outras classes de respostas (ações) dos funcionários:

transportar os prontuários de um local de atendimento para outro e entregar os prontuários dos usuários para o próximo agente do atendimento. Da maneira como usualmente eram feitas, as duas classes de respostas prejudicavam a qualidade e a rapidez do atendimento realizado nos Postos de Saúde.

Era freqüente os prontuários permanecerem mais tempo do que o necessário em um lugar até que alguém o notasse ou que se somassem vários de maneira a chamar a atenção de maneira ostensiva. Os prontuários eram, às vezes, acumulados propositalmente para, então, serem enviados de uma só vez para outro serviço do Posto. Obviamente o usuário esperava o atendimento enquanto seu prontuário era, desnecessariamente, retido.

Essas características do manuseio do prontuário acarretavam uma demora excessiva e desnecessária para o usuário e para o funcionário que esperava o prontuário para prosseguir o atendimento. O acúmulo (amontoamento) de prontuários facilitava ao funcionário que havia realizado o serviço e levava "vários prontuários com uma só viagem". Os demais funcionários e os usuários, porém, ficam prejudicados com esse procedimento.

Um outro aspecto do mesmo problema é a interrupção dos serviços cada vez que um prontuário era entregue para alguém que devia atender o cliente. O funcionário que transportava os prontuários interrompia o serviço toda vez que fazia a entrega de um ou mais prontuários. Geralmente observava-se abrir a porta, interromper o atendimento e, até, "bater-papo" com o funcionário que realizava o atendimento enquanto o usuário esperava no meio do atendimento. As interrupções, inclusive, ocorriam em meio a um exame físico de usuários (crianças, principalmente) perturbando acentuadamente as condições de atendimento.

Quando não interrompia, o funcionário ficava, com

constância, à espera de ser recebido pelo funcionário destinatário do prontuário, perdendo tempo e, mesmo assim, também interrompendo o trabalho de quem devia receber o prontuário.

Em qualquer caso, havia prejuízo evidente para o atendimento. Acumular prontuários diminuía o número de interrupções mas não a eliminava, acarretando demoras desnecessárias. Os procedimentos usados repetiam-se inúmeras vezes em cada período para os diferentes serviços e acumulando, para cada prontuário, o número de esperas, demoras ou interrupções igual ou próximo ao número de atendimentos de cada usuário.

Quando os prontuários eram "acumulados" para serem transportados havia outras decorrências, além das já apontadas. A mistura dos prontuários fazia com que se perdesse a "ordem" de atendimento dos usuários fazendo alguns esperarem mais do que outros por isto. Além disso havia troca de papéis ou confusão entre prontuários acarretando, às vezes, dificuldades para atender o usuário ou para localizar documentos seus ou informações sobre ele, necessárias para o atendimento.

Dessa forma, havia problemas com as ações de seqüenciar e ordenar os prontuários pelos diferentes atendimentos do usuário (fluxo) e com as ações de transportar e de entregar os prontuários para cada serviço.

Para onde enviar o prontuário, como enviá-lo e como entregá-lo eram as três grandes perguntas que precisavam de uma resposta. A resposta não poderia ser apenas a de "inventar" uma maneira e transformá-la em "norma" ou "lei" na instituição.

Era necessário criar condições ambientais que tornassem possíveis ou prováveis as ações de interesse (com as dimensões mais adequadas) para produzir alterações na quali-

dade do atendimento existente.

Um tipo de problema que terminou "acoplado" ao que foi descrito até agora, relacionava-se ao registro e organização de informações sobre os serviços dos Postos, que fornecessem dados para um exame estatístico do trabalho da instituição e características da clientela usuária.

O sistema de registro era indefinido havendo várias formas simultâneas em uso. Geralmente o Posto fazia um "balanço" no fim do mês para preencher os mapas estatísticos. Muitos dos dados eram "lembrados" (os mapas estatísticos mensais solicitavam dados de cada dia) ou anotados em pedaços de papel que eram, com freqüência, extraviados. Alguns Postos interrompiam o atendimento ao público um ou dois dias por mês para "fazer a estatística mensal". Ao solicitar três vezes consecutivas informações numéricas sobre o atendimento realizado nos Postos, chegou-se a obter três tipos de informação completamente diferentes (até opostas). É importante ressaltar que todas as decisões administrativas (alocação de verbas, contratações, construções, distribuição e material, etc.) eram baseadas nos dados estatísticos obtidos nos Postos de Saúde.

Neste Estudo, porém, não se apresentará como foi examinado, analisado e resolvido o problema do controle estatístico do trabalho da instituição.

Enfatizar-se-á apenas a construção de ambiente necessário para as classes de respostas relacionadas a identificar a seqüência de locais de cada prontuário (especificamente, qual o local para o qual devia ser remetido a cada momento), a transportar e entregar o prontuário, junto com as classes de respostas de "informar o prazo para retorno do usuário" (para os profissionais que atendiam em cada serviço) e de "identificar e decidir qual o prazo adequado para o usuá-

rio retornar ao Posto para os diversos atendimentos" (para os funcionários do expediente que realizavam o agendamento).

O objetivo do relato deste Estudo é, nesse sentido, o de descrever como se planejou o ambiente para tornar possíveis ou prováveis as classes de respostas que produziriam os resultados de interesse sobre o atendimento: receber prontuários sem interromper os atendimentos, atender cada cliente com privacidade e sem interferências, identificar os prazos de retornos solicitados por outros profissionais que atenderam o cliente, informar os prazos de retorno dos clientes que considera adequados para continuar o atendimento, identificar o próximo serviço para enviar o prontuário e encaminhar o cliente, remeter o prontuário para o próximo serviço, transportar e entregar prontuários com rapidez e sem interferir com os atendimentos, reduzir esperas inúteis e atrasos nos deslocamentos dos prontuários, entregar os prontuários aos profissionais que realizam o atendimento somente quando estiver próxima a hora prevista para o atendimento do respectivo cliente, e reduzir o tempo de espera dos clientes no Posto de Saúde.

METODO

participantes

Os participantes do trabalho que este Estudo relata foram os mesmos descritos no Estudo 8, inclusive quanto à variação no decorrer do trabalho uma vez que o trabalho relatado neste Estudo estendeu-se por um tempo bastante grande, acompanhando a evolução dos "mapas de agendamento" (ver Estudo 8).

Material e situação de trabalho.

Fundamentalmente, o material e a situação de trabalho foram similares às do Estudo 8.

As diferenças significativas foram apenas duas. A primeira, com relação a material, foi que houve um protótipo de caixas de cartolina usadas para o teste do material e do procedimento. A segunda, com relação a procedimento, foi que houve um teste simulado (uma "dramatização" ou "laboratório") antes de verificar o funcionamento do material e do procedimento do campo. Esta parte do procedimento exigiu uma situação de "jogo" onde se organizou uma "miniatura artificial" representando a estrutura básica de um Posto de Saúde em uma das salas de trabalho.

Procedimento

O procedimento de trabalho também foi basicamente semelhante ao descrito no Estudo 8 quanto à seqüência de ativi-

dades. As etapas foram diferentes mas se desenvolveu, fundamentalmente, a mesma seqüência de atividades descrita no Estudo 8.

Na parte de execução (ver procedimento do Estudo 8) a primeira atividade não foi a "construção das condições para implantação do que havia sido decidido" mas um "teste em situação simulada" que fornecia dados para prosseguir o trabalho com mais segurança. Os dados do "teste em situação simulada" foram estudados e convertidos em melhores detalhes na decisão de como deveria ser organizado o "sistema de fluxo e aprazamento dos prontuários e usuários nos Postos de Saúde".

Nos demais aspectos foi mantida a mesma seqüência de atividades descrita no procedimento do Estudo 8.

RESULTADOS

Basicamente os "resultados" do trabalho que este Estudo relata referem-se a dois produtos: a "Ficha de Fluxo e Aprazamento" e as "Caixas de Fluxo", com os respectivos procedimentos de uso deles.

Embora tenha havido uma grande quantidade de resultados intermediários cujos testes, progressivamente, produziram os dados que permitiram a elaboração do que é apresentado neste Estudo, não serão relatados os resultados além do final. O que é apresentado neste Estudo refere-se à formulação a que se havia chegado no final de 1978, depois de várias etapas e tentativas-teste (em um ou poucos Postos) para descobrir a solução dos problemas a que o trabalho tinha a intenção de resolver.

Além dos resultados que serão descritos também houve um razoavelmente grande trabalho de levantamento e estudo para realizar o treinamento correspondente ao uso adequado dos produtos descritos tendo em vista a mudança que representavam. O treinamento também não será relatado neste Estudo, podendo, porém, em linhas gerais, ser visto em Rosenburg e outros (1980) e Gonçalves e outros (1980).

No Quadro 9.1, pode-se examinar o modelo da "Ficha de Fluxo e Aprazamento" para o período de atendimento de saúde "programático" (gestantes e crianças até um ano de idade participantes do programa de controle de saúde) que foi construída para orientar a seqüência de locais correspondendo à seqüência de atendimentos do usuário.

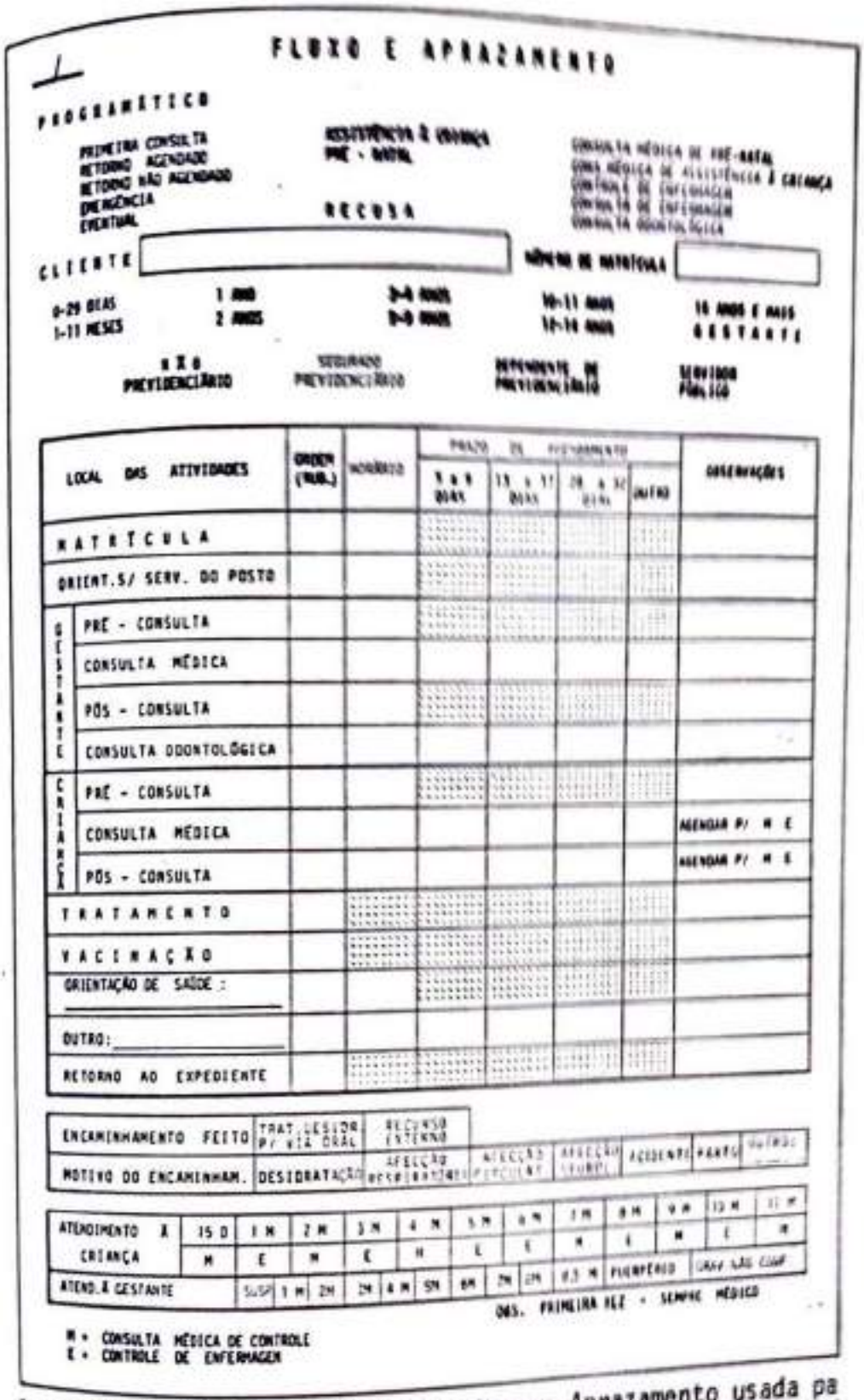
O retângulo maior (no centro da "Ficha de Fluxo e Aprazamento") contém as informações necessárias para orientar

cada funcionário que manipular o prontuário para onde deve remetê-lo e as informações necessárias (fornecidas por cada um dos funcionários que atender ao usuário) para o expediente marcar o prazo de retorno do usuário para o atendimento seguinte.

Na coluna da esquerda (do retângulo maior, no centro) estão listados os vários locais onde podem ocorrer os diversos atendimentos, na seqüência mais provável e comum de ocorrência. Há um conjunto de atividades comuns a gestantes e crianças (matrícula e orientações sobre serviços do Posto); um conjunto específico para gestantes (pré-consulta, consulta médica, pós-consulta e consulta odontológica); um conjunto específico de atividades para crianças (pré-consulta, consulta médica e pós-consulta e um conjunto de atividades que podem servir tanto para gestantes quanto para crianças (tratamento, vacinação, orientação de saúde, "outro" e retorno ao expediente). Ao lado de "orientações de saúde" e de "outro" quem os indicasse deveria acrescentar o nome do local ao lado.

A segunda coluna do mesmo retângulo refere-se à "ORDEM" dos serviços. Nas caselas desta coluna, ao lado dos respectivos atendimentos que o usuário deveria ter, o funcionário do expediente (o primeiro a ter contato com o prontuário do usuário no dia) deveria colocar números arábicos indicando a seqüência de atendimento nos respectivos locais das atividades. Esta informação é retirada das caselas com horário marcado para cada usuário no "mapa de agendamento" (ver Estudo 8, Quadro 8.10).

A terceira coluna (ver Quadro 9.1) é destinada ao horário em que deve ocorrer cada atendimento e é, também, transcrito diretamente do mapa de agendamento do dia. O funcionário do expediente, preenchendo as duas colunas teria sinalizado o roteiro e o horário dos atendimentos do usuário no Posto naquele dia. Alguns atendimentos (tratamento, vacinação e



FLUXO E APRAZAMENTO

PROGRAMÁTICO

PRIMEIRA CONSULTA
RETORNO AGENDADO
RETORNO NÃO AGENDADO
EMERGÊNCIA
EVENTUAL

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA
PRÉ - NATAL

RECUSA

CONSULTA MÉDICA DE PRÉ-NATAL
CONSULTA MÉDICA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA
CONTROLE DE ENFERMAGEM
CONSULTA DE ENFERMAGEM
CONSULTA ODONTOLÓGICA

CLIENTE _____ NÚMERO DE MATRÍCULA _____

0-29 DIAS
1-11 MESES

1 ANO
2 ANOS

3-4 ANOS
5-9 ANOS

10-11 ANOS
12-14 ANOS

16 ANOS E MAIS
GESTANTE

NÃO PREVIDENCIÁRIO

SEGURADO PREVIDENCIÁRIO

DEPENDENTE DE PREVIDENCIÁRIO

SERVIDOR PÚBLICO

LOCAL DAS ATIVIDADES		ORDEM (NUM.)	HORÁRIO	PRAZO DE ATENDIMENTO 5 a 9 DIAS	13 a 17 DIAS	28 a 32 DIAS	OUTRO	OBSERVAÇÕES
MATRÍCULA								
ORIENT.S/ SERV. DO POSTO								
GESTANTE	PRÉ - CONSULTA							
	CONSULTA MÉDICA							
	PÓS - CONSULTA							
	CONSULTA ODONTOLÓGICA							
CRIANÇA	PRÉ - CONSULTA							
	CONSULTA MÉDICA							AGENDAR P/ M E
	PÓS - CONSULTA							AGENDAR P/ M E
TRATAMENTO								
VACINAÇÃO								
ORIENTAÇÃO DE SAÚDE: _____								
OUTRO: _____								
RETORNO AO EXPEDIENTE								

ENCAMINHAMENTO FEITO	TRAT. DESIDR. P/ VIA ORAL	RECURSO EXTERNO					
MOTIVO DO ENCAMINHAM.	DESIDRATAÇÃO	AFECÇÃO RESPIRATÓRIA	AFECÇÃO PERCUTÂNEA	AFECÇÃO SEUROL.	ACIDENTE	PARTO	OUTRO:

ATENDIMENTO À CRIANÇA	15 D	1 M	2 M	3 M	4 M	5 M	6 M	7 M	8 M	9 M	10 M	11 M
	M	E	M	E	M	E	E	M	E	M	E	M

ATEND. À GESTANTE	SUSP	1 M	2M	2M	4 M	5M	6M	7M	8M	9 M	PUERPÉRIO	GRAV. NÃO COMP

OBS. PRIMEIRA VEZ - SEMPRE MÉDICO

M = CONSULTA MÉDICA DE CONTROLE
E = CONTROLE DE ENFERMAGEM

Quadro 9.1 . Modelo de Ficha de Fluxo e Aprazamento usada para orientar o encaminhamento do prontuário pelos diversos atendimentos e para controle estatístico no atendimento de gestantes e crianças (até 12 meses de idade) no período da tarde (atendimento programático - de controle de saúde) nos Postos de Saúde.

retorno ao expediente) não tinham horário previsto podendo ocorrer a qualquer momento.

Se algum dos profissionais (por exemplo, o médico) que atendesse o usuário quisesse incluir um atendimento (por exemplo, vacinação) que não tivesse sido previsto pelo expediente poderia inseri-lo entre dois atendimentos com tempo suficiente entre eles (o que poderia ser visto na coluna de "HORA") e indicar a seqüência repetindo o número imediatamente antecedente (por exemplo 4) seguido da primeira letra do alfabeto (por exemplo 4a). Dessa forma logo depois da atividade de ordem 4 na seqüência o prontuário seguiria para a atividade de ordem "4a" e não de ordem 5. Depois continuaria no fluxo original. Se houvesse intercalação de mais atividades consecutivas bastaria numerar 4a, 4b, 4c, etc..

As colunas 4, 5, 6 e 7 destinam-se à indicação de diferentes prazos de agendamento para os serviços que poderiam ter diferentes necessidades quanto a isso (consulta médica, consulta odontológica, pós-consulta — no caso de crianças — e "outro"). Os demais (caselas escurecidas) não tinham necessidade de prazo, podendo utilizar os prazos de agendamento dos demais. As faixas de prazo (5-9 dias, 13 a 17 dias, 28 a 32 dias) foram os mais freqüentes. Para prevenir outras possibilidades (por exemplo, um retorno de urgência para o médico ou para o dentista) acrescentou-se a faixa de prazo "outro". Nas caselas bastava cada profissional marcar um "x" na coluna correspondente ao prazo que queria de retorno para o usuário ou indicar o número dias no caso de ser assinalada a coluna "outro".

Se houvesse alguma informação adicional, importante ou a destacar, o profissional usaria a última coluna (OBSERVAÇÕES) para fazer isto. No caso da consulta médica e de pós-consulta para criança já há uma indicação dos serviços para os quais a criança deverá retornar. O profissional só

precisa circular o que for mais adequado.

Quando concluísse o atendimento, cada profissional deveria fazer sua rubrica na casela correspondente à "ORDEM" que se referisse à atividade concluída de forma a encobrir o número de ordem da atividade concluída. Dessa maneira, à medida que os atendimentos fossem realizados, iriam ficando visíveis somente os números correspondentes aos atendimentos por fazer, facilitando a percepção do fluxo que faltava percorrer para quem manipulasse o prontuário.

No último "retângulo", na parte inferior da "Ficha de Fluxo e Aprazamento", está um quadro que mostra o tipo de atendimento (consulta médica de controle ou controle de enfermagem) para o caso dos Postos que, em virtude da grande quantidade de atendimentos, tivesse o atendimento mensal dividido entre o médico (consulta médica de controle) e o pessoal auxiliar de enfermagem (controle de enfermagem). Nos demais Postos onde o recurso médico fosse suficiente, o atendimento mensal seria exclusivamente do médico.

O retângulo tinha várias caselas que circuladas (pelo expediente ou pelo médico) indicavam a condição do usuário permitindo decisões a respeito do melhor atendimento quando de seu retorno (por exemplo, qual a melhor orientação de saúde) ou da não necessidade de retorno (no caso de gravidez não confirmada — ver Quadro 9.1).

As demais informações — na parte superior e na parte inferior da "Ficha de Fluxo e Aprazamento" destinavam-se a informações estatísticas e de identificação do cliente (nome e nº de matrícula). Cada "campo" de informações devia ter pelo menos uma categoria circulada indicando a categoria do usuário. No fim do período, as fichas seriam organizadas e contadas por categoria, sistematizando as informações sobre os serviços de forma a ter um controle estatístico sobre o

atendimento realizado e sobre as características da população atendida.*

No canto superior esquerdo (ao lado da palavra "programático") está um espaço (__/__) para anotar a data (dia e mês) dos atendimentos ao usuário registrado na ficha.

No Quadro 9.2, pode-se vêr a Ficha de Fluxo e Aprazamento para o período de atendimento ambulatorial. Em linhas gerais é igual à Ficha de Fluxo e Aprazamento do período programático.

Ambas as fichas eram feitas em uma mesma folha — uma de cada lado — servindo duas vezes (por economia). Os funcionários, ao concluir a transcrição dos dados sobre o atendimento no final do período, faziam um "x" por sobre a página usada, inutilizando-a. O outro lado era usado no período imediatamente seguinte para orientar o fluxo e aprazamento de clientes. (As Fichas eram impressas em meia folha de papel de tamanho "ofício").

No Quadro 9.3, pode-se ver um desenho ilustrando a maneira como foram planejadas as "caixas de fluxo" para colocar os prontuários dos usuários. As caixas (de medidas apropriadas para caber o prontuário com pastas suspensas de arquivos de trilhos comuns) seriam colocadas nas portas de cada local de atendimento (se a porta abrisse para dentro) ou na parede ao lado (se a porta abrisse para fora— ver caixa pontilhada no Quadro 9.3) em uma altura um pouco superior à do trinco da porta.

A função da posição das caixas era a de facilitar

---

* Houve um trabalho específico sobre o sistema de avaliação do trabalho da instituição que não incluímos entre estes estudos. O relato feito superficialmente neste Estudo é feito somente porque alguns dados aparecem na "Ficha de Fluxo e Aprazamento".

FLUXO E APRAZAMENTO

AMBULATORIAL

PRIMEIRA CONSULTA
RETORNO AGENDADO
RETORNO NÃO AGENDADO
EMERGÊNCIA
EVENTUAL

PEDIATRIA
CLINICA MÉDICA
ODONTO-PEDIATRIA

RECUSA

CONTROLE DE ENFERMAGEM
CONSULTA MÉDICA DE CONTROLE
CONSULTA MÉDICA DE PATOLOGIA
CONSULTA ODONTOLÓGICA

CLIENTE _____ NÚMERO DE MATRÍCULA _____

0-29 DIAS | 1 ANO | 3-4 ANOS | 10-11 ANOS
1-11 MESES | 2 ANOS | 5-9 ANOS | 12-14 ANOS | 15 ANOS E MAIS

NÃO PREVIDENCIÁRIO | SEGURADO PREVIDENCIÁRIO | DEPENDENTE DE PREVIDENCIÁRIO | SERVIDOR PÚBLICO

	LOCAL DAS ATIVIDADES	ORDEM (RUB.)	HORÁRIO	PRAZO DE AGENDAMENTO 5 a 9 DIAS	13 a 17 DIAS	28 a 32 DIAS	OUTRO	OBSERVAÇÕES
C	ENTREGA DE LEITE							
R	PRÉ - CONSULTA							
I	CONSULTA MÉDICA							M AGENDAR PARA E_a E_v PROG.
A	PÓS - CONSULTA							AGENDAR PARA M E_a E_v
N	TRATAMENTO							
C	VACINAÇÃO							
A	CONSULTA ODONTOLÓGICA							
A	PRÉ - CONSULTA							
D	CONSULTA MÉDICA							
U	PÓS - CONSULTA							
L	TRATAMENTO							
T								
O								
OUTRO: _____								
RETORNO AO EXPEDIENTE								

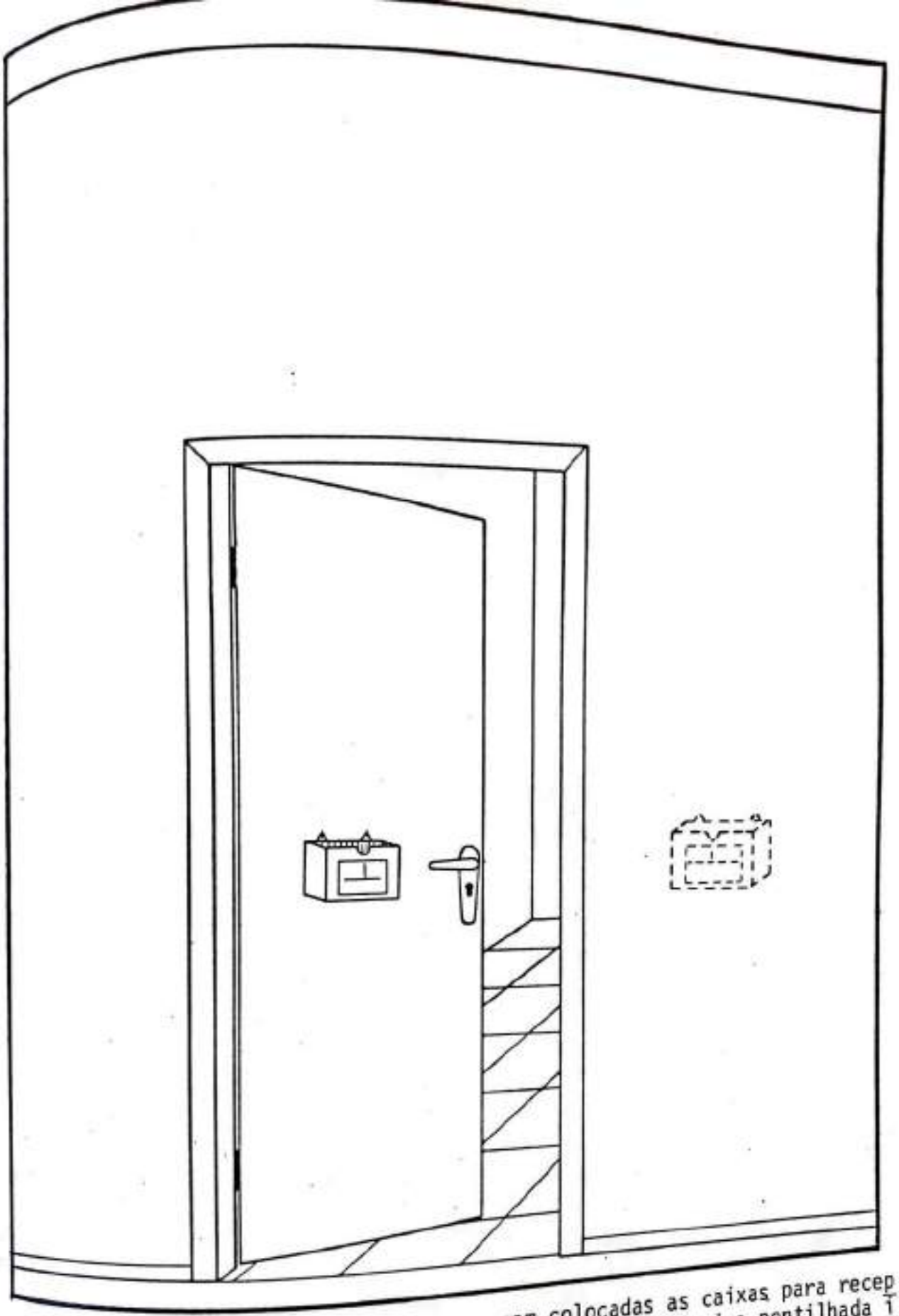
ENCAMINHAMENTO FEITO	TRAT. DESIDR. P/VIA ORAL	RECURSO EXTERNO					
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	DESIDRATAÇÃO	AFECÇÃO RESPIRATÓRIA	AFECÇÃO CIRCULATÓR.	AFECÇÃO NEUROLÓG.	ACIDENTE	PARTO	OUTRO:

ATENDIMENTO A CRIANÇAS QUE RECEBEM LEITE DO POSTO DE SAÚDE	15 D	1 M	2 M	3 M	4 M	5 M	6 M	7 M	8 M	9 M	10 M	11 M
	M	E_a	E_a	E_v	M	E_v	E_a	E_a	M	E_v	E_v	E_a

OBS. PRIMEIRA VEZ - SEMPRE MÉDICO

M = CONSULTA MÉDICA DE CONTROLE
E_a = CONTROLE DE ENFERMAGEM - ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM
E_v = CONTROLE DE ENFERMAGEM - VERIFICAÇÃO DE VACINAS

Quadro 9.2 . Modelo de Ficha de Fluxo e Aprazamento usada para orientar o encaminhamento do prontuário pelos diversos atendimentos e para controle estatístico no atendimento de crianças (até a idade adulta) e adultos no período da manhã (atendimento ambulatorial - de clínica médica) nos Postos de Saúde.



Quadro 9.3. Desenho representando como eram colocadas as caixas para recepção de prontuários em cada serviço do Posto de Saúde. A caixa pontilhada ilustra a posição que devia ser colocada a caixa no caso de a porta abrir para o lado"de fora". Em cada caixa havia uma lista dos serviços que ocorriam na sala com avisos sobre a maneira de colocar prontuários (Quadro 9.4)

(ou garantir) a imediata percepção dos prontuários existentes.

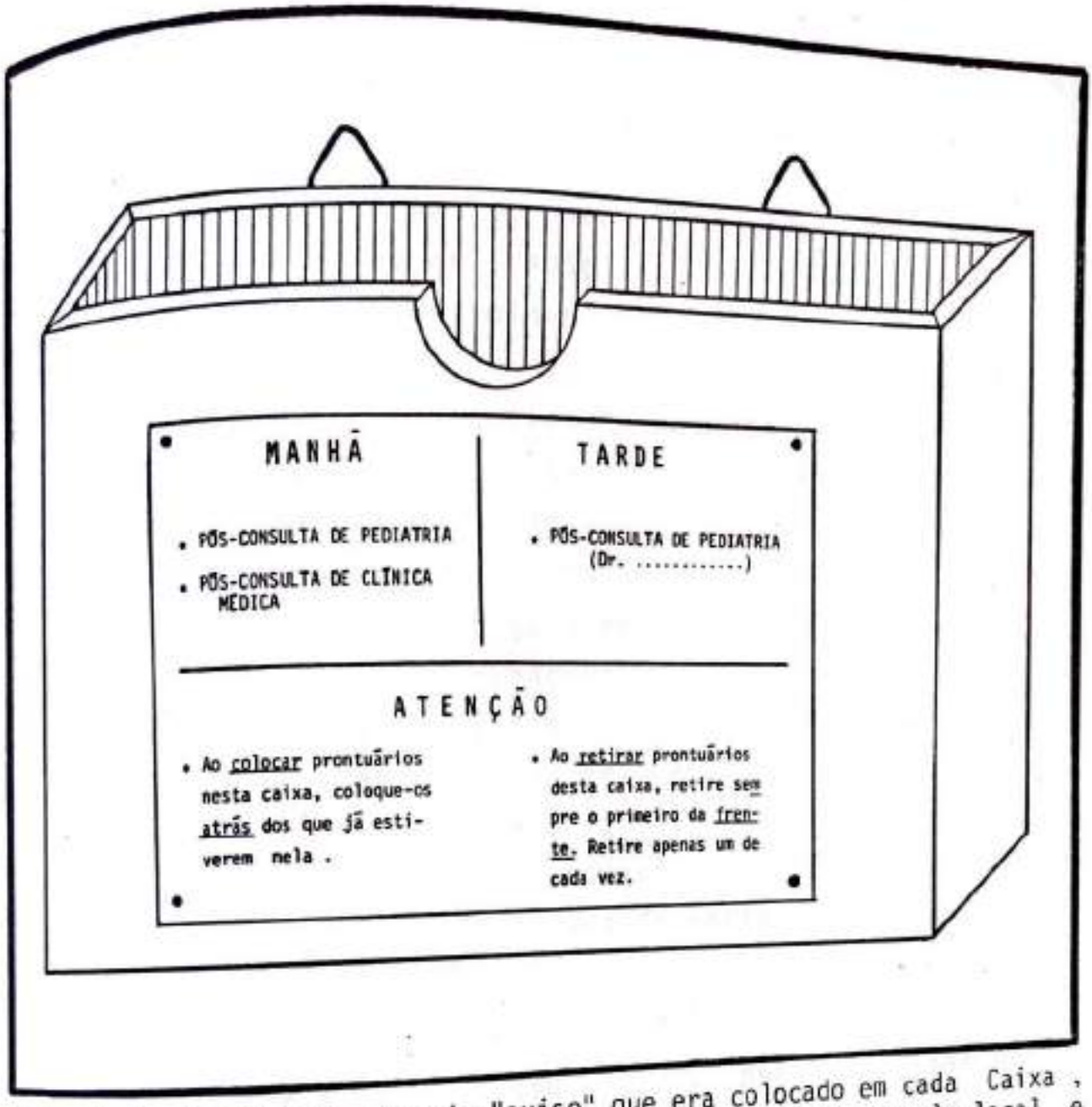
As caixas deveriam permitir o encaminhamento de cada prontuário para o serviço que deveria atendê-lo em seguida sem precisar interromper o atendimento que estava sendo realizado no respectivo serviço.

Para isso, cada funcionário, ao concluir o atendimento (inclusive o expediente, ao iniciar o fluxo), deveria identificar qual o serviço que se seguiria ao seu na sequência de números de ordem da Ficha de Fluxo e Aprazamento (ver Quadro 9.1) e colocar o prontuário na caixa na porta (ou ao lado da porta) do local do respectivo serviço. O funcionário do serviço que se seguisse, ao abrir a porta para liberar um usuário, encaminhando-o a outro serviço, encontraria, na sua porta, o prontuário. Bastava recolhê-lo, chamar o cliente, e entrar na sala para atendê-lo.

As caixas deveriam estar dispostas, em cada Posto de Saúde, de forma a não ficarem muito distantes uma da seguinte, de maneira a facilitar cada profissional colocá-la na caixa do serviço que se seguisse na sequência do fluxo. Para cada Posto de Saúde era necessário mapear, observar e descobrir quais as melhores posições das caixas de forma a garantir um fluxo sem dificuldades, partindo do expediente e retornando a ele com as informações necessárias para agendar corretamente o retorno do usuário.

No Quadro 9.4, pode-se ver um exemplo de aviso que era afixado em cada caixa, nas portas dos locais de cada serviço. O aviso continha informações importantes para orientar a pessoa que colocasse ou retirasse prontuários das caixas.

Os "avisos" variavam conforme o local em que estivessem colocados. Uma parte dos "avisos" referia-se aos ser-



Quadro 9.4. Exemplo do tipo de "aviso" que era colocado em cada Caixa, "sinalizando" (indicando) os serviços que eram realizados naquele local e o procedimento de uso das Caixas. O conteúdo dos avisos variava de acordo com as características do serviço.

viços que eram realizados no local onde estava afixada a caixa em cada período (manhã e tarde) e outra parte (parte inferior) referia-se ao procedimento para "colocar" e "retirar" prontuários em cada caixa (ver Quadro 9.4).

Os "nomes" dos serviços eram os mesmos da "Ficha de Fluxo e Aprazamento" e dos "Mapas de Agendamento".

DISCUSSÃO

O aspecto que parece ser importante considerar é, fundamentalmente, o que as condições criadas permitiram obter como resultado. O estabelecimento de relações inequívocas sobre a responsabilidade (que variáveis os produziram) dos resultados (as variáveis "obtidas") dependerá de estudos experimentais mais precisos e organizados onde se exerça um controle das variáveis mais explícito, preciso e sistemático. As modificações observadas, no entanto, podem ser em grande parte atribuídas às modificações feitas no ambiente pelo próprio progressivo das intervenções (foi aos poucos, embora neste Estudo se relate só o final do processo). Também se pode estabelecer relação entre as condições construídas e os resultados "obtidos", às vezes, por "decorrência lógica" (a condição criada "exigia" ações específicas). De qualquer forma as relações entre os dois tipos de variáveis sempre dependerão de verificações melhores e o que for afirmado corre o risco de o ser por má percepção ou má interpretação.

A partir dessas considerações, pode-se dizer que a "Ficha de Fluxo e Aprazamento" foi a responsável (ou, pelo menos, uma das variáveis responsáveis) pela existência de alguns aspectos no trabalho do Posto de Saúde.

Em primeiro lugar, ela permitiu a visualização e a disponibilidade de informações do expediente para os demais serviços do Posto. A seqüência de atendimentos (o fluxo do usuário e do respectivo prontuário no Posto) que cada cliente receberia foi ampliada do mapa de agendamento (ver Estudo 8, Quadro 8.10) para a Ficha de Fluxo e Aprazamento tornando-se visível aos demais funcionários do Posto de Saúde. Sua simplificação através de números indicando a ordem dos serviços

e que seriam "anulados" (riscados) à medida que o serviço se realizasse (ver Quadro 9.1) tornava progressivamente mais fácil a percepção do serviço a que se devia encaminhar o prontuário até sua devolução ao expediente para marcar o próximo retorno do usuário.

Em segundo lugar, o expediente (os funcionários responsáveis pelo expediente dos Postos de Saúde) tinham um procedimento para identificar e organizar as informações sobre o trabalho diário dos Postos que, a cada dia, permitia um conhecimento fidedigno do que havia sido realizado. Até procedimentos de conferência dos registros e um horário (no fim de cada período) foram definidos e treinados nos funcionários de forma a ter, cada dia, um "balancete" do trabalho realizado até aquele dia. As decorrências disso são de que a instituição em pouco tempo poderia contar com informações confiáveis para dirigir suas decisões administrativas e para avaliar o que havia sido feito em relação ao previsto e aos recursos disponíveis.

Em terceiro lugar, a Ficha de Fluxo e Aprazamento permitiu informações de cada profissional para o expediente. Os prazos de retorno adequados, para que serviço agendar, observações de cada um chegavam aos funcionários do expediente e podiam ser examinadas em conjunto (dos vários serviços) para cada usuário. Isto permitia aos funcionários do expediente tomar boas decisões sobre para que serviço, com quanto tempo e em que dia da semana seria melhor marcar o retorno do usuário.

Em quarto lugar, a Ficha de Fluxo e Aprazamento permitiu informações de um profissional para outro. Quando o prontuário chegava às mãos de alguém ela continha as informações dos que já haviam atendido ao usuário. Qual o prazo que cada um solicitava para retorno, qual a seqüência de atendimentos e quais já haviam sido realizados era de imediata visualiza-

ção por cada um dos profissionais.

Em geral pareceu importante (pelo menos em relação aos funcionários do expediente) a correspondência de estímulos (aspectos) visuais entre os "mapas de agendamento" e a "Ficha de Fluxo e Aprazamento" (ver Quadro 8.10 — Estudo 8 — e Quadro 9.1). A seqüência de atendimentos prevista no "mapa" era facilmente transponível para as fichas de fluxo. Foi esta, inclusive, uma das razões pelas quais alguns "serviços" aparecem duas vezes nas colunas do mapa de agendamento (ver as colunas de consulta odontológica e de orientações de saúde no Quadro 8.10).

Pode parecer exagero mas pequenos detalhes exerciam poderosa força de influência (de determinação) das ações dos funcionários. Um exemplo dessa influência pode ser visto na mudança de uma dimensão das ações dos funcionários em função da alteração de um tipo de informação na "Ficha de Fluxo e Aprazamento". Os prazos de agentamento, nos modelos intermediários da ficha de fluxo, eram especificados em termos de dias (7 dias, 15 dias e 30 dias). Os funcionários dos Postos seguiam essa informação com precisão e resultava em agendamentos acumulados em segundas-feiras (quando o prazo coincidia com sábados e domingos) ou a fixação de quantidades de clientes (os clientes de um dia eram "transpostos" para um mesmo dia de acordo com o prazo (dias!) de agendamento. Ao colocar os prazos em faixas (5 a 9 dias, 13 a 17 dias e 28 a 32 dias — ver Quadro 9.1) os funcionários passaram a cumprir sem dificuldades uma "regra de agendamento" que indicava para procurar distribuir os agendamentos de forma a não haver oscilações muito grandes na quantidade de retornos em dias consecutivos.

A mudança nas ações dos funcionários acompanhou sistematicamente (em diferentes Postos em diferentes ocasiões) a mudança da informação dos prazos de agendamento na "Ficha

de Fluxo e Aprazamento.

Esse exemplo traz, junto, a percepção de que o estímulo gráfico (em impressos de uso pelos funcionários) pode ser um importante aspecto do ambiente (classe de estímulos) no sentido de seu grau de determinação da ação (ou de alguma dimensão dela) dos funcionários que lidam com o estímulo. Os impressos com que os funcionários lidam são parte do ambiente e influenciam a probabilidade de ocorrência das condutas dos que os usam.

Nesse sentido, a rubrica dos funcionários sobre o número correspondente ao número de ordem do atendimento que havia realizado em relação à seqüência de atendimentos mudava o estímulo gráfico, "apagando" a parte da seqüência que deixava de ter importância (já realizada). O estímulo gráfico tinha uma correspondência bastante grande com o que acontecia com o usuário, atualizando-se a cada atendimento. O mesmo processo foi considerado em relação à "decisão" de qual orientação de saúde cada usuário deveria ter a cada vez que freqüentasse o Posto de Saúde (ver Quadros 7.3 e 7.4 no Estudo 7).

De modo semelhante, as "caixas de fluxo" também permitiram obter alguns resultados em relação ao comportamento dos funcionários e "decorrentes"(?)* efeitos sobre os serviços dos Postos.

Um desses "efeitos"* foi a passagem do sistema de "monte de prontuários" ao iniciar o atendimento para um

---

* Os termos "decorrentes" e "efeitos" são usados no sentido genérico do termo. Entende-se que os resultados são função de diversas variáveis e não determinados por uma única variável. A linguagem que corresponderia a um determinismo probabilístico (em oposição a um determinismo absoluto) nos parece menos familiar (por exemplo, "função de...") do que os termos conhecidos ("efeito", "decorrente") embora imprecisos e até inadequados (ver Bunge, 1961 e Botomé, 1975).

sistema de fluxo contínuo: os prontuários chegavam aos poucos e continuamente para cada serviço, sendo remetidos da mesma maneira para outros serviços.

A manutenção da seqüência dos usuários em relação a cada atendimento podia ser garantida desde a ordem de atendimento original porque os prontuários iniciavam o fluxo com a chegada do usuário (ver Quadros 8.8 e 8.9 no Estudo 8).

A própria identificação do usuário que devia ser atendido a seguir era assegurada pela visualização do prontuário na porta toda vez que ela fosse aberta para liberar um usuário já atendido.

Além disso, as caixas e o procedimento para seu uso, permitiam um relativo controle pelo cliente do que acontecia com o seu atendimento. O prontuário na porta servia de "aviso" (ou "sinal") de quem seria o próximo cliente a ser chamado naquele serviço. Cada funcionário ao colocar o prontuário na caixa da porta de outro serviço devia avisar o cliente e solicitar-lhe que esperasse próximo à respectiva porta (ver os tempos de demora entre um serviço e outro nos Quadros 7.3 e 7.4 no Estudo 7).

Não era mais necessário haver "interrupção" do atendimento quando um prontuário era remetido para um determinado serviço. Dessa forma havia garantia da privacidade do usuário (ninguém ia interromper ou abrir a porta enquanto ele estivesse sendo atendido), de ética profissional (intrusos e não-profissionais interferindo no atendimento) e de otimização do uso do tempo disponível para cada atendimento (menos dispersão de quem atendia).

Em alguns casos em que ainda havia "atendimento com a porta aberta" (os funcionários não fechavam a porta ao realizar o atendimento) observou-se ser por outras variáveis (geralmente sociais) que interferiam. Foi identificado até que

era "desagradável" para o funcionário ficar "isolado" do movimento do Posto pelo fechamento da porta. A pessoa "gostava" de saber (e ver) quem estava "passando" pelo Posto. Não se chegou a detectar com maior precisão as variáveis responsáveis por alguns dos casos que ainda permaneceram nessa condição.

Um outro "resultado" que se pode creditar às "caixas de fluxo" é o de diminuir (junto com outras variáveis: mapas de agendamento, ficha de fluxo) o tempo de espera inútil ou ociosa tanto dos usuários quanto dos funcionários. As caixas permitiam uma diminuição bastante grande das esperas de uns e outros em relação a cada atendimento para cada usuário.

As sinalizações (as "dicas") tanto da "Ficha de Fluxo e Aprazamento" quanto dos "cartazes" em cada "caixa de fluxo" parece que foram bastante efetivas. Houve uma margem de erros muito pequena que desapareceu com o uso dos recursos. O efeito deve ser creditado ao treinamento realizado, além das características do material.

Para os profissionais as mudanças parecem ter criado melhores condições de trabalho: o serviço ficou mais organizado, o atendimento se realizava aos poucos sem correrias, sem amontoamentos (de prontuários na mesa e de pessoas na porta) e de uma forma e ritmo constantes e agradáveis.

No conjunto pode-se resumir que foi possível um significativo avanço na direção de otimizar o tempo necessário para realizar cada atendimento, de diminuir o custo (em dinheiro e consumo) e esforço necessários. Um cuidado que frequentemente leva à exploração dos menos privilegiados (a otimização dos recursos de trabalho em empresas privadas às custas de sacrifício dos trabalhadores) parece ter tido efeitos diversos na organização do serviço em uma instituição de serviço público onde não há lucro do patrão em jogo e onde quem

paga o trabalho é o usuário que o recebe. Parece ter sido possível um equilíbrio entre qualidade do serviço (atendimento do usuário), condições do trabalho (serviço do funcionário) e custos da atividade (preço pago pela instituição em relação ao benefício produzido para a população).

Para os resultados obtidos parece ter sido importante a existência das fases intermediárias (principalmente o que está descrito no procedimento) através das quais não se permaneceu em idéias e na sua transformação em normas, instruções ou leis mas no exame do que acontecia passo a passo com os correspondentes comportamentos das pessoas envolvidas ou atingidas pelas "idéias".

O aspecto que pareceu importante o tempo todo foi o de que se existe algo que vale a pena concretizar-se é necessário descobrir quais os comportamentos humanos que o concretizariam e quais as condições que o fariam existir. Parece que mais do que preleções ou treinamento é necessário construir ambientes propícios para as ações humanas significativas.

O treinamento dos funcionários, por outro lado, não deixa de ser importante, adquirindo, inclusive, feições novas em relação a seus objetivos e procedimentos. Mais uma vez é de se salientar que os aspectos relativos ao treinamento de funcionários não são objeto deste trabalho, podendo ser vistos, em parte, nos trabalhos de Rosenburg e outros (1980) e Gonçalves e outros (1980).

É necessário salientar que o que foi descrito neste Estudo não especifica as variações que existiram conforme as características de cada Posto de Saúde. As dimensões do Posto, as instalações disponíveis, os funcionários existentes determinaram maior ou menor aproximação ao que foi descrito.

Em termos gerais o trabalho parecia ter adquirido novas feições: um ritmo mais lento e constante (não havia mais

momentos de afobação alternados de ociosidade), um ambiente social com mais interações e de melhor qualidade (menos "brigas", gritos e amontoamentos), mais espaçamento entre os clientes (eles chegavam e saíam aos poucos do Posto) e mais conforto e organização no trabalho dos funcionários.

Os efeitos, porém, parecem ser devidos à somatória de intervenções já relatadas mais do que apenas devido ao que este Estudo relata. Parece ser o conjunto de aspectos do ambiente (mais do que variáveis isoladas) o que possibilitou os resultados descritos. Mapas de Agendamento, Fichas de Fluxo e Aprazamento, Caixas de Fluxo, Treinamento de funcionários, etc. parecem ser efetivos apenas se coexistentes de maneira integrada e sistemática.

As classes de respostas dos funcionários (marcar retorno no prazo mais adequado ao usuário, visualizar vagas a cada dia, identificar para onde mandar os prontuários, informar aos demais funcionários com clareza e precisão, transportar, entregar e receber prontuários, além de atender aos usuários de maneira mais compatível com um serviço cuidadoso e efetivo) não existiriam sem um ambiente adequado às suas características.

ESTUDO 10

ARQUIVO E DOCUMENTAÇÃO COMO CONDIÇÃO PARA A OCORRÊNCIA DE CLASSES DE RESPOSTAS (AÇÕES) PROFISSIONAIS DOS FUNCIONÁRIOS DOS POSTOS DE SAÚDE

As expressões vagas do início do trabalho, quando se tentou responder à questão sobre as condições necessárias para os usuários realizarem seu trabalho, foram insuficientes para chegar a responder o que é preciso ser feito para concretizá-las. Dizer de maneira ampla (e até bonita) o que se quer não parece suficiente para realizar isso (mesmo que se aumente o número de adjetivos). Dizer que era necessária a "organização de um sistema de arquivamento funcional", a existência de "documentação (e impressos) simples, visual e de rápido preenchimento" e a definição explícita de "procedimentos para utilizar os documentos e arquivos" (ver Quadro 6.5 no Estudo 6) não era suficiente para realizar isto. Qual era o caminho? De que forma impressos, arquivamento, etc. ajudariam a existência de classes de ações adequadas por parte dos funcionários em relação ao que devia ser feito para os usuários dos Postos?

O que primeiro parece importante explicitar é: quais os referenciais que se deve ter ao lidar com o assunto "documentação e arquivamento"? Em outras palavras, o que deve controlar as classes de ações de quem planeja, define e constrói documentos e um sistema de arquivá-los e de usá-los, em relação ao trabalho de outras pessoas? Ainda em outras palavras: qual a função dessas duas classes de eventos: documentos e arquivamento?

Impressos e sua organização parecem ser uma explicitação (ou registro visível) da informação e sua sistematização de maneira clara e acessível, de forma que classes de respostas (ou de ações) que se relacionem com elas, de maneira adequada, tenham alta probabilidade de ocorrerem sob seu controle (sob sua influência). Os impressos vazios deviam facilitar a (aumentar a probabilidade de) ocorrência das classes de respostas relacionadas ao seu uso e preenchimento de maneira significativa. Preenchidos, os impressos (agora documentos) deviam facilitar a ocorrência de classes de respostas adequadas e relacionadas às informações registradas.

No conjunto há uma cadeia de eventos inter-relacionados onde se tem eventos ambientais bem definidos (classes de estímulos antecedentes e classes de estímulos conseqüentes em relação a determinadas classes de respostas de profissionais) e ações humanas (classes de respostas) relacionadas a eles.

O conceito de comportamento como uma relação entre aquilo que o organismo faz e o ambiente em que o faz (Botomé, 1980a) e a noção de contingência de reforçamento como uma inter-relação entre aspectos antecedentes (classes de estímulos antecedentes), aspectos específicos das classes de respostas, do organismo (dimensões das classes de ações), aspectos "conseqüentes" (classes de estímulos subseqüentes) e a probabilidade de ocorrência das dimensões críticas das classes de respostas (Skinner, 1979) parecem fundamentais para explicitar as relações entre arquivo e documentação e comportamento humano.

A informação gráfica e o registro de informações são ambiente (ou aspectos definidos deste) em relação àquilo que o organismo faz. Descobrir que relações concretas existem entre eles (ambiente gráfico e classes de ações) é um problema de pesquisa e de engenharia comportamental (construir es-

tes "ambientes").

De que maneira os estímulos gráficos afetam o comportamento? De que maneira o registro influi nas ações de uma pessoa? Quais os aspectos ou dimensões críticos das classes de estímulos ou das classes de respostas? Será a cor? O tamanho? A intensidade? O contraste? O arranjo? As relações de proximidade e espaçamento? A dificuldade de ler ou de preencher? Parece — é necessário insistir — que são questões exigindo a combinação de "arranjos ambientais" (sua construção é o que chamamos de engenharia comportamental) relacionados às ações e pesquisa para identificar as relações entre os "arranjos" construídos e as ações humanas.

Uma lembrança importante é que os impressos e sistemas construídos devem servir para se facilitar a ocorrência de comportamentos humanos significativos. Corre-se, o risco de fazer o contrário. Se não se tem claro que classes de ações são de interesse (e o que elas devem produzir) é difícil descobrir ou construir ambientes apropriados a elas. Impressos e organização de documentos não são uma exceção.

Há sempre o perigo de se ter um intenso e fortalecido conjunto de ações ritualísticamente supersticiosas (não produzem efeitos de significado para ninguém) mantidas por regras, institucionalização, controle social, etc.. A existência de um impresso (mesmo que inútil, inadequado ou até pernicioso) parece facilitar enormemente a existência de ações que se relacionem a eles (usá-los, preenchê-los, supervisionar seu uso, cobrar sue preenchimento, fazer estatísticas com eles, guardá-los e até temê-los).

Na área de saúde isso parece ter se tornado importante. Mais do que um agente garantindo a qualidade e pertinência do atendimento de saúde o profissional está sendo um fiscal de profissionais subalternos (vide, por exemplo, a en-

fermagem ou os médicos que só verificam o trabalho dos para-profissionais médicos...) ou um agente para garantir a "burocracia" do sistema de saúde (planos conforme modelos estereotipados, impressos que não têm relação com o atendimento das necessidades do paciente mas "provam" — documentam — que o profissional fez coisas que garantem o seu pagamento ou que o protegem no caso de alguma exigência legal ou jurídica).

Não são as necessidades ou as queixas do paciente que parecem controlar o que se faz com papéis, registros, documentos, arquivos, etc.. Parece ser, antes, as exigências e rituais feitos e construídos pelos clientes (os que pagam e controlam o trabalho) dos profissionais de saúde (Botomé, 1981).

Além dos impressos e do registro que se faz neles, pode-se dizer o mesmo dos procedimentos de arquivamento, numeração de documentos, etc.. Qual sua função? Qual sua relação com as classes de respostas de quem lida com eles? Ou, indo ainda mais longe, qual a relação entre impressos, registro, arquivamento e numeração de documentos com as classes de respostas relacionadas à saúde da população usuária da instituição de saúde que os usa?

Um problema especial — e que parece confusamente examinado nas áreas relacionadas à saúde — é o de utilizar os registros usuais das instituições de saúde para estudar o que acontece com a saúde e com o atendimento. Quando os registros são adequados (válidos?), organizados e fidedignos podem ser usados para pesquisa. Não são necessárias, inclusive, grandes sofisticações estatísticas. A preocupação fundamental deve ser com o dado relevante a ser conhecido e examinado e não com a técnica de medida. Esta é quase que naturalmente esclarecida (identificada, localizada, etc.) à medida que se tem claro o fenômeno e a extensão em que se quer ou se precisa conhecê-lo.

Talvez a pesquisa (o estudo sistemático) se tornasse

uma rotina dos profissionais de saúde se o que fizessem com o registro do trabalho fosse considerado de maneira diferente da atual.

Considerado o que foi exposto até agora, pode-se examinar um pouco do que acontecia nos Postos de Saúde em relação ao registro, documentação, arquivamento, etc..

Em relação ao "prontuário" (a reunião das informações sobre um usuário) havia uma organização por indivíduo. O prontuário era individual e apresentava as seguintes características:

a) um envelope (tamanho de 18,5cm x 24,5cm) pardo contendo os documentos relacionados ao atendimento médico (fundamentalmente);

b) os documentos dentro dos envelopes, embora pudessem ser ordenados conforme algum critério, encontravam-se sempre (e isto não é apenas uma expressão enfática) em desordem em relação a qualquer dos critérios que se especificou (ordem cronológica, de assunto, ou por tipo de impresso);

c) havia um certo grau de dificuldade para encontrar uma informação específica — qualquer — sobre quem estava sendo atendido (onde achá-la, como achá-la...) e isto significava não a impossibilidade teórica de achá-la mas a impossibilidade dentro do tempo disponível para um atendimento médico (de 10 a 15 minutos);

d) colocar os documentos existentes na ordem de interesse do médico (várias pessoas manuseavam o prontuário com diferentes interesses ou critérios: expediente, serviço social, odontologia, vacinação, supervisores de área, outros médicos, etc.) que atendia o paciente tomava tempo — e às vezes uma parcela significativa — da consulta;

e) uma decorrência dessas características era o pou-

co ou quase nulo uso dos registros existentes sobre os atendimentos médicos ou condições de saúde do paciente em momentos anteriores ao da atual consulta médica;

f) os dados sobre uma pessoa de uma família não eram (nem poderiam ser?) relacionados com os de outra pessoa da mesma família.

Além dessas características do prontuário (médico?) dos usuários havia arquivos sobre os mesmos usuários em cada tipo (ou pelo menos em alguns deles) de atendimento que era disponível aos usuários (odontologia, serviço social, vacinação, etc.). A multiplicação de recursos e de trabalho parecia relacionada à relativa independência ou separação dos atendimentos oferecidos nos Postos de Saúde. O que era chamado de "prontuário" parecia (ou tendia a) ser apenas "médico".

O sistema de numeração (que supostamente deveria ajudar e facilitar a organização e controle de documentos) também apresentava características que pareciam pouco úteis para os funcionários que precisavam lidar com ele (a quem ou como ele seria útil parece uma incógnita).

A numeração era apenas um registro numérico da ordem de matrícula (número de matrícula) no Posto. Ela parecia servir para controle estatístico (quantas pessoas se matricularam no Posto por mês, trimestre, semestre ou ano) e um critério para guardar (parecia apenas isto o objetivo) os prontuários.

O sistema de numeração tinha uma série de decorrências ou problemas:

a) a existência de um "livro de matrícula" onde eram registrados, em seqüência, os nomes das pessoas que se matriculavam nos Postos (matricular significava registrar o nome neste livro e atribuir um número aos documentos dessa pessoa no Posto quando, supostamente, ela fosse atendida pela pri-

meira vez no Posto de Saúde) com um número que permitia identificar quantas matrículas havia em algum período de tempo;

b) havia uma grande dificuldade em achar o prontuário de alguém quando não se soubesse o número e fosse necessário localizar os documentos através do nome da pessoa. Era necessário procurar, em torno de uma possível época, o nome da pessoa no livro de matrícula;

d) disso, com freqüência, decorria que uma mesma pessoa poderia ter mais de uma matrícula e haver, também, vários prontuários para a mesma pessoa;

d) é fácil perceber que, em relação ao controle estatístico, haveria uma distorção de proporções variadas conforme o número de casos que ocorressem de extravio do número correspondente ao usuário (cada um recebia um cartão de matrícula onde havia uma indicação do número);

e) o sistema de numeração não parecia ser voltado para facilitar o atendimento ao público e ser-lhe útil mas, antes, para atender a uma exigência "burocrática" (dar um número e fazer estatística). A numeração não era útil para facilitar o acesso à documentação do usuário mas para dificultá-lo. Aparentemente, a numeração parecia ser mais um ritual "burocrático" do que uma medida útil ou importante para o atendimento.

De forma semelhante (ou conseqüente?) o arquivamento de prontuários também apresentava vários problemas para o atendimento dos usuários:

a) os prontuários pareciam mais "depositados" (no sentido de amontoamento, de "por em um lugar") do que "arquivados" (no sentido de "organizados de forma a serem facilmente localizáveis", de "sistematizados de acordo com critérios funcionais"...);

b) isto, de certa forma, decorria da não-existência de um critério, além do número, para sistematizar os prontuários o que, por exemplo, dificultava a retirada ou localização dos prontuários;

c) à medida que aumentavam os prontuários (e não havia retirada para, por exemplo, arquivo morto) essas dificuldades eram maiores;

d) ainda havia o problema de vários "arquivos" nos Postos (odontologia com o dentista, informações sociais com o assistente social, vacinação com o ambulatório, etc.);

e) ficava progressivamente menos significativo o trabalho de numerar, arquivar, registrar, etc., tornando-se cada vez mais ritual e menos trabalho com sentido; a perda de função fazia — como conseqüência — haver um descaso com a realização das tarefas relacionadas;

f) apesar da perda de importância o trabalho continuava sendo feito (por isto "ritual") e a gerar irritações (para usuários e funcionários), perda de tempo, demoras, atrasos, etc. (por exemplo, o que acontecia sempre que alguém extraviava o número de matrícula no Posto era um "rosário" de dificuldades, procuras — geralmente inúteis — e insatisfações de diversos tipos e graus.

Além dos aspectos descritos até agora havia ainda uma área de interesse para caracterizar o problema a ser resolvido que devia ser explorada: os impressos usados pelos Postos de Saúde.

Suas características e as dificuldades relacionadas a elas são uma parte importante a considerar para chegar a uma equação do que deverá ser resolvido por qualquer intervenção sobre eles. Observou-se, em relação aos impressos que:

a) havia inúmeros tamanhos (quando a variação de ta-

manho não era necessária) dos impressos e diferentes dos tamanhos usualmente considerados "padrão" por gráficas, editoras, etc.;

b) havia, em um único impresso, várias posições das letras no papel (por exemplo, um cartão com quatro faces —tipo "caderno" — tinha letras impressas em quatro direções diferentes: duas horizontais — uma para cima outra para baixo — e duas verticais — uma da esquerda para a direita e outra da direita para a esquerda);

c) havia um manuseio que variava de impresso para impresso: um dobrava uma vez, outro várias vezes, outros não dobravam, em um se escrevia em uma (ou várias) posição(ões) em outros em outra (e até outras!), etc.;

d) havia uma grande quantidade e variação de movimentos para lidar com os impressos (e, na maioria, movimentos desnecessários);

e) havia uma relativamente grande dificuldade para localizar (organização no prontuário) o impresso e, nele, a informação de interesse;

f) quando se localizava a informação, nem sempre a leitura era fácil de realizar (pelo tipo de registro feito — letra, por exemplo — e pela falta de definição de procedimentos para preenchimento);

g) havia impressos com muitas partes em branco deixando sem definir o que escrever. Às vezes havia registros dissertativos irrelevantes e que tomavam tempo, ao serem lidos para verificar "se eram importantes".

Nos Quadros 10.1 e 10.2, pode-se ver um exemplo de impresso (sobre o mesmo assunto que será exemplificado nos "Resultados" deste Estudo) que existia no Posto. Seu tamanho excede o tamanho considerado "ofício" por cerca de um centí-

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA E À MATERNIDADE
D. A. I. M.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Clas.: _____
Matric.: _____
Data ____/____/ 19____

Nome: _____ Cônjuge: _____

Estado civil: _____ Idade: _____ Côr: _____ Ident.: _____ Prof.: _____ Nac.: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Antec. Familiares: _____

Antec. Pessoais: _____

Menarca: _____ Menstruações: _____ Última Menstr.: _____

Gestações Ant.: _____ Abortos { Expont.: _____ Provoc.: _____ } Partos { Normais: _____ Operat.: _____ }

EXAME FÍSICO GERAL

Estado Geral: _____ Temperatura: _____ Pulso: _____ P. A. _____

Aparelho Respiratório: _____

Aparelho Circulatório: _____

Aparelho Urinário: _____

Aparelho Digestivo: _____

Observações: _____

EXAME OBSTÉTRICO

Inspeção: _____ Palpação: _____

Percussão: _____ Ausculatação: _____

Alt. do Útero: _____ Idade da Gravidez: _____ Apresentação: _____

PELVIMETRIA

B. E.: _____ B. C.: _____ B. T.: _____ Conj. Externo: _____

ÓRGÃOS GENITAIS

Mamas: _____

Genitais Externos: _____

Genitais Internos: _____

Data Provável do Parto: _____

Observações: _____

Quadro 10.1. Aspecto reduzido da frente da "Ficha de Pré-Natal" (correspondente à "Ficha Obstétrica") existente nos Postos de Saúde antes da realização do trabalho relatado neste Estudo.

EXAMES COMPLEMENTARES

Data:

EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ

DATA	PESO	P. A.	ALTURA	CIRCUNSF.	FÓCO	INTERCORRÊNCIA	TRATAMENTO

Quadro 10.2. Aspecto (reduzido) do verso da "Ficha de Pré-Natal" existente nos Postos de Saúde antes da realização do trabalho relatado neste Estudo. A frente da "Ficha de Pré-Natal" está ilustrada no Quadro 10.1.

metro de cada lado. Nos prontuários encontrava-se o impresso rasgado e "esfarelando" na parte que excedia o tamanho dos demais.

Os espaços em branco não têm tamanho correspondente à informação que deve ser registrada (veja o item "identidade", o item "data provável do parto" e o item "idade da gravidez" no Quadro 10.1) ou havia espaços grandes em branco "exigindo" preenchimento que depois só seria, provavelmente, lido se o mesmo profissional atendesse a paciente e tivesse o prontuário em mãos (ver Quadro 10.2).

O conjunto do impresso (frente vista no Quadro 10.1 e verso no Quadro 10.2) não destaca suficientemente as informações importantes ou conjuntos de informações "nivelando-as" (pelo menos aparentemente) por igual.

O impresso ilustrado devia ser dobrado para poder ser guardado no "envelope-prontuário".

No conjunto (impressos, registro, numeração, arquivamento...) o sistema ao mesmo tempo que era uma exigência era uma (ou quase) inutilidade.

Por que, então, se continuava a realizar tal "ritual"? Parece que, em parte, pode-se dizer, quem exige ou "manda" o trabalho ser feito não o faz ou não se expõe ao que acontece ao fazê-lo. Também não se percebe com facilidade o que está envolvido. Por outro lado, já se salientou, também que a existência, em si, de impressos e outros aspectos do ambiente induzem a "fazer algo com eles". Acrescente-se a isso a passagem dos mais velhos para mais novos como forma de treinamento dos novos funcionários e a "inércia da tradição" fortalecerá o "ritual".

Também pode ser interessante considerar que rapidez, clareza e facilidade da informação exigiriam novos — e talvez competentes — procedimentos de trabalho, o que poderia ser

algo evitável (esquiva?) por parte de algumas pessoas. Nesse sentido a dificuldade "justifica" não se fazer diferente do que "atender do jeito que dá" (a culpa no caso é do "sistema"!).

A ausência de registro, sua inadequação ou não localização também podiam servir como uma espécie de "impunidade" para o caso de "haver algum problema" para os profissionais dos Postos de Saúde. Às vezes era interessante não se saber exatamente o que aconteceu. Isto era mais uma forma de evitamento de conseqüências aversivas que podia fazer com que não se mexesse com o "sistema".

Este Estudo relatará uma parte — em forma de exemplos — ilustrando o que se fez em relação a lidar com os problemas descritos de forma a tentar fazer com que registros, numeração, arquivamento e impressos se tornassem uma condição para favorecer (ou aumentar a probabilidade de ocorrência) classes de respostas adequadas para um bom — ou efetivo — atendimento em relação à saúde do usuário dos Postos de Saúde.

MÉTODO

Participantes

Os participantes do trabalho relatado por este Estudo foram, principalmente, os mesmos dos Estudos 8 e 9.

Além deles, porém, houve a participação de profissionais diretamente envolvidos com o uso do impresso ou do procedimento em estudo. Esse segundo tipo de participante, portanto, foi variado, inclusive na quantidade (variaram em número) e na freqüência de participação (alguns tiveram uma consulta, fizeram o teste ou deram uma entrevista, outros participaram durante todo o processo).

Material

Além do material acadêmico comum (lápis, papel, borracha, etc.) usou-se roteiros de observação e de entrevista simples para auxiliar o trabalho.

Um tipo de material importante foram os impressos antigos dos Postos de Saúde e, ocasionalmente, impressos semelhantes usados por outras instituições. Tanto impressos em branco quanto impressos contendo informações registradas.

Ambiente

Foi utilizado o mesmo ambiente descrito nos Estudos 7, 8 e 9. Além dele, porém, foram realizadas atividades em ambientes variados conforme a fase do trabalho e o impresso em jogo.

Procedimento

A maneira de trabalhar relativa ao que é relatado neste Estudo variou conforme o objeto de estudo, constituindo quatro tipos de procedimento. Cada um deles será descrito sob um título correspondente ao que se refere na seção de "Resultados".

1. Prontuário.

Em relação ao tipo e características do prontuário de cada usuário no Posto desenvolveu-se um procedimento com a seguinte seqüência de atividades:

a) levantamento dos problemas existentes com os prontuários.

Um dos participantes fez um levantamento junto com funcionários de cada Posto de Saúde a respeito de problemas com os prontuários e sistematizou essas informações;

b) debate, caracterizando o problema e organizando alternativas de solução.

Os participantes, em conjunto, debateram o que caracterizava os problemas relativos aos prontuários usados nos Postos de Saúde e as alternativas de solução que poderiam ter.

O debate foi registrado e organizado em um documento (como nos Estudos 8 e 9) e serviu como material utilizado na atividade seguinte.

c) estudo dos problemas relacionados aos prontuários utilizados nos Postos de Saúde.

Foi constituído um grupo de estudo (quatro dos participantes) que elaborou um documento com as vantagens e desvantagens de cada alternativa indicada no debate. O docu-

mento foi submetido aos demais participantes individualmente para leitura, apreciação e comentários por escrito.

d) debate em conjunto, propondo as características do prontuário a ser utilizado nos Postos de Saúde.

Em seguida todo o grupo de participantes debateu em conjunto as diversas alternativas chegando a um consenso sobre as características do prontuário a ser utilizado.

O debate transformou-se em um documento contendo a descrição do prontuário a ser implantado com as considerações a respeito das razões para a modificação do sistema existente até então.

O documento voltou a ser apreciado sendo submetido a várias correções até sua formulação final.

As quatro atividades (a, b, c e d) ocorreram em um período de, aproximadamente, quatro meses. Não se tem dados a respeito da duração precisa de cada atividade.

2. Numeração e arquivamento dos prontuários de clientes nos Postos de Saúde.

Quanto à numeração e aos procedimentos de arquivamento de prontuários nos Postos de Saúde foi desenvolvida uma seqüência de seis atividades para definir a "solução" a ser implantada.

a) observação nos Postos de Saúde.

Logo que foi considerada no grupo de participantes a existência do problemas quanto à numeração e ao procedimento usado para arquivar prontuários, foram designados alguns dos participantes para observar, nos Postos de Saúde, o que ocorria em relação a esses dois itens.

As observações não seguiam roteiro previsto, consti-

tuindo-se em relatos do que havia sido observado. As observações foram feitas em apenas uma área (seis Postos de Saúde) uma vez que a maneira de numerar e arquivar prontuários era a mesma para toda a rede de Postos (56 unidades).

As observações foram organizadas em um documento único e constituiu-se na informação central da atividade seguinte.

b) debate, caracterizando o problema e sugerindo alternativas de solução.

Nesta atividade (constituiu-se de várias sessões com duração variada entre uma e três horas cada uma) o grupo de participantes, em conjunto, debateu entre si as características do problema e as alternativas de solução a partir da leitura do documento que continha o registro organizado do que havia sido observado.

O debate foi registrado e o registro (feito por três dos participantes) transformado em um documento (um dos que registravam o elaborou) que foi utilizado na atividade seguinte.

c) estudo e proposta de solução.

Foi constituído um grupo de cinco participantes que deveria estudar as alternativas propostas explicitando as vantagens e desvantagens de cada uma. O grupo contou com uma participação oscilante de um a cinco no decorrer das várias sessões de estudo (foram feitas aos poucos e informalmente, estendendo-se por dois meses, aproximadamente). O grupo deveria terminar o trabalho apresentando-o em um documento organizado.

Quando concluído, o documento foi colocado à disposição dos demais participantes para estudo individual e observações de cada um por escrito.

d) debate sobre solução e linhas gerais de implantação.

A partir do documento elaborado na atividade anterior os participantes, reunidos em conjunto, debateram as alternativas, a proposta de solução e linhas gerais (critérios e princípios) que deviam ser garantidas para implantação da solução proposta. As "linhas gerais" surgiram durante o debate (não havia sido planejado seu exame para essa atividade) e foram incorporadas ao debate como parte dele.

A partir dos registros e das características do debate, definiram-se ainda duas atividades para continuar a elaboração das medidas para implantação do que havia sido decidido.

e) estudo sobre a implantação dos procedimentos relativos a numeração e arquivamento de prontuários.

Novamente constituiu-se um grupo de estudo que deveria produzir um "plano de implantação" do que havia sido decidido pelo conjunto de participantes, a partir dos princípios e critérios explicitados no debate da atividade anterior.

O grupo foi composto por, basicamente, cinco participantes (apenas três foram constantes) e variou de um a cinco presentes em cada sessão de trabalho. A cada sessão (foram, aproximadamente, cinco a sete sessões) retomava-se o trabalho que havia sido realizado (reestudava-se) e prosseguia-se a partir disso.

O trabalho foi organizado em um documento (registro organizado e apresentado com um texto sob a forma de dissertação) que após, lido individualmente pelos participantes, foi usado na atividade final deste procedimento.

f) debate e decisão.

O documento escrito foi debatido e criticado, inserindo-se nele modificações e acréscimos que o tornavam mais

adequado ao objetivo a que se propunha. O debate foi feito por todos os participantes em conjunto e gerou um documento final sobre a implantação do sistema de numeração e arquivamento (este foi aglutinado com as decisões finais sobre o prontuário).

3. Documentação.

Em relação ao exame e proposição dos impressos que eram (ou seriam) utilizados pelos funcionários nos Postos de Saúde foi desenvolvida uma seqüência de atividades que terminaram com o "desenho" (um modelo) de cada um dos impressos que seriam usados. Em linhas gerais as atividades componentes da seqüência foram as mesmas para os diversos impressos estudados e construídos (modificados, eliminados, "inventados", etc.). Serão indicadas, para cada atividade, as variações que existiram em relação à construção dos diferentes impressos. Três tipos de impressos foram relatados nos Estudos 7, 8 e 9 (respectivamente, "mapa de orientações de saúde", "mapas de agendamento" e "ficha de fluxo e aprazamento") e se constituiram em impressos necessários como decorrência das próprias definições do atendimento ao público nos Postos de Saúde. O procedimento de sua construção derivou do próprio problema que eles deveriam ser parte da solução.

Em relação aos demais impressos a seqüência de atividades básica foi a que se descreve a seguir.

a) <u>surgimento do problema</u>.

O problema geral a respeito dos impressos surgiu no início do trabalho quando foi explicitada a necessidade de rever os impressos e o sistema de organização dos documentos usados e existentes nos Postos de Saúde. Seguiu-se a isto um debate a respeito de "o que acontecia com os impressos no Departamento de Saúde da Comunidade"? O debate gerou uma série

de verbalizações que constituiram o primeiro conjunto de considerações organizadas (o registro do debate foi transformado em um documento) sobre os impressos utilizados nos Postos de Saúde da rede do município.

b) levantamento sobre as características dos impressos usados pelos Postos de Saúde.

A seguir foram organizados todos os impressos utilizados nos Postos em um conjunto e identificados sua função, procedimento de uso, sistema de arquivamento, preenchimento, etc.. O material foi submetido a exame e estudo individual e, em seguida, realizou-se um debate a partir do que cada participante havia detectado ao examinar individualmente os impressos.

O debate foi registrado e sistematizado sob a forma de um documento de estudo. O debate também chegou a produzir alguns critérios e princípios de trabalho que constituiram parte do procedimento usado a seguir para desenvolver os estudos sobre cada um dos impressos necessários nos Postos de Saúde.

c) exame de cada impresso.

A atividade seguinte já foi feita para cada impresso separadamente. Basicamente ela se constituiu em uma entrevista feita por um psicólogo ao profissional mais diretamente envolvido com o impresso em foco. Nessa entrevista (era uma entrevista aberta em que o entrevistador participava dando opiniões e sugestões, além de fazer perguntas) procurava-se obter do profissional as críticas ao impresso antigo, sugestões de mudança, descrições do que era relevante examinar, saber ou obter com o trabalho ao qual o impresso se referia, etc.. Foi freqüente haver, além de um psicólogo, um assistente social participando da entrevista. Nos impressos estudados por último a participação de um psicólogo foi ocasional.

As informações retiradas da entrevista foram sistematizadas e, geralmente, foram submetidas ao profissional entrevistado algum tempo depois para que ele as completasse, corrigisse, etc..

Quando as informações fossem julgadas completas passava-se para a atividade seguinte da seqüência;

d) desenho do modelo do impresso.

Com as informações resultantes da atividade anterior, um dos participantes (nos primeiros impressos, geralmente um dos psicólogos e nos últimos qualquer participante que se interessasse por fazer a tarefa) elaborava um desenho do impresso de acordo com alguns princípios explicitados no debate inicial (criticando impressos antigos): as informações deviam ser organizadas em conjuntos significativos bem destacados uns dos outros (traços mais ou menos grossos ou letras maiores ou menores, etc.), as informações deviam ter uma função bem definida em relação aos objetivos do trabalho, o espaço para registro devia ser adequado às possibilidades de preenchimento, o preenchimento devia ser simplificado ao máximo, o impresso devia estar de acordo com os demais impressos de uso dos Postos, etc..

Quando o desenho estivesse pronto (isto incluía uma lista de aspectos relacionados ao procedimento para seu uso) o desenho era submetido à crítica de alguns dos participantes incluindo o profissional mais diretamente envolvido com o uso do impresso. Geralmente eram retomadas a entrevista e as críticas feitas ao impresso antigo, verificando se o impresso estava completo, adequado, mais fácil de lidar, etc.. Não necessariamente todas as entrevistas nessa fase continham várias pessoas e quase todas se estenderam por várias sessões de aproximadamente duas horas.

Houve casos em que o profissional mais envolvido com

o impresso ficasse com ele para estudos vários dias, trazendo suas sugestões, críticas e comentários para debate no grupo que participava (geralmente duas ou três pessoas) do exame do desenho.

Quando houvesse uma versão final o desenho era apresentado a todo o grupo de participantes para debate. Algumas vezes os impressos foram submetidos a vários grupos de profissionais do Departamento ou a vários profissionais da categoria mais envolvida com o uso do impresso;

e) teste do impresso.

Quando o desenho fosse considerado bom, iniciava-se o que foi denominado "teste".

Em alguns casos fez-se inicialmente um teste "simulado". Neste alguém preenchia o impresso a partir de situações fictícias (semelhantes às reais) criadas de propósito para testagem do impresso.

O teste simulado era observado por um dos psicólogos-participantes de forma a se ter informações sobre aspectos do impresso (dificuldades, por exemplo) e do procedimento para seu uso.

Ao final a pessoa que preencheu relatava seus comentários que eram incorporados às observações feitas.

Se fosse necessário, o desenho do impresso era refeito com base nas observações feitas antes de passar para o "teste real".

Na fase de teste real, o impresso era copiado e utilizado nas situações para as quais era previsto e pelo profissional que o usaria.

Sempre que possível o funcionário era observado também usando o impresso. Quando não era possível (ou não era adequado) examinava-se apenas o impresso preenchido e entre-

vistava-se quem havia utilizado o impresso (a entrevista era minuciosa e solicitava comparação com o uso do impresso antigo correspondente, se fosse o caso).

Os dados observados eram integrados ao impresso ou ao procedimento para seu uso e, se fosse o caso, se fazia um novo desenho do impresso.

A testagem, no caso de novo desenho, era refeita até que se obtivesse um desenho satisfatório. Quando isso ocorresse, iniciava-se a atividade seguinte do procedimento;

f) construção do documento propondo cada impresso.

Com todas as informações das observações e o modelo final do documento elaborava-se um documento explicitando a proposta (apresentando e descrevendo) do impresso e das linhas gerais do procedimento de seu uso. O documento era escrito por um ou dois dos participantes (geralmente houve um psicólogo nos impressos iniciais e um assistente social nos últimos, os demais participantes variaram) e depois era colocado à disposição para estudo por cada um dos participantes.

Em seguida havia um debate em conjunto onde se retomava o processo de elaboração do impresso e se decidia por suas características e forma de implantação.

4. Procedimentos de uso dos impressos.

Com as atividades de construção dos impressos registrava-se uma série de informações sobre o procedimento de uso de cada um deles. Era necessário, porém, sistematizá-los de forma a torná-los explícitos e acessíveis.

Para isto, foram desenvolvidas algumas atividades:

a) elaboração de um documento descrevendo o uso do impresso.

Geralmente um ou dois dos participantes mais envol-

vidos com a construção do impresso escreviam um documento descrevendo como o impresso deveria ser usado pelas diferentes pessoas que lidariam com ele. Tentou-se sempre construir o documento sob a forma de um "manual de procedimento" construído como um programa de ensino (ou de um texto programado) com informações dosadas, exigência gradativa de desempenho em relação ao impresso e com conseqüências informativas sobre o desempenho.* Nos primeiros "manuais programados" houve a constante participação de um psicólogo. Nos últimos vários dos participantes já o faziam e a presença ou participação de psicólogos na construção dos "manuais de procedimento" era igual a dos demais.

Quando o documento estivesse pronto era submetido à apreciação dos demais em duas oportunidades: em estudo individual (ou em pequenos grupos conforme preferissem os leitores) e em debate em conjunto com os demais participantes.

As observações registradas em uma e outra oportunidade serviam como elementos para corrigir ou melhorar o texto. Isto era feito até que se obtivesse um texto satisfatório;

b) teste do "manual de procedimento".

Após a elaboração final os "manuais de procedimento" eram colocados em uso com grupos pequenos de funcionários que lidavam com o impresso. A cada grupo observava-se (o próprio aplicador do "manual" registrava o que ocorria) o que acontecia e se modificava o "manual" para o grupo seguinte de funcionários a serem treinados.

---

* Houve um trabalho bastante extenso sobre recursos de treinamento onde são descritos os princípios, procedimentos e administração em relação a esses "manuais programados" (Gonçalves, Rosenburg e Botomé, 1980) e cujo relato não faz parte deste texto.

Aos poucos diminuiam as observações e chegava-se a uma forma "mais aperfeiçoada".



RESULTADOS

Os resultados relativos à parte do trabalho que é relatada neste Estudo podem ser organizados em cinco conjuntos: 1. prontuário; 2. numeração dos prontuários; 3. arquivamento; 4. documentação e 5. procedimentos de uso.

1. Prontuário.

O prontuário de cada usuário do Posto deixou de existir passando a ser um "prontuário familiar". Os envelopes em que se "armazenava" os papéis a respeito de cada usuário desapareceram sendo substituídos por "pastas suspensas" onde são organizados em ordem (presos em uma seqüência definida) os documentos relativos às informações de uma família. A seqüência de documentos é iniciada por dados gerais da família, seguida pelos documentos relativos à mãe da família e continuada pelos documentos dos filhos e, no final, os dos demais adultos.

O nome do responsável pelo prontuário (e, para os interesses dos Postos de Saúde, pela família) ficou sendo o nome da mãe da família.

Os documentos são presos de uma forma que possam ser lidos com o material na mesma posição (como se fosse um livro) sem necessidade de virá-lo ou de manuseá-lo em diferentes posições. Desta forma o verso de uma página compõe um conjunto com a seguinte quando o prontuário estiver aberto (com exceção da primeira e última páginas).

À medida que houver novos membros da família que iniciem a participação nas atividades do Posto de Saúde, os documentos relativos a eles serão colocados em um conjunto e

numa seqüência como se fossem um "capítulo de um livro". A mesma pessoa, em diferentes épocas de sua "história de atendimento" no Posto de Saúde, terá seus registros em ordem cronológica dentro do "capítulo" a seu respeito.

Os "dados gerais" da família não serão repetidos, sendo apenas atualizados dentro de um critério temporal ou quando o prontuário for movimentado depois de uma interrupção (também critério temporal).

Cada membro da família terá os registros dos diferentes serviços recebidos por ele no Posto reunidos em um conjunto como se fosse uma unidade. Não haverá mais arquivos por tipos de serviços do Posto (odontologia, pré-natal, etc...).

2. Numeração dos prontuários.

O sistema de numeração dos prontuários nos Postos de Saúde passou a ser feito através de um número composto por três conjuntos: um "número-prefixo", um "número de ordem" e um "número-sufixo".

O "número-prefixo" é composto pelo número do ano em que o prontuário é "aberto" (alguém da família inicia atendimento no Posto) e é permanente (não muda a cada ano).

O "número de ordem" é um número de quatro dígitos corresponndendo ao número de ordem da seqüência de famílias inscritas no Posto em um determinado ano (poderia, dessa forma, haver até 9.999 novas famílias inscritas a cada ano).

Por exemplo, a quinta família inscrita em um ano qualquer receberia o número 0005, a vigésima inscrita o número 0020, e assim por diante. O número inteiro será composto pelo número de ordem precedido pelo número do ano da inscrição. Supondo que as famílias do exemplo (a quinta e a vigésima inscritas) estivessem sendo inscritas em 1981, os núme-

ros de seus respectivos prontuários seriam 1981-0005 e 1981-0020. Nos anos posteriores outras famílias podem ter o mesmo número de ordem (0005 e 0020) mas que serão precedidos por prefixos diferentes (por exemplo: 1981, 1982...) compondo números complexos que permitirão uma continuidade perene na numeração dos prontuários (por exemplo, 1981-0005, 1982-0005, 1983-0005, etc.).

Além desses dois números, ainda há o "número sufixo" que é formado pelos dois dígitos finais do último ano em que o prontuário foi "movimentado". Por exemplo, um prontuário que foi inscrito em 1981 terá seu número composto da seguinte forma: 1981-0005/81. Se em 1982 ele for "movimentado" (algum componente da família freqüentar o Posto de Saúde alguma vez em 1982) ele terá, em 1982, seu número alterado para 1981-0005/82. Caso ninguém da família freqüentar o Posto nesse ano, seu número permanecerá o mesmo (1981-0005/81) até que alguém da família o "movimente".

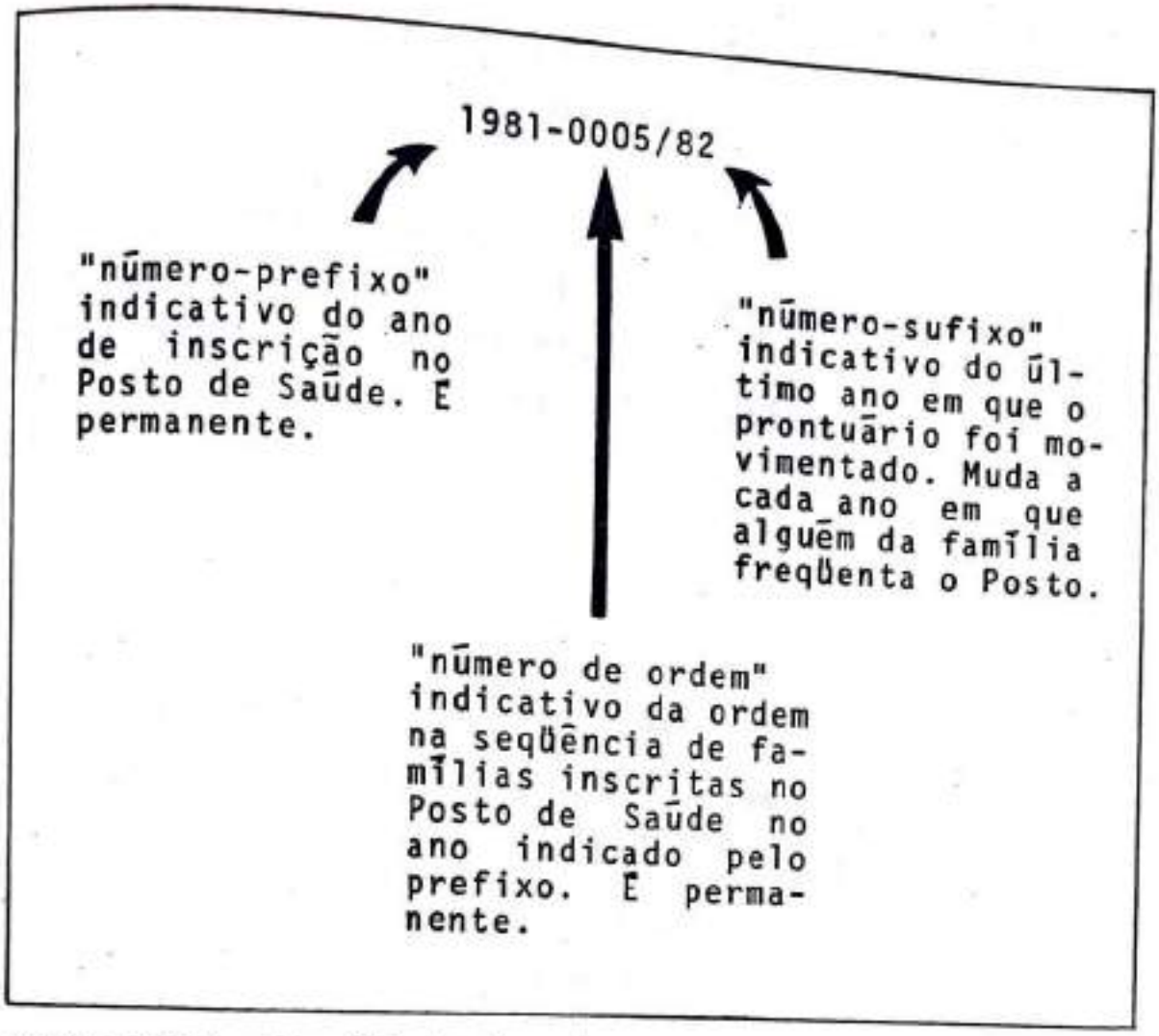
A cada ano, os prontuários com sufixo parados cinco anos antes serão retirados dos arquivos. Por exemplo, em janeiro de 1981 os prontuários com sufixos de 75 (ano de 1975) serão retirados dos arquivos e transferidos para um depósito (arquivo morto).

Em resumo, cada prontuário familiar terá um número composto por três partes com diferentes funções como se pode ver na ilustração do Quadro 10.3.

3. Arquivamento.

Com o número composto de cada prontuário ficou possível (e fácil) arquivar os prontuários seguindo alguns critérios.

Em primeiro lugar, os prontuários deverão ser arquivados em seqüência de inscrição (os dois primeiros números



Quadro 10.3. Significado dos números componentes do número composto correspondente a cada prontuário familiar do Posto de Saúde.

componentes do número composto.

Haverá um "arquivo-índice" para colocar apenas o nome de todos os usuários com o número do prontuário de sua família. Caso a pessoa extravie o número do prontuário de sua família, o nome de qualquer componente da família servirá para localizar o prontuário rapidamente.

A cada período em que a documentação deva ser "retirada para arquivo-morto" (há legislação específica sobre isso) bastará olhar os números-sufixos que correspondam a um período maior do que o período mínimo para isto (por exemplo, em

cinco anos sem movimento, o prontuário é considerado "caduco"), nos anos de inscrição anteriores ao prazo crítico (por exemplo: em 1981 basta olhar os sufixos dos prontuários anteriores a 1976).

O sistema — único para todos os serviços do Posto — coloca todos os dados de um cliente reunidos e organizados em um mesmo prontuário, sistematizados em uma organização bem definida e funcional.

4. Documentação.

A documentação (os impressos todos) usados pelos Postos de Saúde passou a ser elaborada segundo alguns critérios:

- integrada — de acordo — com os demais impressos e documentos de uso pelos Postos de Saúde;
- a partir dos objetivos e características dos serviços em que fosse utilizada;
- de fácil leitura;
- agradável de ver;
- de rápido preenchimento;
- de fácil localização;
- de manuseio muito simples;
- o mais possível, em tamanhos facilmente encontrados (por exemplo, tamanho-ofício — 31,5 x 21,5cm em cada folha).

Os critérios orientaram a construção e o estudo de diversos documentos. Relatar-se-á neste Estudo apenas um deles: a documentação do registro do atendimento médico de Pré-Natal (Ficha Obstétrica).

No Quadro 10.4, pode-se observar a primeira página da Ficha Obstétrica.

Nela se observa oito conjuntos de informações: o cabeçalho (localização da instituição, nome da ficha, nome do Posto de Saúde); dados de identificação (primeiro retângulo na parte superior) e seis retângulos sobre os dados médicos obtidos (ou que deviam ser obtidos) na primeira consulta de uma gestante em qualquer de suas gestações.

O conjunto sobre "antecedentes pessoais" é dividido em dois sub-conjuntos: moléstias e cirurgias.

O conjunto "Anamnese obstétrica pregressa" é uma espécie de tabela organizando as informações sobre as gestações anteriores.

No conjunto da página pode-se ver a separação entre os conjuntos e os vários tipos de letras usados para destacar informações ou nomes de conjuntos de informações. Há seis tipos de letras usados para garantir a organização das informações.

O preenchimento exige respostas (ações) simples do médico. Algumas vezes apenas sinalizar (colocar um sinal em um quadradinho), outras colocar uma palavra ou poucas, caracterizando o dado solicitado.

O primeiro retângulo ao alto (IDENTIFICAÇÃO) é para ser preenchido pelo funcionário do expediente. Os demais pelo médico obstetra na primeira consulta de uma gestante em cada uma de suas gestações. O médico deve preencher com um traço

---

* O desenho e teste deste impresso contou com a participação do médico obstetra Arnaldo Luiz Martins, sem a qual o trabalho dificilmente seria feito como o foi. Dr. Arnaldo continuou suas observações e debates com os médicos obstetras, funcionários do D.S.C., após o modelo aqui relatado, que sofreu alterações, adaptando-se a novas necessidades e novos dados sobre seu uso.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

FICHA OBSTÉTRICA
1.a CONSULTA

FICHA OBSTÉTRICA - FOLHA 1

POSTO DE SAUDE: .....

Data de Abertura: ...../...../ 19.....

IDENTIFICAÇÃO: NOME: ..... Idade: .....
Procedência: ..... Nacionalidade: .....

N.º do Prontuário: .....
N.º de Inscrição na Área: .....

Q. D.: .....

ANT. FAMILIARES

	Pat.	Mat.
Diabetes . .	☐	☐
Gemelar . .	☐	☐

Outros: .....

ANTECEDENTES PESSOAIS

MOLÉSTIAS

☐ Sífilis ☐ Diabetes ☐ Rubéola
☐ Epilepsia ☐ Passado Reumático
Doença Renal: .....
Outras: .....

CIRURGIAS

☐ Colpoperineoplastia
☐ Manchester ☐ Fístulas
☐ Mastectomia ☐ Plást. Mamária
☐ Miomectomia Cesárea: .....
Outras: .....

ANT. MENSTRUAIS/ANAM. OBST. PREGRESSA

Menarca: ..... Ciclo Menstr.: .....
Esterilidade: .....
Mét. Anticoncep.: .....
Paridade: ..... Últ. Parto há .....
Abortamentos: .....
N.º de filhos vivos: .....

ANAMNESE OBSTÉTRICA PREGRESSA

GESTAÇÃO	PRÉ-NATAL	EVOLUÇÃO DAS GESTAÇÕES ANTERIORES					PUERPÉRIO	LACTAÇÃO	FILHOS			
		DATA	TIPO	IDADE GEST.	INTERC.	OBSERVAÇÃO			SEXO	PESO	VITALIDADE AO NASCER	ESTADO ATUAL
9												
9												
9												
9												
9												

ANAMNESE OBSTÉTRICA ATUAL

Gestação: ..... s
Última Menstr.: ...../...../.....
Ingestão de Medicamentos: .....

Dor: .....
Edema: .....

Sist. Urinário: .....
Sist. Gastro-Intest.: .....

Sist. Genital: .....
Observ.: .....

Quadro 10.4. Modelo da primeira página das quatro componentes do registro médico do atendimento de Pré-Natal (Ficha Obstétrica). A Ficha Obstétrica Original tem a folha com um tamanho igual ao de uma folha do tipo "ofício" (31,5x21,5 cm, aproximadamente).

(-) quando um dado for investigado e não for encontrado (não deve haver informações "em branco" ao final da primeira consulta obstétrica).

No Quadro 10.5, pode-se observar a página (verso da página que se pode ver no Quadro 10.4) correspondente aos dados de registro ainda da primeira consulta obstétrica. Há quatro conjuntos de informações sobre as condições da gestante.

O primeiro conjunto (primeiro retângulo de cima para baixo) corresponde aos dados obtidos no "exame físico geral". O segundo conjunto se refere aos dados obtidos no "exame obstétrico" e está sub-dividido em dois sub-conjuntos: o sub-conjunto da esquerda para ser usado quando a primeira consulta ocorresse nos três primeiros meses de gestação (1º trimestre) e o sub-conjunto da direita quando a primeira consulta ocorresse a partir do quarto mês de gestação (2º e 3º trimestres).

No terceiro conjunto o registro refere-se ao "diagnóstico e condutas da primeira consulta" e deve resumir o que o médico "concluiu e providenciou" como decorrência de suas observações.

O último conjunto (quarto retângulo de cima para baixo) corresponde aos registros de "resultados de exames" solicitados pelo médico.

Finalmente, na parte inferior, à direita, há local para registro da "DATA PROVÁVEL DO PARTO" de uma forma a poder ser vista continuamente pelo médico.

No conjunto da organização e dos aspectos visuais, bem como da maneira de preencher, a segunda página (Quadro 10.5) tem as mesmas características da primeira página (Quadro 10.4).

No Quadro 10.6, pode-se ver uma redução da terceira página da "Ficha Obstétrica". Ela é constituída de um quadro

EXAME FÍSICO GERAL

Aspecto Geral: Bom ☐ Reg.: ☐ Mau ☐
Mucosas:
P. A.: Temperatura:
Pulso: Psiquismo:
Cabeça: Pescoço:
Torax:
Abdomen:
Giordano: Pres. ☐ Aus. ☐ Membros:
Observ.:

EXAME OBSTÉTRICO

1.º TRIMESTRE

Mamas:
Abdomen:
Toque:
Anexos:
Especular:

2.º E 3.º TRIMESTRES

Mamas:
Alt. Uterina: Apresentação:
Foco: Pres. ☐ Aus. ☐ Choque Fetal: Pres. ☐ Aus. ☐
Toque: Bacia:
Especular:

DIAGNÓSTICO E CONDUTA DA 1.a CONSULTA

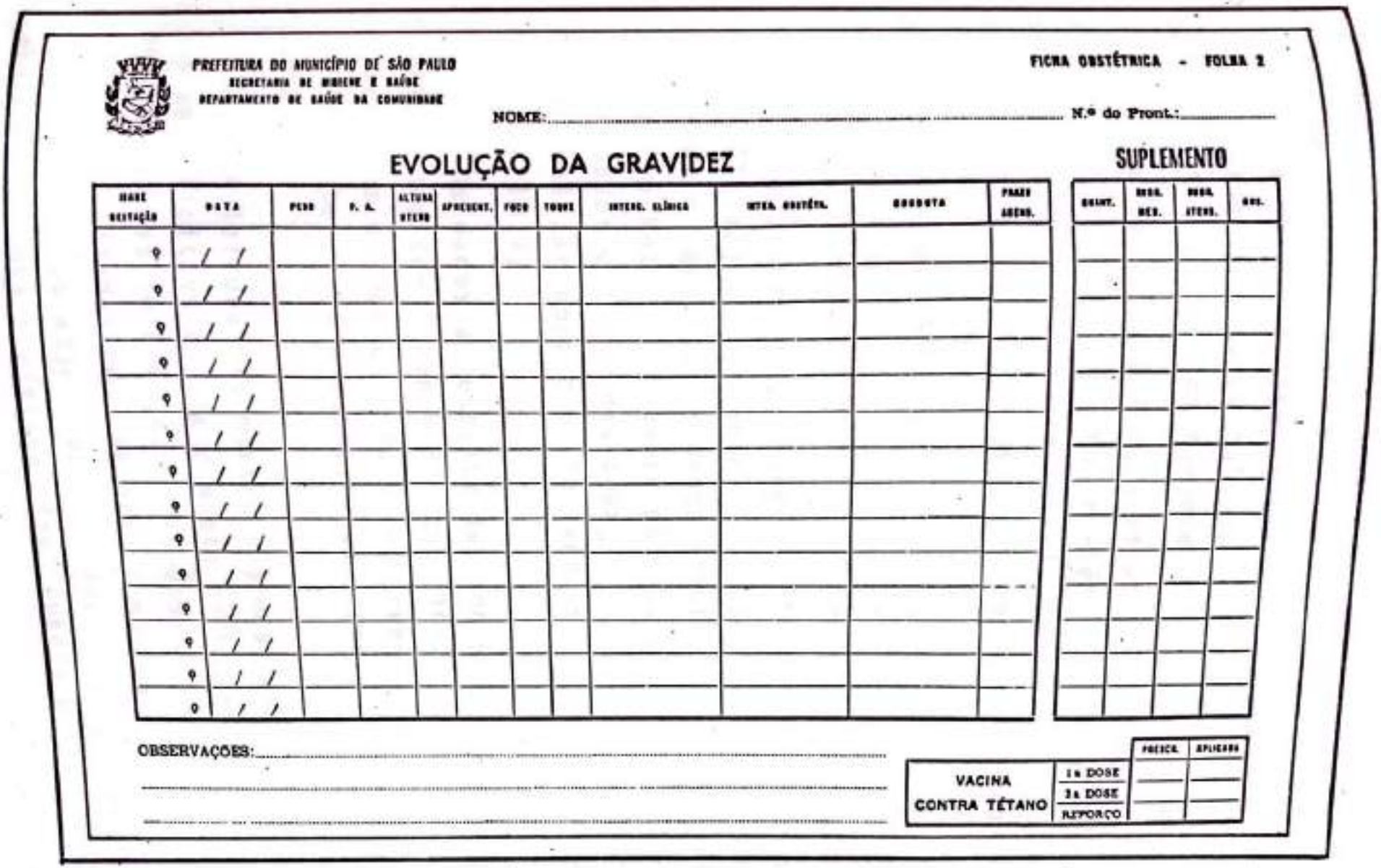
CLINICO:
OBSTETRICO: Paridade Idade Gest.: Vitalidade Fetal: Prenhez: Mult.: Apresent.:
PATOLÓGICO OBSTETRICO:
EXAMES SOLICITADOS: Rotina Outros:
CONDUTA:

RESULTADOS DE EXAMES

Teste de Gravidez: Pos. ☐ Neg. ☐ Rh: Pos. ☐ Neg. ☐ G.S.: Hb.: Hto.: VDRL: Cit. Onc.:
Urina 1: Proto Parasito:
Outros:
Marido: Rh: Pos. ☐ Neg. ☐ G.S.: VDRL: Outros:

DATA PROVÁVEL DO PARTO:___/___/___

Quadro 10.5. Modelo da segunda página das quatro componentes do registro médico do atendimento de Pré-Natal (Ficha Obstétrica). A página contém a indicação dos dados a serem obtidos em continuação à primeira página para a primeira consulta obstétrica em uma gestação específica .



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

FICHA OBSTÉTRICA - FOLHA 2

NOME:..... N.º do Pront.:.....

EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ

IDADE GESTAÇÃO	DATA	PESO	P. A.	ALTURA UTERO	APRESENT.	FOCO	TONUS	INTERR. CLÍNICA	INTERR. OBSTÉTR.	EDEMATA	PRAZO ABERT.
♀	/ /										
♀	/ /										
♀	/ /										
♀	/ /										
♀	/ /										
♀	/ /										
♀	/ /										
♀	/ /										
♀	/ /										
♀	/ /										
♀	/ /										
♀	/ /										
♀	/ /										
♀	/ /										
♀	/ /										

SUPLEMENTO

QUANT.	MOD. MES.	MOD. ATERS.	OUT.

OBSERVAÇÕES:.....

VACINA CONTRA TÉTANO		PRESCR.	APLICADA
	1a DOSE		
	2a DOSE		
	REFORÇO		

Quadro 10.6. Modelo da terceira página das quatro componentes do registro médico do atendimento de Pré-Natal (Ficha Obstétrica). A página é disposta no prontuário de forma a ser lida em continuação à segunda página (primeira consulta obstétrica).

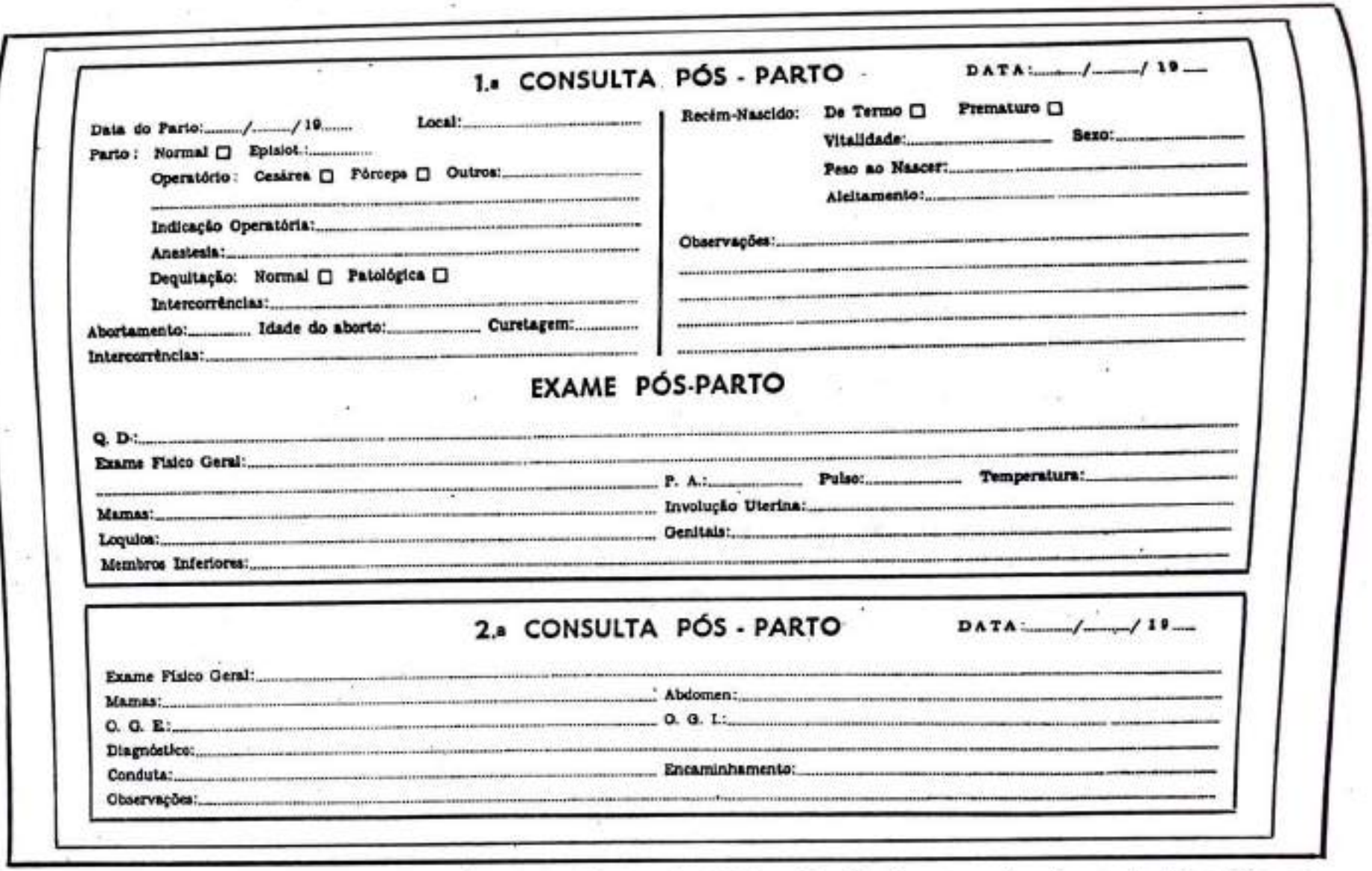
cujo preenchimento dá uma percepção organizada a respeito da "evolução da gravidez". Cada linha seria preenchida em cada consulta da gestante. Em cada coluna poderá ser lida a evolução de cada aspecto (título da coluna) no decorrer das múltiplas consultas médicas durante o período pré-natal.

Na parte inferior, à direita do Quadro 10.6, pode-se ver o registro da vacina contra-tétano. Assim que o médico prescrevesse a vacina, ele deveria indicar na Ficha de Fluxo e Aprazamento a passagem pela "vacinação" (um local definido no Posto) e a pessoa responsável preencheria o local correspondente ao item "APLICADA", colocando a data da ocorrência. O preenchimento dessa parte do Quadro é feita colocando-se a data em que cada dose da vacina é prescrita ou aplicada.

No Quadro 10.7, pode-se ver uma redução da quarta página (última) do conjunto denominado "Ficha Obstétrica" e que contém o conjunto de dados resultantes do atendimento médico do Pré-Natal. A quarta página, especificamente, refere-se aos dados obtidos das duas consultas que as gestantes deveriam realizar após o parto (ver os dois grandes retângulos no Quadro 10.7).

Os dados a respeito das condições da usuária no pós-parto podem ser preenchidos com sinalizações ou com poucas observações do médico. Ao serem preenchidos compõem um "mapa" bastante claro a respeito das condições da usuária após o parto.

A leitura das quatro páginas permite uma visão do que se solicitava do atendimento médico no Pré-Natal. O preenchimento das informações pressupõe exames, identificações e medidas realizadas pelo médico, dando um atendimento médico de acordo com os adjetivos indicados no Estudo 2: "atenção médica cuidadosa e efetiva" (ver Quadro 2.1).



1.ª CONSULTA PÓS - PARTO

DATA:____/____/ 19__

Data do Parto:____/____/ 19____ Local:____

Parto: Normal ☐ Episiot.:____

Operatório: Cesárea ☐ Fórceps ☐ Outros:____

Indicação Operatória:____

Anestesia:____

Dequitação: Normal ☐ Patológica ☐

Intercorrências:____

Abortamento:____ Idade do aborto:____ Curetagem:____

Intercorrências:____

Recém-Nascido: De Termo ☐ Prematuro ☐

Vitalidade:____ Sexo:____

Peso ao Nascer:____

Aleitamento:____

Observações:____

EXAME PÓS-PARTO

Q. D.:____

Exame Físico Geral:____

P. A.:____ Pulso:____ Temperatura:____

Mamas:____ Involução Uterina:____

Loquios:____ Genitais:____

Membros Inferiores:____

2.ª CONSULTA PÓS - PARTO

DATA:____/____/ 19__

Exame Físico Geral:____

Mamas:____ Abdomen:____

O. G. E.:____ O. G. I.:____

Diagnóstico:____

Conduta:____ Encaminhamento:____

Observações:____

Quadro 10.7. Modelo da quarta (e última) página da Ficha Obstétrica, contendo as indicações para registro dos dados médicos do atendimento relativo às consultas "pós-parto".

5. Procedimentos de uso.

Para cada material, ou documento construído, foram elaborados "procedimentos de uso" respectivos. Os procedimentos eram descritos de maneira organizada em documentos correspondentes a cada aspecto, constituindo material de uso para o treinamento do pessoal bem como de exame e debate pelas pessoas envolvidas com o seu uso.

Tendo em vista a descrição desses documentos feita por Gonçalves, Rosenburg e Botomé (1980), não serão apresentados exemplos desses documentos no presente relato.

Em relação ao que é objeto deste Estudo foram construídos documentos contendo procedimentos de uso do sistema de arquivamento de prontuários (incluindo o sistema de numeração), do prontuário (sua montagem, manuseio e utilização) e de cada impresso utilizado nos Postos de Saúde.

DISCUSSÃO

O procedimento realizado e os resultados descritos dão uma idéia da "distância" existente e do "caminho percorrido" desde as intenções iniciais ("organização de um sistema de arquivamento funcional", "documentação simples, visual e de rápido preenchimento" e "procedimentos para utilizar arquivos e documentos") até a concretização dessas intenções (ou adjetivos!). Não basta "pensar os impressos" ou "ter idéias — mesmo que geniais — a respeito de como deve ser isto ou aquilo". Os procedimentos, às vezes longos e demorados, precisam ser cuidadosamente pensados, planejados, executados e continuamente avaliados em função do que se quer garantir (e até isto — o que se quer — precisa ser descoberto, explicitado e submetido a exame, inclusive público).

A construção, organização e administração de recursos chamados "burocráticos" (tais como os descritos neste Estudo) tem que ser feita em função ("em relação a" ou "para") os comportamentos humanos que são significativos. Eles (os recursos e os procedimentos "burocráticos") não têm significado em si próprios. Devem ser construídos e administrados de maneira a tornar existentes — e com facilidade — os comportamentos humanos de interesse.

É claro que o problema de "quais são esses comportamentos" também exige respostas conseguidas através de procedimentos adequados. Quem e como os define? O que eles permitem? A que interesses e interesses de quem eles atendem? São perguntas de diferentes tipos e níveis exigindo cuidados, procedimentos e pesquisas compatíveis com elas.

O presente trabalho não mostra uma "maneira padrão" de respondê-las nem um "procedimento-receita" para produzir as

respostas a elas. Ele é o relato de um procedimento e dos resultados obtidos por ele.

Serão discutidos a seguir os resultados obtidos e, depois, o procedimento do trabalho.

Um dos resultados obtidos foi a mudança de um "prontuário-individual" para um "prontuário-familiar". O resultado em si não pode ser dimensionado sem considerar as demais exigências para que a "mudança de um tipo de prontuário para outro" tivesse sentido. Não bastaria, por exemplo, colocar os documentos de toda a família em um envelope em vez de apenas os de cada indivíduo por envelope. Isto só pioraria o problema original em vez de contribuir para sua solução.

Garantidas as demais condições (elas serão consideradas a seguir) há algumas implicações dessa mudança que merecem destaque.

A primeira dessas conseqüências é haver maior possibilidade de lidar com variáveis responsáveis pelas atuais condições de saúde (e não apenas com as condições de saúde "em si")* e que atingem com grande freqüência os vários membros de uma família (embora o façam de maneira diferente para cada um). As condições de habitação, por exemplo, afetam diferentes pessoas da mesma família, determinadas condições de saúde dependem de condições de saúde das pessoas próximas ou as afetam, etc.. Lidar com a família como unidade de informação sobre saúde pode, nesse sentido, gerar maiores ou melhores condições para detectar variáveis determinantes das condições de saúde de alguém. E isto parece mais compatível com o trabalho de saúde pública do que lidar apenas com o indivíduo como se suas condições de saúde não fossem afetadas pelo ambiente que o cerca.

A utilidade para os profissionais parece clara: cada um teria disponíveis e organizadas as informações das várias

* Ver considerações sobre "diagnóstico em saúde" na página 44 deste trabalho.

pessoas em torno do usuário que é atendido e do ponto de vista dos vários profissionais que atendem à família, e não apenas a ele, no Posto de Saúde.

Também parece importante que a mudança de um prontuário individual (e quase apenas prontuário médico!) para um prontuário familiar dos vários atendimentos no Posto (e não apenas do médico!) favorece a passagem concreta do conceito de "atendimento médico" para o de "atendimento à saúde", este mais compatível com o trabalho de um Posto de Saúde (e não Posto de Assistência Médica como se supõe e até se nomeiam os Postos.*

A possibilidade de que a mudança de um tipo de prontuário para outro fosse significativa para contribuir com a solução do problema original, porém, ainda dependeu de outros cuidados com o prontuário. Um deles foi a organização dos registros dos membros da família como se fossem "capítulos de um livro". Cada membro da família teria os impressos (definidos e padronizados) em conjunto e numa ordem específica entre si e de um membro da família para outro. Isto facilitaria localizar (ou mesmo separar) ao atender um usuário.

Outro cuidado foi o de que os impressos (documentos) estivessem presos em ordem e pudessem ser lidos sem precisar mudar o prontuário de posição, bastando apenas "folhear" os documentos componentes do mesmo.

Esses cuidados todos pareciam voltados para aumentar a probabilidade de ocorrência da resposta de procurar, localizar, ler e usar dados registrados sobre as condições de saú-

---

* Apesar das modificações que se tem visto nos conceitos de serviços de saúde, houve uma designação administrativa por escalões superiores da administração da Secretaria da Saúde, mudando o nome dos Postos de "Posto de Saúde" para "Posto de Assistência Médica". Tal medida contraria os esforços da equipe que realizou o trabalho relatado nestes Estudos.

de do paciente e de seus familiares. A maior probabilidade de ocorrência dessas classes de respostas é deduzida pela maior facilitação de sua ocorrência. É claro que a facilitação não garante a ocorrência. Essa (a garantia) depende de um conjunto mais amplo de variáveis.

As variáveis do ambiente familiar que determinavam (ou poderiam determinar) as condições de saúde além de localizadas poderiam sofrer interferência por outros profissionais, além do médico (serviço social, educação de saúde, etc.).

Duas decorrências importantes parecem ser: 1. a possibilidade de, a partir dos novos prontuários, estudar a "história de saúde" de uma família em um período de tempo qualquer desde que ela freqüenta o Posto. Isto em si pode significar uma boa contribuição para a área da saúde e 2. a facilidade com que novos tipos de estudos poderiam ser feitos sem precisar "procedimentos" ou "aparatos" especiais para sua consecução. Os dados sobre cada família (inclusive condições de habitação) passam a estar permanentemente disponíveis e organizados.

Esse tipo de informação a respeito de milhares de pessoas a cada mês é uma contribuição que não pode ser desconsiderada, principalmente se elas se referem a parcelas da população mais desprotegidas e à margem (ou "periféricas") da possibilidade de usufruir os bens ou recursos sociais existentes na comunidade.

Além do prontuário, o sistema de arquivamento e de numeração implantado parecem também ser condições que facilitam a localização e o uso dos registros sobre cada família. O "índice de nomes" auxilia essa localização, que antes era trabalhosa e mesmo inexistente sem o número do prontuário.

A própria sinalização dos prontuários inúteis e superados pelo número-sufixo, indicando o tempo que o prontuá-

rio está parado auxilia o "esvaziamento" e a manutenção apenas do que é importante nos arquivos. Já não é apenas um depositar prontuários que define o arquivamento mas um sistema de sinalização que o torna significativo para sua responsabilidade no atendimento à saúde dos usuários.

Um aspecto a destacar é que a manutenção do arquivo atualizado passou a ser feita constantemente e sem custo adicional ou classes de respostas especiais. Não era mais necessário olhar <u>todos</u> os prontuários para identificar quais estavam parados. Só olhar para o número permitia saber isso e há quantos anos o prontuário estava sendo "movimentado" (relação entre "número-prefixo" e "número-sufixo" no número composto do prontuário). No caso de pesquisa o número do prontuário já permitiria selecionar amostras com diferentes tempos (ou "idades") de atendimento no Posto, facilitando o acesso a dados para melhor conhecimento das condições de saúde da população.

Para a instituição havia recursos importantes para melhorar as condições de administração e planejamento do trabalho relativo ao atendimento do qual ela era responsável.

Também a durabilidade do sistema de numeração (sem mudar o tamanho dos números) suportaria Postos de Saúde de dimensões desnecessárias. Ele atende, sem problemas, às necessidades de organização de Postos de Saúde muitas vezes maiores que os atualmente conhecidos e, mesmo, aceitáveis em termos de dimensões.

O número simples foi substituído por um número composto que funcionava como várias (prefixo, número de seqüência e sufixo) classes de estímulos sinalizando a adequação de diferentes classes de respostas dos funcionários ao lidar com os prontuários. A própria leitura do número, em função disso, ficou facilitada pela separação em conjuntos, embora junto.

tos tivessem uma função bem precisa e definida: manter os prontuários em ordem, facilmente localizáveis, à disposição para diferentes finalidades e de forma rápida e econômica.

Além do tipo de prontuário, do sistema de arquivamento e de numeração dos prontuários também há aspectos que parecem importantes de considerar com relação aos impressos utilizados nos Postos de Saúde.

Em primeiro lugar, parece útil destacar três funções que os impressos podem (e, de certa forma, passaram a) ter.

a) o impresso como "definição" do que é importante ser feito no atendimento.

Nesse sentido os impressos funcionavam como sinais (dicas, lembretes) sobre o que era importante em cada atendimento conforme os objetivos da instituição e (?) as necessidades próprias da condição ou tipo de usuário atendido (por exemplo, gestante de 5º mês). Já não era mais deixada a definição do que fazer por conta de qualquer profissional ou de variações no humor, disposição, interesse ou lembrança de cada um. A própria instituição (a administração) definia com os funcionários e usuários o que se devia fazer para, de fato, resolver o problema que, inclusive, dera origem à instituição: condições de saúde de uma determinada parcela da população.

O fato de definir explícita e publicamente o que era para ser feito no atendimento gerou a possibilidade do debate em torno dos diferentes tipos de atendimento. O que parecia uma medida ou condição administrativa ficou sendo uma decisão que envolvia o conhecimento dos profissionais envolvidos com cada tipo de atendimento e tornava possível outras pessoas (inclusive usuários) participarem. O que era importante ser feito na consulta médica (de pré-natal, de pediatria, de clínica médica), no atendimento odontológico, no serviço social,

etc. deixou de ser um patrimônio exclusivo de cada um isolado no atendimento, ou de um grupo profissional fechado, ficando acessível à comunidade. O "papel vazio" foi substituído por uma espécie de "guia de atendimento", "protocolo de observação" ou "guia de trabalho" auxiliando cada profissional a lembrar para cada um dos usuários que atendesse todos os cuidados que deviam ser realizados.

O próprio procedimento de preenchimento dos impressos fazia com que — graças às características de cada impresso — o registro fosse uma informação (um sinal, uma dica) orientando respostas de intervenção imediatas e mais provavelmente eficazes.

Ninguém estava impedido de fazer mais ou melhor do que o impresso continha. Mas, de certa forma, estava definido o mínimo a ser feito sem prejudicar a população no que ela tinha direito como atendimento de saúde.

b) comparando-se o documento construído com o anteriormente existente pode-se ter uma idéia do que havia de diferente nas suas respectivas contribuições para a realização do atendimento (ver Quadros 10.1, 10.2, 10.4, 10.5, 10.6 e 10.7).

A quantidade de informações em cada impresso dá uma idéia da diferença da solicitação de trabalho na consulta de pré-natal que era feita ao médico obstetra através de um e de outro tipo de impresso. Acontecia o mesmo através dos impressos relacionados a outros tipos de atendimento.

Um outro aspecto a destacar é a simplicidade de preenchimento. Nos impressos construídos estudava-se as possibilidades de "resposta" existentes e, no caso de serem identificáveis e poucas, colocava-se as alternativas para apenas serem sinalizadas. Nos casos de não serem identificáveis ou serem muitas deixava-se espaço (suficiente) para o registro

da descrição do profissional. A própria seqüência e disposição facilitava o preenchimento. Bastava seguir uma rotina de exame que os dados "fluiam" e eram facilmente registrados.

A leitura do que era identificado e registrado também era bastante fácil graças à organização dos impressos (conjuntos e sub-conjuntos) e à definição (seqüência) por sessões de trabalho (por exemplo: primeira consulta, consultas de seguimento, consultas de puerpério...);

c) as características gráficas do impresso devem ser relacionadas com os comportamentos de quem lê ou preenche o impresso.

As características gráficas dos impressos devem ser feitas em função da (e, portanto, após) especificação dos comportamentos de quem deverá preencher, ler ou utilizar o material impresso (ou preenchido). Nesse sentido, a posição das informações e dos espaços, seus tamanhos, a seqüência, o destaque (com letras variadas, traços mais ou menos acentuados, etc.) devem organizar e destacar o que deve ser notado e o que deve ser "respondido" para cada item.

É evidente que para isto é necessário ter claro, e ser capaz de descrever de uma maneira adequada, os comportamentos de interesse para os quais o impresso deve ser uma condição que auxilie a ocorrência. Também é necessário que se lide com informações e recursos de ordem gráfica. Os recursos disponíveis são muitos e variados e nem sempre são de conhecimento de quem "planeja" um impresso. Por outro lado, não basta a informação e o conhecimento de "artes gráficas" apenas. A relação com os comportamentos (a função do impresso) tem que ser o critério fundamental ou se corre o risco de fazer impressos inúteis (e reduzir o trabalho de registro a mera "burocracia" ou atividade ritualística).

De certa forma, pode-se dizer que impressos gráficos

e comportamentos são um problema de engenharia comportamental. É necessário construir os impressos (que são aspectos do ambiente ou classes de estímulos) de uma forma tal que eles contribuam (aumentem a probabilidade de ocorrência, facilitem, etc.) para a existência das classes de respostas de interesse (que produzam determinados efeitos ou resultados no ambiente). As técnicas gráficas envolvidas em propaganda em grande parte já utilizam recursos que aumentam a probabilidade de ocorrência de certas classes de respostas. Talvez caiba destacar a pergunta que mereceria mais atenção por parte de trabalhos relacionados à elaboração de impressos para serem usados pelas pessoas: que relações podem haver em recursos gráficos e comportamento?

Parece que um impresso pode exercer controle sobre determinadas propriedades das classes de respostas (probabilidade de ocorrência, latência, etc.). Podem, também, funcionar como "sinais" (estímulos discriminativos) desde que o seu preenchimento adequado tenha conseqüências perceptivelmente diferentes das que existem quando o preenchimento for inadequado ou não existir.

Isto parece reforçar a importância dos procedimentos de uso do material impresso e as condições sob as quais eles são apresentados. O registro, a organização dos documentos, o tipo, quantidade e ocasião do treinamento (por exemplo, fora do e em serviço), a avaliação, a supervisão, etc. influem uns nos outros e na probabilidade de ocorrência das classes de respostas de interesse relacionadas ao impresso.

Observou-se nos Postos de Saúde que havia uma "deterioração" progressiva das características das classes de respostas com o seu exercício quando havia apenas o material e uma "episódica" informação oral sobre seu uso. É necessário mais do que o material e "aulas" ou "explicações" sobre seu uso para fazer com que impressos exerçam influência sobre os

comportamentos de interesse para o trabalho em foco.

Uma outra classe de considerações a se fazer diz respeito às contingências geradas pelo procedimento de trabalho. Parece que a participação dos profissionais envolvidos com o uso dos impressos no processo do planejamento e elaboração desses impressos exerceu uma benéfica influência sobre a maneira de se lidar com impressos e de fazer reuniões "técnicas" no Departamento de Saúde da Comunidade.

Tanto os exames dos impressos como o treinamento (que envolvia a explicitação de justificativas para as características dos impressos) pareceram deixar de enfatizar detalhes administrativos e problemas dessa ordem para transformar-se em um debate profissional. Questões como "o que fazer?", "por que fazer?", "para que fazer?", "como fazer?" ou considerações sobre implicações "de fazer" ou de "deixar de fazer" surgiram como aspectos das discussões dos grupos de profissionais envolvidos com os impressos em estudo ou em treinamento para uso.

O tipo de discussão e quem a faz é uma maneira útil e importante de proceder para aumentar as possibilidades de aperfeiçoamento contínuo dos impressos. Essa possibilidade de aperfeiçoamento, por outro lado, exige que se tome alguns cuidados ou se definam critérios para a realização de modificações nos impressos. Integração com demais unidades de serviço, treinamento, abastecimento, dados de interesse para outros tipos de funcionários ou instâncias administrativas da instituição ou da comunidade são alguns exemplos que mostram a necessidade de "ir mais longe" do que o serviço em si ao planejar um impresso. É importante que a experiência acumulada com o uso de um impresso se transforme em mudanças no próprio impresso. Isto, porém, só será útil e contribuirá,

na medida em que respeitarem critérios e cuidados como os que foram exemplificados.

Um exemplo de como um detalhe de um impresso se relaciona com os demais pode ser visto na existência da coluna denominada "PRAZO AGEND." na "Ficha Obstétrica-folha 2" (ver Quadro 10.6) que perdeu o sentido (ou a função) desde que se implantou a "Ficha de Fluxo e Aprazamento" como meio de informar ao expediente sobre o prazo para agendamento.

Além desses aspectos do procedimento de trabalho houve outros que também parecem importante considerar.

Um deles é o procedimento de trabalho ser definido pelo próprio grupo antes de começar a trabalhar. O próprio grupo definir trouxe uma importante conseqüência: não se fazia procedimentos que não fossem próximos à percepção e condições de execução do grupo. A influência de uma ou outra área ou especialização profissional era equilibrada, até certo ponto, pelas demais áreas e especializações. Mesmo em relação ao repertório e treino de cada um havia uma certa restrição de forma a ter procedimentos mais provavelmente compatíveis com todos os participantes.

O fato de ser "antes" trouxe uma aprendizagem importante: aos poucos a maioria dos participantes começava a insistir — e a fazer — que era importante planejar como trabalhar (especificar o procedimento de trabalho) antes de começar a tarefa relacionada. Aos poucos também explicitou-se a necessidade de descrever-se o problema a ser resolvido antes de planejar o procedimento. Com isto já se garantia um grande avanço em termos de intencionalidade e consciência do que era feito: já se sabia por que se fazia certas coisas e qual era o melhor meio para se obter o que se queria.

Às vezes surgiam "mudanças" no procedimento que não haviam sido combinadas mas que envolviam a maioria e até mes-

mo todos os participantes. Essas "mudanças" eram, geralmente "aproveitadas" procurando-se incorporá-las ao procedimento sempre que possível.

Um exemplo disso é a "proposição de alternativas de solução quando ainda se descrevia o problema que se queria resolver". Parece que "propor soluções" quando ainda não se tem claro "qual é o problema a ser resolvido" corre-se um risco de "delirar em torno de alternativas irreais". No procedimento de trabalho (ver procedimento, item 2.b) isto ocorreu e as "alternativas" foram tratadas como se fossem as proposições iniciais de um procedimento do tipo "brain-storming".

Outro problema foi o de aproveitar "observações informais" ou "experiências pessoais" ou "ocasionais", registrando-as e utilizando-as como dados, dentro de suas limitações.

Havia, no procedimento, várias dificuldades relacionadas com o repertório dos participantes. Alguns não liam os documentos antes de debatê-los, outros (às vezes os mesmos) não escreviam, deixando de registrar dados importantes. Uns e outros atrasavam o avanço do trabalho. A maneira geral de os demais participantes reagirem foi de prosseguir sempre para novas etapas do procedimento, alertando que os que não se atualizassem perderiam de vista o que estava sendo feito. E isto aconteceu várias vezes com alguns dos participantes.

O trabalho foi feito de forma semelhante com vários tipos de impressos, cobrindo todos os atendimentos oferecidos pelos Postos de Saúde.

O que se produziu ainda deixa em aberto vários problemas.

Um desses problemas é o do custo do que foi feito. A relação entre o preço e o benefício gerado pelos novos instrumentos e procedimentos de trabalho precisam de uma avalia-

ção. De qualquer forma é necessário continuar procurando boas soluções que sejam as mais baratas também.

Um outro problema é o de demonstrar a relação entre o que foi "construído" e a contribuição efetivamente dada para a qualidade do atendimento em relação às condições de saúde da população.

A demonstração dessa relação exige procedimentos de medida e de pesquisa cuidadosos e pertinentes ao problema em questão e nos parecem fundamentais para prosseguir o trabalho feito até o ponto em que o descrevemos neste Estudo.

DISCUSSÃO GERAL

Uma das perguntas que se explicita e é uma exigência constante no desenvolver do trabalho relatado é: o que cabe a uma agência (ou instituição) de saúde? Há várias maneiras pelas quais se poderia responder a essa questão. Conforme a maneira escolhida e os conceitos que estiverem em jogo poderá se enfatizar uma ou outra maneira de trabalho para a instituição.

Uma dessas maneiras de trabalhar poderia ser denominada de "esperar e atender". Sua atividade é predominantemente baseada em instalar-se em um local e ficar à espera de que as pessoas em más condições de saúde procurem a instituição para serem atendidas de forma a "recuperar a saúde" (devíamos dizer recuperar os níveis anteriores de suas condições de saúde). Esse tipo de atividade de uma agência de saúde tem uma conseqüência: ela piora as condições de saúde de uma população. Isto acontece porque a agência só é procurada depois de as más condições de saúde serem perceptíveis e incômodas. Até elas chegarem a esse ponto a pessoa que as apresenta já sofreu, diminuiu sua produtividade (quando não a interrompeu), gastou dinheiro, desgastou e enfraqueceu o organismo, gerou sofrimento e trabalho para as pessoas que convivem com ela, colocou em risco (quando as más condições de saúde foram, em algum grau, contagiosas ou prejudiciais aos demais), etc.. Chaves (1980) chama a atenção para o "iceberg da doença" salientando que a "doença visível" é uma parte muito pequena do montante de más condições de saúde existentes (e que devem ser consideradas "doença") na população. Deve-se considerar a "doença oculta" — ou não perceptível(?) — e a "doença inacessível" aos atuais meios

de identificação.

O preço que a comunidade paga para esse tipo de trabalho só se justifica para "evitar males maiores" uma vez que talvez ele seja caro demais levando em conta o benefício que produz (supondo-se, é claro, um trabalho desse tipo muito bem feito). O que talvez encubra uma grande parte do que é inadequado nesse tipo de "atendimento de saúde" (ou "atendimento de saúde aceitarem qualquer coisa para se livrarem delas ou da "morte" que elas sinalizam (indicam, pressagiam, etc.). As expressões "saúde não tem preço", "pago qualquer coisa para recuperar minha saúde" podem representar o processo básico envolvido no comportamento de alguém que fica em más condições de saúde. O tipo de controle (a determinação) do comportamento dessas pessoas pode ser melhor analisado pela explicitação dos processos de fuga e esquiva já largamente estudados e descritos na literatura psicológica (Skinner, 1979, pp. 17-38; Millenson, 1975, pp. 383-404, Journal of Experimental Behavior Analysis).

Isto tudo também afeta o comportamento dos profissionais que tendem a ser influenciados fortemente por essas condições do ambiente social e da "cultura" da comunidade. As próprias escolas enfatizam o ensino de forma a preparar, predominantemente, os estudantes para lidar com a patologia. Mello (1975) mostra o desequilíbrio das opções de trabalho em Psicologia com grande densidade de opções (ao formar-se e mudando para, depois de exercer outras atividades) por atividades "clínicas".

Uma segunda maneira de trabalhar que poderia ser desenvolvida em resposta à questão "o que cabe a uma agência de saúde" pode ser denominada de "procurar e divulgar". Este tipo de atividade faz mais do que "esperar e atender". Nela já há a iniciativa dos profissionais de procurar as pessoas

que precisam de atendimento e a divulgar o que a agência poderia fazer por quem dela necessita. Sem dúvida isso já cria condições para um melhor serviço de saúde. Os profissionais têm mais condições de detectar precocemente problemas com as condições de saúde da comunidade e ajudar rapidamente em relação à sua recuperação e ao impedimento de avanço para condições piores.

Essa atividade, porém, muda apenas o "esperar" da expressão "esperar e atender". Ela continua se caracterizando por uma atividade de reabilitação e recuperação de saúde ao "atender" quem está em más condições de saúde. Nesse sentido ela ainda trabalha mais com as más condições de saúde (com a "doença" em seus vários níveis) e não com as condições de saúde (em toda a extensão do continuum que pode assumir essa variável).

Ainda há uma terceira maneira de agir que pode caracterizar a atividade de uma agência de saúde: prever e ensinar a intervir com as condições de saúde. Esse tipo de atividade envolve não apenas os dois tipos anteriores ("esperar e atender" e "procurar e divulgar") em um atendimento de reabilitação e recuperação mas vai mais longe exigindo que se preveja o que pode acontecer com as condições de saúde de uma comunidade e interferir antes de aparecer ou se instalarem "más condições de saúde".

Para esse tipo de atividade as exigências são múltiplas. Primeiro, é necessário identificar condições de saúde em qualquer valor que possam assumir no continuum de valores possíveis para a variável. Segundo, é importante identificar as variáveis que interferem com as condições de saúde mesmo antes de elas exercerem sua influência determinando alterações nas condições de saúde. Em terceiro lugar, isso exige que se identifique essas variáveis determinantes em qualquer valor que possam ter no conjunto de valores possí-

veis do continuum que as caracterize. Em quarto lugar, é necessário ser capaz de ensinar as pessoas a intervirem com essas variáveis e isto contém uma quinta exigência: ser capaz de interferir com variáveis que influem nas condições de saúde da população.

Os três tipos de atividades ("esperar e atender", "procurar e divulgar" e "prever e ensinar a intervir") não são mutuamente exclusivos nem auto-suficientes. As condições de saúde e as necessidades da comunidade exigem que haja uma integração entre estes três tipos de atividades (deve haver outros ainda) que são possíveis de desenvolver com uma agência de saúde com as características dos Postos de Saúde. O problema maior é descobrir quanto de cada uma deve haver em cada época em uma determinada comunidade e como deve ser a integração entre elas. Por exemplo, se alguém procura atendimento médico para recuperar suas condições de saúde aos níveis que já tinha antes de ficar em "más condições de saúde" é possível transformá-lo também em um divulgador e em alguém capaz de prever e interferir com suas condições de saúde antes que elas diminuam de qualidade. E deve haver inúmeras formas de integrar esses três tipos de atividade.

No trabalho relatado por este texto, foi tentado um tipo de integração conforme pode ser visto desde o Estudo 1 (condutas da população são variáveis que interferem com as condições de saúde e elas podem ser previstas e ensinadas) até o Estudo 10 (as características de cada atendimento influenciarão o que acontecerá com cada usuário do Posto).

Um outro ângulo de exame a considerar é o de "quem"?, "como"? e "quanto"? a agência de saúde vai atender (em qualquer dos três tipos de atividade). É possível a agência de saúde apresentar um serviço profundo (sofisticado) e intensivo (muito atendimento) a algumas pessoas ou dar um atendimento de boa qualidade mas não profundo ou intenso atingindo

um maior número de pessoas embora com menos benefícios (?) para cada um. Esse problema caracteriza os dois aspectos envolvidos em um atendimento de saúde: cobertura e concentração. Quando se trata de um serviço para uma população é necessário garantir que haja um mínimo de concentração de serviços (tipo, quantidade, intensidade, etc.) para que cada pessoa melhore suas condições de saúde até um nível adequado (este "adequado" precisaria ser definido) e um máximo de pessoas atingidas por esses serviços (cobertura).

Uma das consequências dessas considerações é existirem exigências sobre o tipo de ensino a ser dado aos profissionais da saúde. Muitas das dificuldades encontradas no trabalho com os profissionais de saúde dizem respeito a um ensino inadequado (aprendem o desnecessário e não aprendem o necessário) e insuficiente (aprendem parte ou superficialmente em relação ao que deviam aprender).

A própria percepção de mercado de trabalho é uma exigência e uma limitação ao ensino e trabalho na área de saúde. A confusão entre trabalho (resolver problemas da comunidade, atender necessidades, produzir benefícios, etc.) é confundida com a noção de emprego (as ofertas feitas por empresas). Isto traz sérias implicações para o trabalho com saúde ao ser necessário lidar, de fato, com a solução dos problemas de saúde da população indo mais longe do que "tratamentos paliativos" (que não eliminam as variáveis determinantes das más condições de saúde).

É necessário que o trabalho na área seja planejado e desenvolvido, desde a formação acadêmica, em função dos problemas reais de saúde de <u>toda</u> a comunidade (isto envolve os níveis de prevenção de más condições de saúde, de manutenção e de promoção de boas condições de saúde além dos níveis de recuperação e reabilitação).

O trabalho dos Postos de Saúde pode se aproximar do

atendimento das exigências envolvidas com as considerações apresentadas até agora. O que este texto descreve é uma tentativa de se aproximar dessas concepções e de suas exigências. O que os Postos devem fazer (mais precisamente, o que cada tipo de funcionário deve fazer) deve ser especificado e definido a partir dos efeitos que se quer obter sobre as condições de saúde da população que se pretende atingir (população-alvo). O trabalho aqui descrito mostrou essa característica. Até o sistema de registro e as características dos impressos (ao nível de tipo de letra, grossura das linhas, etc.) foram estudados e definidos a partir da "função" que o impresso teria no atendimento a ser dado (ações do funcionário) para obter determinados efeitos (condições de saúde dos usuários).

Nesse sentido foi fundamental a participação de profissionais aptos a desenvolver "análise comportamental" dentro dos parâmetros característicos do conhecimento produzido pelo que é conhecido como "Análise Experimental do Comportamento" (o que foi especificamente utilizado pelos profissionais participantes pode ser visto nas indicações bibliográficas, especialmente no que se referem à Psicologia e o que foi produzido na época em que o trabalho foi desenvolvido).

Uma outra fonte de contribuição que pareceu importante — fundamental! — para o trabalho foram os conceitos de saúde pública através da participação de sanitaristas. Eles permitiram um aprofundamento no conceito de "saúde" e mostraram a necessidade de que se tenha mais elementos (e, portanto, fazendo mais pesquisas) sobre os aspectos fundamentais desse conceito. Se o objeto de trabalho forem as relações entre as condições de saúde de um organismo e as variáveis que as determinam, é necessário mais estudo e elaboração científica sobre quais sejam essas variáveis, o quan-

to elas importam (grau de influência, e os seus valores críticos dentro da relação que caracteriza o objeto de trabalho da área).

Fazendo uma analogia com a Psicologia (com a Análise Experimental do Comportamento mais precisamente) parece-nos haver necessidade de uma "análise experimental da saúde". Se ela é considerada a relação entre as condições do organismo e as variáveis que interferem com ela, os componentes — e os seus valores — envolvidos nessa relação precisam ser especificados (análise) e comprovados componentes reais de relação (a pesquisa experimental nos parece o melhor instrumento para essa demonstração). A analogia pode parecer impertinente para alguns mas já é objeto de exame e considerações de alguns trabalhos desenvolvidos em nossa comunidade (Ryle, 1967; Holland, 1973, 1974, 1976; De Rose e colaboradores, 1977; Berlinguer, 1978; Cortegoso e colaboradores, 1978; Gonçalves e Colaboradores, 1978; Holland, 1978; Rubano e colaboradores, 1978; Bassani e Botomé, 1979; Botomé, 1979a; Botomé, Gonçalves e De Rose, 1979; Botomé e colaboradores, 1979; Cortegoso e colaboradores, 1979; Rubano e colaboradores, 1979; Botomé, 19780a; Botomé e colaboradores, 1980; Rosenburg e colaboradores, 1981; Botomé, 1981).

O próprio conceito de diagnóstico em saúde talvez mereça mais exame e pesquisa se considerarmos o que foi apresentado até aqui. Os "diagnósticos" classificatórios (dar um nome descritivo ou incluir a condição de saúde em uma categoria definida e convencional) talvez sejam suficientes para os níveis de atividade típicos de reabilitação e recuperação. Pelo menos parecem ser na medida em que há categorias correspondentes de medicação e tratamento. Quando, porém, se trabalha para prevenção, manutenção ou promoção é necessário identificar as variáveis que determinam (em algum grau) as condições de saúde. Neste último caso é neces-

sário trabalhar com a relação entre condições de saúde e seus determinantes (por isso análise e experimentação nos parecem exigências importantes).

O trabalho todo embora tenha trazido esses problemas à consideração dos participantes nem sempre foi realizado em todas as suas instâncias de acordo com essas considerações. Em algumas situações parecia impossível que agências responsáveis por garantir bons índices nas condições de saúde da população prejudiquem (e o façam sistematicamente) as condições de saúde dessa mesma população. Horas de pé em fila, adiamento de tratamento, desconforto gerado por esperas prolongadas e — muitas vezes — inúteis, chegar — e esperar — de madrugada nos Postos para tentar garantir um lugar, períodos grandes sem alimentação (principalmente crianças), etc. são exemplos de criar situações que interferem com as condições de saúde e as prejudicam... E é a própria instituição que cria ou possibilita essas condições.

O trabalho mostra a possibilidade — e a necessidade — de que o trabalho de saúde não se reduza a uma concepção e atividades em torno de técnicas médicas mas de administração de recursos da comunidade. Aquelas sem esta podem fazer com que os serviços de saúde corram o risco de perderem de vista o que é de sua responsabilidade e desenvolver um ritual supersticioso, inútil e ineficaz, por mais técnico ou sofisticado que seja. A pergunta necessária — e talvez difícil de responder — é: como está a saúde da população e o que podemos fazer para melhorá-la? É claro que a resposta não pode ser um caudal de verbalizações acadêmicas ou teóricas ou um amontoado de adjetivos. É necessário definir — e até descobrir — os indicadores mais precisos das condições de saúde da população e passar a acompanhá-los sistematicamente ao mesmo tempo que se desenvolvem ações de saúde.

Durante a realização do trabalho foi bastante difí-

cil definir os indicadores relevantes. Algumas vezes se queria saber a eficiência da instituição (seus tempos de serviço, o que havia sido feito, pessoas atendidas, etc.) e os indicadores não eram suficientemente bons. Do ponto de vista de avaliar a eficácia (os resultados em relação aos índices das condições de saúde da população) o problema se acentuava: que indicadores usar, onde obtê-los, etc. ainda eram informações a definir e produzir. Nesse sentido é que há o risco de se desenvolver atividades irrelevantes que podem se perpetuar como se fossem "boas em si mesmas".

De certa forma esse perigo é o que acentua a importância do planejamento do trabalho a ser feito de forma a não se tomar decisões que levem a desperdiçar recursos ou que — sem ser percebido — tragam sofrimentos para a população usuária ou aos funcionários. A execução do trabalho, constantemente, foi feita com essa preocupação. As próprias condições necessárias para desenvolver o serviço (por exemplo arquivamento, agendamento, decisões sobre o retorno) passaram pelo exame do que geravam para o funcionário e para a população (ver Estudo 9 a respeito do tempo de espera, permanência e atendimento da população em cada visita ao Posto).

O planejamento da instituição e do que deve ser feito nela ou dos produtos que deve obter envolve a definição de seus objetivos com uma formulação (em termos de linguagem) adequada e pertinente ao que deve ser feito na agência de saúde. Essa definição envolve uma percepção bastante clara a respeito dos diferentes tipos ou níveis dos objetivos que se quer ou é proposto para a instituição.

Um desses tipos de objetivos refere-se aos efeitos a obter com a atividade da instituição de saúde. No contexto desse trabalho interessavam os índices das condições de saúde (morbidade e mortalidade eram os principais) da população-

-alvo (gestantes e crianças). Esse tipo de objetivo, porém, é obtido através de ações de pessoas. E essas ações tanto podem ser consideradas "meios" em relação aos objetivos da instituição (e, nesse caso, "meios" não podem ser confundidos com "objetivos") como podem ser considerados "outra ordem de objetivos". Essa outra ordem poderia ser o que é comumente chamado de "comportamentos-alvo", "comportamentos-objetivo" ou "objetivos comportamentais".

Esses níveis de objetivos eram misturados na gênese do trabalho. O programa Materno-Infantil ao propor seus "propósito", "objetivos gerais" e "objetivos operacionais" mistura diferentes níveis como se pudessem ser tratados da mesma maneira. A noção de comportamento como uma "relação entre o que um organismo faz e o ambiente em que o faz" ainda acrescenta problemas a esses diferentes tipos de objetivos. De certa forma, o produto a ser obtido faz parte do comportamento da população ou dos funcionários. O produto é um dos componentes da relação que define o comportamento (Botomé, 1980a).

Conforme o caso, ainda, as classes de ações humanas podem ser examinadas em vários níveis. O que se quer é que haja determinadas condições de saúde (isto poderia ser o objetivo do trabalho da instituição) da população. Essas condições de saúde, porém, dependem, entre outras coisas, de ações da população. Além disso, as ações da população dependem das ações dos funcionários. Há, nisso, uma seqüência de interrelações que precisa ser explicitada e examinada em termos de seus elos e do tipo de relação entre eles.

Mesmo se tomássemos apenas as ações da população elas poderiam ser descritas em diferentes níveis (Botomé, 1977c; Botomé e Souza, 1980b). Ou de diferentes formas (Vargas, 1974; Mager, 1976; Botomé, 1980a).

Esses problemas estão presentes, embora não explicitados, no trabalho. Explicitá-los e avançar na sofisticação da análise feita é uma exigência para novos trabalhos. Parece que o grau de clareza que se puder ter e a precisão do conceito de comportamento (e de objetivo-comportamental,* como conseqüência) influenciarão as características do que será proposto como objetivo na instituição.

O presente trabalho ainda não utiliza todas as possibilidades dos conceitos envolvidos nas considerações acima.

Uma das implicações mais sérias disso é a maneira de administrar os vários níveis de comportamento. Em primeiro lugar estão envolvidos comportamentos de diferentes pessoas (usuários e funcionários dos Postos) e eles têm diferentes funções em relação aos objetivos da instituição.

As próprias características do "administrar" se alteram conforme se relacione com um ou outro comportamento. É importante distinguir — e agir de maneira diferente em relação a — os diferentes níveis de planificação (ou tipos de objetivos). Talvez em um plano mais restritamente "administrativo" seja necessário enfatizar e explicitar as metas numéricas (o que e quanto deverá ser obtido) e mesmo a projeção em termos de tempo, os custos do trabalho, as possibilidades dos recursos, etc.. Há, porém, um outro plano que se refere ao que "farão as pessoas que participam da instituição" em relação às metas da mesma. A pergunta básica é o que cada um deve fazer, e como deve fazer, para se obter os resultados finais de interesse.

---

* Consideramos a expressão "objetivo-comportamental" uma expressão inadequada. O que se tem, de fato, é "comportamentos-objetivo". O adjetivo é objetivo e caracteriza uma qualidade do comportamento do ponto de vista de alguém. Na expressão anterior há uma inversão e se tem "objetivo" como substantivo com o adjetivo "comportamental" (Ver Ribes, 1976 e Botomé, 1980a).

É nesse sentido que se justifica a própria seqüência das etapas do trabalho.

Ainda se poderia ir mais longe explicitando com mais clareza, detalhes e precisão os resultados (as classes de estímulos conseqüentes de interesse), as ações que os produzirão (as dimensões das classes de respostas envolvidas) e as condições que se relacionam a elas (as classes de estímulos antecedentes). Isto não foi, até certo ponto e por diversas razões, feito neste trabalho. Há, inclusive, pequenas lacunas de um Estudo para outro onde não fica suficientemente claro de que forma um Estudo se relaciona com outro.

E essas possibilidades, ou mesmo falhas do trabalho, podem ser importantes. Pareceu ficar relativamente claro que ao lidar com o comportamento humano em qualquer nível de uma instituição é necessário levar em conta (explicitar e interferir com) as complexas relações entre variáveis existentes: o dinheiro disponível, a legislação a respeito, o abastecimento da instituição, o sistema de treinamento de seus funcionários, etc.. Querer mudar algum comportamento sem examinar e identificar as relações com as demais variáveis é correr o risco de apenas desenvolver procedimentos sem conseguir resultados significativos ou duradouros. As contingências existentes podem ser contrárias à manutenção do comportamento de interesse.

Um dos tipos dessas variáveis a levar em conta na instituição é a participação das pessoas envolvidas direta ou indiretamente com os comportamentos de interesse e com as pessoas que os apresentam. Não se trata de "envolver por envolver". É necessário ter claro que, como, quanto, no que e quando envolver. Não se trata também de envolver apenas para "obter partidários". É necessário garantir que os que são atingidos pelo trabalho participem — de alguma forma e no grau necessário — de sua construção.

Do ponto de vista interno da instituição o envolvimento de subalternos e de superiores é uma das maneiras de garantir que o trabalho tenha maior probabilidade de existir e se manter da forma que ele for proposto. Isto pode significar redução ou restrição das proposições de alguém ou de algum grupo restrito. Se implicar isso é porque, provavelmente, não se manteria conforme a proposição original pretendia.

O mesmo pode-se dizer do envolvimento da comunidade externa. Instituições outras, grupos humanos, superiores (no caso do Serviço Público), etc. podem não aceitar, entender ou serem capazes de usar ou agir de acordo com o que for proposto. A participação gradual (a medida que o trabalho vai sendo feito) é uma garantia, inclusive, de que o que for proposto "é da comunidade envolvida". Parece-nos necessário um exame cuidadoso do que acontece: se há ou não envolvimento das várias instâncias e grupos de pessoas envolvidas com o trabalho.

As formas de envolvimento e participação que podem ser desenvolvidas ainda são, em grande parte, um problema em aberto, pelo menos enquanto sistematização do que se sabe sobre sua utilidade.

No trabalho relatado houve alguns exemplos de formas de participação que se mostraram vitais para o desenvolvimento e implantação do trabalho e para a própria dinâmica da instituição. Um deles foi o sistema de treinamento dos funcionários organizado por etapas e com envolvimento dos próprios treinandos no estudo e nos testes do que era proposto. A incorporação rápida de suas críticas e sugestões que melhoravam o trabalho e a valorização dos funcionários como "centro" da mudança pareceu um elemento altamante favorável. Outro exemplo foi a descentralização administrativa dividindo o Departamento em cinco "Divisões Regionais" sob

a coordenação de uma equipe que respondia pela "Divisão". Isso criou uma dinâmica de participação bem maior. O poder de decidir e o encaminhamento de soluções, estava dividido. A Administração Central ficava com a responsabilidade cada vez maior de criar condições para que os demais participantes da Instituição pudessem realizar o trabalho.

O problema da "participação" e do "envolvimento" da comunidade ainda parece mais relevante quando envolve — como acontece no Serviço Público — constantes e periódicas mudanças de administradores. É necessário garantir continuidade do trabalho sem, no entanto, torná-lo uma "imposição". "Como fazer isso" ainda merece estudos mais precisos e com esse propósito.

E quando há outro grupo de pessoas com objetivos, perspectivas ou propósitos diferentes é muito pouco considerá-los "errados", "maus", "de posições contrárias", "alienados" ou qualquer outro tipo de adjetivo. O processo de rotular pejorativamente obscurece o problema e diminiu o nível de percepção que se pode ter das variáveis em jogo.

As "idéias", a "comunicação", o "modo de falar" são, de certa forma, condições que, disponíveis ou acessíveis, têm probabilidade de exercer influência sobre várias classes de respostas dos demais ou dos próprios realizadores de uma tarefa.

O procedimento do trabalho, de certa forma, utilizou essa maneira de considerar a participação. A própria elaboração de documentos escritos de forma organizada foi uma forma de influência e de participação maior do que apenas debate ou conversa. É claro que a forma desses documentos e a maneira de utilizá-los ajudou bastante no uso que se fez deles quando ficavam disponíveis. Com freqüência tornaram-se alvo de estudo, de exame ou de crítica. Em qualquer dos

casos serviram para permitir o exame do que era proposto e de uma forma bastante precisa, direta e sistemática.

Essas características do trabalho, porém, sofrem uma limitação (ou contêm uma exigência fundamental): a necessidade de uma excelente disciplina de trabalho. Os próprios procedimentos utilizados de certa forma já garantiram alguns cuidados: registro sistemático do que era feito, organização imediata do registro, transformação dos "estudos" realizados em qualquer etapa em "documentos" organizados, etc.. Há outros, porém, que ainda foram necessários além do procedimento descrito: definição e manutenção de horários de trabalho, reunião e estudo; cuidado e garantia de algumas características do local de trabalho (um certo grau de isolamento, manutenção de organização, etc.); uma constância de trabalho (voltar ao final do passo anterior, estudar o que foi feito ao iniciar uma nova etapa, não deixar trabalhos abandonados ou muito tempo parados, etc.) e planejar o trabalho antes de iniciá-lo. Houve, ainda, outros cuidados mas que tornariam extensas essas considerações se descritos aqui, o que não é o propósito atual.

Há, além disso, algumas dificuldades: nem todos os participantes tinham a mesma percepção do trabalho; poucos tinham o hábito de registrar, organizar o registro e usá-lo para prosseguir, acumulando dados, experiências, etc.; alguns não liam os documentos produzidos; alguns tinham dificuldades de repertório que interferiam com o trabalho (argumentar, redigir, ler ou observar...). No conjunto o trabalho exigia com freqüência, atenção para isso tudo: procedimento, condições de trabalho e características de repertório das pessoas participantes. Mesmo assim houve uma grande aproximação dos que estavam envolvidos em torno de perspectivas comuns que foi melhor percebida quando havia um elemento novo integrando o grupo.

Salientou-se de maneira especial a necessidade de um bom repertório científico (não cientificista). A formação em metodologia científica (observar, argumentar, raciocinar, coletar dados, analisar dados, tirar conclusões de dados...) e não apenas em técnicas científicas (modelos estatísticos, modelos ou fórmulas de tratamento de dados, definição operacional, etc.) pareceu uma condição importante para desenvolver o trabalho e mesmo a interação profissional entre os participantes.

Algumas dessas aprendizagens tiveram que ser garantidas pelos próprios participantes e pela administração do Departamento. As universidades nas quais os participantes se formaram, porém, deveriam ter ensinado muito do que a instituição teve que fazer. A pergunta "que comportamentos devem ser aprendidos e qual deve ser a função (sob controle de que?) deles nas atividades de cuidar das condições de saúde da população"? precisa ser formulada pela universidade e respondida de maneira sistemática e com dados de pesquisa. Às vezes parecia que muito que se sabia — entre os participantes — eram preconceitos e considerações contra alguma coisa do que maneiras de trabalhar significativamente de forma a produzir melhores condições, ambientes, relações, etc..

O comportamento dos profissionais em geral parecia, com freqüência, estar sob controle de regras — geralmente aprendidas antes e fora da situação — e não sob controle das próprias contingências presentes na situação. Isto trazia conflitos muitas vezes difíceis de superar ou de contornar. De certa forma parecia ser necessário um treino bastante grande nos comportamentos relacionados com o processo de "resolver problemas" e não "ter (ou dar) soluções" estereotipadas.

Algumas dessas dificuldades eram acentuadas quando se tratava de "fazer com que os funcionários" passassem a

executar uma tarefa. As concepções sobre o que é treinamento ou ensino eram, parece, resumidas a informar, dar ordens ou instruções. O trabalho, à medida que se desenvolveu, mudou várias dessas concepções (Rosenburg e colaboradores, 1980; Gonçalves e colaboradores, 1980). Construir ambiente (por exemplo, os resultados dos Estudos 7, 8, 9 e 10), possibilitar a ocorrência de determinadas classes de respostas, especificar e dispor condições que se relacionassem (facilitassem ou tornassem provável) com as classes de respostas (ações) de interesse, etc. foram algumas das percepções (concepções) que passaram a poder ser identificadas no trabalho dos participantes.

Disso decorreu, inclusive, uma relativamente bem elaborada organização do sistema de treinamento com diversos tipos e níveis (Rosenburg e colaboradores, 1980; Gonçalves e colaboradores, 1980). Treinamento básico, treinamento em serviço e supervisão periódica são exemplos de três "estágios" de treinamento de qualquer funcionário. Do treino "artificial" (básico e inicial) ao treino em serviço (na situação real) e ao acompanhamento periódico (supervisão) havia toda uma sistematização (recursos, critérios, procedimentos, etc.) que tornavam um trabalho fácil de realizar e muito rico em experiências e relações interpessoais para os participantes e para os funcionários envolvidos no treinamento.

A própria "atualização" e "integração" de funcionários novos foi planejada e desenvolvida como uma condição importante para a implantação do sistema de trabalho nos Postos.

Aos poucos as experiências de trabalho moldaram um novo repertório nos participantes do trabalho. Principalmente naqueles que se expuseram mais às situações relacionadas a ele e às exigências dos demais.

O procedimento geral utilizado parece ter sido um fator de importância para a superação de dificuldades com o repertório e com a interação entre os profissionais participantes. O fato de os procedimentos de trabalho serem planejados "junto com" os realizadores dos trabalhos e "antes de" iniciar cada trabalho parece ter contribuído, aos poucos, para a percepção de que os resultados obtidos eram produto do procedimento e não da "genialidade" de um ou outro participante. Também quando não se conseguia prosseguir ou obter resultados satisfatórios o procedimento era "alterado na medida em que" se percebia que mudanças eram necessárias e poderiam ser úteis. O repertório dos participantes — principalmente dos que mais se envolviam com a tarefa e menos com o que se dizia sobre ela — e a interação entre eles sofreu influências significiativas deste contínuo "planejar-realizar-avaliar-replanejar-prosseguir..."

O perigo de erro cumulativo ou de uma estratégia geral inadequada era minimizado por essas características do procedimento.

Isso tudo, porém, não minimizou os conflitos de cada um, entre os participantes e mesmo em relação ao trabalho como um todo. O que se alterou, no entanto, parece ter sido a maneira de lidar com os conflitos. Eles, aos poucos, deixaram de ser "catástrofes irremediáveis" ou "problemas insuperáveis" para "fazer parte da rotina" do trabalho, sendo enfrentados como "problemas normais". Aos poucos pareceu haver um repertório mais rico e mais variado para lidar com os conflitos: examiná-los mais, não exagerar nas vervalizações a respeito deles, identificar "crises artificiais", separar conflitos reais e confusões verbais... chegou-se a explicitar e analisar os comportamentos adequados para lidar profissionalmente com os conflitos que surgiam.

Essas "características" do trabalho (os conflitos,

interações, dificuldades, etc.) não aparecem no relato feito. A simplificação para relatar excluiu dificuldades, intermediários, erros, desânimos, euforias e, mesmo, detalhes da maneira de se organizar para obter resultados. Isto não nos parece prejudicar o que está apresentado ou a compreensão do que foi feito.

Além disso o trabalho foi mais do que o que está relatado. Há pesquisas e publicações (que constam das referências) e, também, outros resultados além dos que exemplificam o que foi feito. Não aparece o que foi feito em Odontologia, vacinação, com pré e pós-consultas, com as múltiplas orientações de saúde, com o atendimento de pediatria, com o serviço de enfermagem, com treinamento, com a relação entre Postos de Saúde e Maternidades com o sistema administrativo, etc..

Em cada etapa de cada tarefa o estudo, o planejamento e as providências para implantação chegavam a detalhes que, aparentemente, eram irrelevantes (por exemplo: realizar o atendimento dos usuários com a porta fechada, não interromper o atendimento, preparar os prontuários antes de o usuário chegar, especificar o prazo mais adequado para retorno do usuário...). Foi, porém, a somatória dos pequenos cuidados que compuseram a maior efetividade da estratégia geral e um atendimento bem mais adequado à população.

A diferença nas "esperas", "permanência no Posto" e "tempo de atendimento" antes e depois da implantação do trabalho exemplificaram um tipo de resultado conseguido graças ao cuidado com pequenas informações ou aspectos do ambiente de trabalho nos Postos.

Também foi o cuidadoso exame dos aspectos mais simples das condições de atendimento e um planejamento considerando esses aspectos que permitiu que o agendamento (os ma-

pas, enquanto material, e os procedimento de uso deles) se tornasse um sistema de administração dos serviços dos Postos (ver Estudo 9). Os funcionários do expediente efetivamente passaram a administrar o atendimento organizando quem ia ser atendido no que, em que horário, em que seqüência de atendimentos, etc.. Isso trouxe, como decorrência, que não fosse mais necessário uma atuação policialesca ou fiscalizadora sobre a "produtividade dos profissionais" (cumprimento de horários, rotinas burocráticas...). A produção era organizada e garantida em sua maior parte pelo "sistema de agendamento". Não adiantava mais um profissional "querer apressar", ou "amontoar" prontuários e clientes. Cada usuário chegaria para cada um em, aproximadamente, um determinado momento do período de atendimento e durante todo o período. Fora desse momento o usuário estaria com outros profissionais sendo atendido ou ainda não teria chegado (conforme horário marcado para chegada pelo agendamento). A principal conseqüência parece ser, fundamentalmente, uma quase "natural" melhora na qualidade do atendimento: não adiantava mais apressá-lo.

Todos esses aspectos nos parecem ter sido decorrentes do cuidadoso exame e programação das variáveis envolvidas com cada tipo de comportamento dos funcionários e usuários. Em alguns casos havia uma dimensão ou valor que eram críticos para a obtenção do resultado necessário. E este só foi obtido quando se conseguiu identificar e por em ação a faixa de valores da variável responsável por ele (ver exemplo dos prazos de retorno no Estudo 8).

O que se conseguiu, porém, não é suficiente. Terminado um primeiro "ciclo" do trabalho, é necessário retomar a estratégia geral e a seqüência de etapas desenvolvidas,avaliando, refazendo, melhorando o que for necessário. Isto precisará — e poderá — ser feito sob controle (em função de)

dos dados a respeito que se está conseguindo em relação à qualidade do serviço prestado pelos Postos de Saúde com as condições implantadas.

A avaliação da eficácia das modificações introduzidas no funcionamento dos Postos de Saúde precisa levar em conta uma grande quantidade de variáveis. Uma fonte de informações preciosa e disponível são os dados coletados e organizados no próprio sistema de controle estatístico da instituição. Mais do que organizar, ou fazer tabelas é necessário estudar esses dados extraindo deles o máximo de informações possível.

Uma outra fonte — também preciosa e disponível — são os prontuários familiares com os dados organizados sobre as condições de habitação, vida e saúde de cada família usuária dos Postos. Uma amostra desses prontuários permite estudos valiosos sobre as condições de saúde da população e a participação dos Postos na melhoria dessas condições de saúde.

Uma fonte de informações que permite uma avaliação mais direta, imediata, e talvez mais sensível, a respeito das condições de saúde da população-alvo e da contribuição dos Postos de Saúde é a "Carteira da Gestante". A "Carteira da Gestante" contém um resumo de todas as informações sobre as condições da gestação (quando começou a freqüentar o Posto para, etc.) e é completada com as informações a respeito das condições do parto e do recém-nascido na maternidade. Ao voltar ao Posto para as consultas de puerpério, a "Carteira da Gestante" é recolhida e pode ser estudada pela instituição. Os dados que ela contém permitem diversos estudos mais diretamente relacionados a efeitos imediatos que devem decorrer do trabalho dos Postos.

Essas fontes já estão disponíveis e permitem voltar à "origem" do trabalho feito: as condições de saúde da população-alvo. É necessário explorar suas possibilidades de estudo e pesquisa e de forma a melhorar as definições do serviço a prestar ou as características dos comportamentos de quem realiza o trabalho nos Postos de Saúde, em qualquer nível em que esteja cada funcionário.

O estudo desses dados (é necessário descobrir como fazê-lo) deverá permitir superar as imperfeições ou limitações da primeira tentativa de modificação feita no funcionamento geral dos Postos de Saúde. O que se conseguiu e o que se conseguirá foi e será um reflexo das condições e dos comportamentos dos realizadores e da comunidade envolvida. É necessário prosseguir de forma que uns e outros continuem aprendendo e mudando progressivamente. O novo e o melhor se fazem aos poucos, tentando, testando, estudando e mudando. Não há um caminho dado ou definido "a priori". Ele se fará ao caminhar.

REFERÊNCIAS

Bassani, M.A. Botomé, S.P. A eficácia de um instrumento para auxiliar orientações de saúde sobre "cuidados no parto e puerpério", ministradas a gestantes nos Postos de Assistência Médica do Município de São Paulo. Ciência e Cultura (Resumos), 1979, 31, (7), p. 131.

Berlinguer, G. Medicina e política. São Paulo: CEBES -HUCI - TEC, 1978.

Bori, C.M. Botomé, S.P. De Rose, J.C. Tunes, E. Desempenho de professores universitários no levantamento e caracterização de problemas de ensino: descrição de um procedimento. Anais da 8a. Reunião Anual de Psicologia. Ribeirão Preto: Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, 1978, pp. 213-214.

Botomé, S.P. Analisando metas de ensino. Texto escrito para uso interno no Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1975 (a). Não publicado.

Botomé, S.P. Determinismo na Psicologia: controvérsia de fato ou confusão semântica ? Trabalho escrito como uma das atividades da disciplina "Evolução Histórica da Psicologia", ministrada pelo professor Dr. Arno Engelmann, no Programa de Pós Graduação em Psicologia Experimental da Universidade de São Paulo, 1975 (b). Não publicado.

Botomé, S.P. Descrição de uma amostra de um programa de ensino sobre como construir programas de ensino (modificação de comportamento) destinado a estudantes das duas últimas séries do Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Trabalho apresentado aos participantes do "Taller sobre Instrucción Personalizada" promovido pelo Instituto Universitario de Caracas (Venezuela), em julho de 1977 (a). Não publicado.

Botomé, S.P. Descrever objetivos sob uma forma comportamental e ordená-los em uma sequência própria para ensino. Texto escrito para uso interno na disciplina "Programação de Curso Individualizado", ministrada pela professora Dra. Carolina M. Bori, no Programa de Pós Graduação em Psicologia Experimental da Universidade de São Paulo, em outubro de 1977 (b). Não publicado.

Botomé, S.P. Análise de objetivos terminais: uma proposta de procedimento. Texto escrito para uso interno na disciplina "Programação de Curso Individualizado", ministrada pela professora Dra. Carolina M.Bori, no Programa de Pós Graduação em Psicologia Experimental da Universidade de São Paulo, em outubro de 1977 (c). Não publicado.

Botomé, S.P. A quem, nós Psicólogos, servimos de fato ? Psicologia, 1979 (a), 5, (1), 1-15.

Botomé, S.P. Questões de estudo: uma condição para instalar discriminação de aspectos importantes de um texto. Psicologia, 1979 (b), 5, (2), 1-27.

Botomé, S.P. Objetivos comportamentais no ensino: a contribuição da Análise Experimental do Comportamento. Universidade de São Paulo, 1980 (a). Não publicado.

Botomé, S.P. A definição de comportamento. Texto escrito para uso interno da disciplina "Psicologia Geral" do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, no 1º semestre de 1980 (b). Não publicado.

Botomé, S.P. Curso de Especialização em Análise e Programação de Condições de Ensino: Uma Análise Comportamental. Projeto desenvolvido junto ao Laboratório de Psicologia da Aprendizagem da Universidade Federal de São Carlos, com a participação de Deisy das Graças de Souza, Carolina M.Bori e Nivaldo Nale, em 1980 (c). Não publicado.

Botomé, S.P. Gonçalves, C.M.C. Descubra um novo autor: você. Ensino Programado de redação. São Paulo: Brasiliense, 1980.

Botomé, S.P. O exercício do controle na intervenção social do Psicólogo. Ciência e Cultura, 1981, 33 (4), 517-524.

Botomé, S.P. Gonçalves, C.M.C. De Rose, T.M.S. A efetividade de diferentes variáveis responsáveis pelas características de um instrumento de ensino programado na orientação de saúde sobre "aleitamento materno" oferecida a gestantes nos Postos de Assistência Médica do Município de São Paulo. Ciência e Cultura (Resumos), 1979 (a), 31, (7), p. 131.

Botomé, S.P. Gonçalves, C.M.C. Miranda, A.M.M. Silva, E.B.N. Silva, E. Ubeda, E.M.L. Cardoso, D.R. Pedrazzani, J. C. Naganuma, M. Ogasawara, M., De Rose, T.M.S. Franco, W. Uma análise das condições necessárias para propor objetivos de ensino nas disciplinas do curso de Enfermagem. Ciência e Cultura (Resumos), 1979(b), 31, (7), p. 131.

Botomé, S.P. Souza, D.G. Diferentes dimensões envolvidas nas ações de um organismo. Texto escrito para uso interno da disciplina "Psicologia Geral" do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, no 2º semestre de 1979. Não publicado.

Botomé, S.P. Souza, D.G. Comportamento: uma relação entre ação de um organismo e aspectos do ambiente em que esta ação é realizada. Texto escrito para uso interno da disciplina "Psicologia Geral" do Curso de Enferamgem da Universidade Federal de São Carlos, no 1º semestre de 1980 (a). Não publicado.

Botomé, S.P. Souza, D.G. Generalidade e especificidade da linguagem e sua relação com classes de ações humanas. Texto escrito para uso interno da disciplina "Psicologia Geral" do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, no 1º semestre de 1980 (b). Não publicado.

Botomé, S.P. Souza, D.G. Nale, N. Pedrazzani, J.C. Moraes, A.B.A. Proposição de classes de respostas componentes dos objetivos comportamentais da disciplina "Psicologia Geral" para o curso de graduação em Enfermagem. Programa da 10a. Reunião Anual de Psicologia. Ribeirão Preto. Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, 1980, p.9.

Bunge, M. Causalidad - el principio de causalidad en la ciencia moderna. Buenos Aires: Ed. Universitaria, 1961.

Bushell, D. Classroom behavior: a littlle book for teachers. New Jersey: Prentice-Hall, 1973.

Catania, A.C. The concept of the operant in the analysis of behavior. Behaviorism, 1973, 1, 103-106.

Chaves, M.M. Saúde e Sistemas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1980 (3a. edição).

Cohen, M. Nagel, E. Introducción a la lógica y al método científico. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1973.

Copi, I.M. Introdução à Lógica. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1974.

Cortegoso, A.L. Alves, M.H.T. De Rose, T.M.S. Ferreira, M.R. Um plano de avaliação de procedimentos de ensino elaborados para instalar respostas relacionadas à saúde em usuários dos Postos de Assistência Médica da Prefeitura do Município de São Paulo. Anais da 8a. Reunião Anual de Psicologia. Ribeirão Preto: Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, 1978, p. 207.

Cortegoso, A.L. Ferreira,M.R. Hubner,M.M.C. Botomé,S.P. A eficácia de um instrumento de ensino programado (aplicado) por atendentes de enfermagem como recurso para ministrar orientações de saúde sobre"escolha e preparo de alimentos" ministradas a gestantes usuárias dos Postos de Assistência Médica do Município de São Paulo. Ciência e Cultura (Resumos), 1979, 31, 7, p. 130.

De Rose, T.M.S. Botomé, S.P. Gonçalves, C.M.C. Procedimento de descrição das contingências para orientação sobre aleitamento materno às gestantes e mães usuárias dos Postos Municipais de Saúde do Município de São Paulo. Programa da 7a. Reunião Anual de Psicologia. Ribeirão Preto: Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, 1977, p. 21.

Duran, A.P. Comportamentos sociais como objetivo educacional. São Paulo. Dissertação de Mestrado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1975. Não publicado.

Duran, A.P. Silvério,E.A. Nicolau, H.M. Machado,L.M.de C. Silva,M.L.V. Programação de curso - curso programado. São Paulo: Fundação Cenafor, 1976.

Ferreira, A.B. de H. Novo dicionário da língua portuguesa.Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1975.

Ferreira, A.B.de H. Minidicionário Aurélio. Rio de Janeiro : Ed. Nova Fronteira, 1977.

Freitas, L.C. Programação de contingências em ambiente educacional: uma análise crítica. Trabalho apresentado no simpósio sobre "Programação de ensino", promovido pela Associação de Modificação de Comportamento na Universidade Federal de São Carlos (SP), 1979. Não publicado.

Goldberg, M.A.A. As contribuições da ciência ao ensino: mito e anti-mito. Cadernos de Pesquisa (Fundação Carlos Chagas), 1975, 12, 55-59.

Gonçalves,C.M.C. Botomé, S.P. Análise comportamental da atividade de escrever uma dissertação. Ciência e Cultura (Resumos), 1980, 32, (7), p. 905.

Gonçalves, C.M.C. Rosenburg,C.P. Botomé, S.P. Análise de instrumentos de treinamento utilizados numa instituição governamental de saúde. Ciência e Cultura (Resumos), 1980, 32, (7), p. 903.

Gonçalves, C.M.C. Stucky, D.M. Botomé, S.P. Programação de condições ambientais para favorecer a ocorrência de comportamentos relacionados à administração de um sistema de orientações de saúde oferecidas aos usuários dos Postos de Assistência Médica do Município de São Paulo. Anais da 8a. Reunião Anual de Psicologia. Ribeirão Preto: Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, 1978, p. 207.

Holland, J.G. Servirán los principios conductuales para los revolucionarios ? Em Keller, F.S. Inesta, E.R. (Orgs) Modificación de conducta-aplicaciones a la educación. México: Ed. Trillas, 1973, pp. 265-281.

Holland, J.G. La modificación de la conducta de prisioneros, pacientes y otras personas, como prescripción para la planificacón de la sociedad. Trabalho apresentado na mesa redonda sobre "implicaciones políticas e sociales del control conductual" no Primer Congresso Mexicano de Analise de la Conducta. Xalapa, 1974.

Holland, J.G. Ethical considerations in behavior modification. Journal of Humanistic Psychology. 1976, 16(3), 71-78.

Holland, J.G. Behaviorism: part of the problem or part of the solution ? Journal of Applied Behavior Analysis, 1978, 11, 163-174.

Kaufman, R.A. Planificación de sistemas educativos - ideasbásicas concretas. México: Ed. Trillas, 1977.

Latterner, C.G. Dresdner, D.M. Spiech, J.A. Uslan, G.M. Uma introdução programada ao PERT - técnica de avaliação de revisão de programas. São Paulo: Liv. Pioneira, 1968 (3a. edição).

Levine, S. Elzey, F.F. Uma introdução programada às medidas em educação e psicologia. Porto Alegre: Ed. Globo, 1976.

Lewin, K. Dinâmica de la personalidad. Madrid: Ed. Morata, 1969, pp. 11-52.

Magee, B. As idéias de Popper. São Paulo: Ed. Cultrix e Ed. da Universidade de São Paulo, 1974.

Mager, R.F. A formulação de objetivos de ensino. Porto Alegre: Ed. Globo, 1976.

Mager, R.F. Análise de objetivos. Porto Alegre: Ed. Globo, 1977.

Mechner, F. Análise comportamental de tarefas. São Paulo: Fundação Cenafor, 1974.

Mello, S.L. Psicologia e profissão em São Paulo. São Paulo: Ática, 1975.

Millenson, J.R. Principios de análise do comportamento. Brasília: Coordenada, 1975.

Minicucci, A. Dinâmica de grupo - manual de técnicas. São Paulo: Atlas, 1980 (4a. edição).

Paoli, N.J. Ideologia e hegemonia - as condições de produção da educação. São Paulo: Cortez Ed. Autores Associados, 1980.

Parra, N. Tecnologia da Educação e o Ensino Superior - perspectivas. Educação Brasileira, 1978, 1,(2). 59-86.

Pedrazzani, J.C. Nale,N. Botomé, S.P. Uma estratégia para desenvolvimento da disciplina "Prática de Ensino" para os cursos de licenciatura na graduação. Trabalho desenvolvido como parte das atividades da disciplina "Prática de Ensino de Enfermagem" no 1º e 2º semestres de 1980, no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos. Não publicado.

Popham,W.J. Baker,E.L. Como estabelecer metas de ensino. Porto Alegre: Ed. Globo, 1976.

Ribeiro, D. A universidade necessária. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.

Ribes, E. Formación de professionales e investigadoes en psicologia con base en objetivos definidos conductualmente. Enseñanza e Investigación en Psicologia, 1976, I,(2), 18-23.

Rosenburg, S.P. Gonçalves,C.M.C. Botomé,S.P. Análise da infra estrutura necessária à implantação de um sistema de treinamento numa instituição governamental de saúde. Ciência e Cultura (Resumos), 1980, 32, (7), p.903.

Rosenburg,C.P. Peres,F. Botomé,S.P. O que é Saúde Pública ? Texto escrito como parte das atividades do trabalho no Departamento de Higiene Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em 1981. Não publicado.

Rubano,D.R. Utida,H.H. Hubner,M.M. Bassani, M.A. Uma proposta de instrumento de ensino para instalar respostas relacionadas à saúde em usuários dos Postos de Assistência Médica da Prefeitura Municipal de São Paulo. Anais da 8a. Reunião Anual de Psicologia. Ribeirão Preto: Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, 1978, p. 207.

Rubano,D.R. Utida,H.H. Alves,M.H.T. Botomé,S.P. A eficácia de um instrumento para auxiliar orientações de saúde sobre "primeiros cuidados com o recém-nascido" ministradas a gestantes nos Postos de Assistência Médica do Município de São Paulo. Ciência e Cultura (Resumos), 1979, 31, (7), p. 130.

Ryle, G. El concepto de lo mental. Buenos Aires: Paidós,1967.

Schick,K Operants. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 1971, 15, 413-423.

Simão, L.M. Identificação e descrição de comportamentos do professor e do aluno em situação de ensino-aprendizagem, através de análise do desempenho do professor. Trabalho apresentado na disciplina "Seminários de Pesquisa em Aprendizagem" no Curso de Pós Graduação em Psicologia Experimental da Universidade de São Paulo, no 2º semestre de 1980. Não publicado.

Short,J. Objetivos mensurables para programas educacionales. Em Ulrich,R. Stachnik,T. Mabry,J.(Orgs.) Control de la conducta humana: modificación de conducta aplicada al campo de la educación. Mexico: Trillas, 1978, pp. 366-381.

Skinner, B.F. The concept of the reflex in the descriptions of behavior. Journal of General Psychology, 1931,5, 427-458.

Skinner, B.F. The generic nature of the concepts of stimulus and response. Journal of General Psychology, 1935, 12, 40-65.

Skinner,B.F. The behavior of organisms. New York: Appleton-Century-Crofts, 1938.

Skinner,B.F. Beyond Freedom and Dignity. New York: Alfred A. Knopf, 1971.

Skinner,B.F. O mito da liberdade. Rio de Janeiro: Edições Bloch, 1972.

Skinner, B.F. Ciência e comportamento humano. São Paulo: EDART e Ed. da Universidade de São Paulo, 1974(2a. edição).

Skinner, B.F. Contingencias de reforzamiento. México:Ed.Trillas, 1979.

Stellern,J. Little,S. Vasa, J. Introduction to diagnostic-prescritive teaching and programming. New Jersey: Exceptional Press, 1976.

Steves, O.P. Objetivos educacionais. Rio de Janeiro: Arte e Industria Editora, 1968.

Tunes, E. Identificação da origem e natureza de dificuldades de alunos de pós graduação para formular problemas de pesquisa. Trabalho apresentado na disciplina "Seminários de Pesquisa em Aprendizagem" no Curso de Pós Graduação em Psicologia Experimental da Universidade de São Paulo, no 2º semestre de 1980. Não publicado.

Tyler, R.W. Principios básicos de currículo e ensino. Porto Alegre: Ed. Globo, 1978 (5a. edição).

Ullmann,L. Krasner, L. Case studies in behavior modification. New york: Holt, Rinehart & Winston, 1965.

Vargas,J.S. Como formular objetivos comportamentais úteis.São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária, 1974.

Varsavsky,O. Estilos tecnológicos: propuestas para la selección de tecnologias bajo la racionalidad socialista. Buenos Aires: Periferia, 1974.

INDICE DE AUTORES

A

Alves, M.H.T. 250, 271, 285, 435.

B

Baker, E.L. 93, 180.

Bassani, M.A. 250, 259, 263, 271, 285, 435.

Berlinguer, G. 60, 435.

Bori, C.M. 116, 268.

Botomé, S.P. 37, 38, 40, 44, 49, 56, 60, 87, 91, 94, 116, 120, 121, 146, 184, 200, 226, 231, 232, 236, 237, 238, 242, 245, 250, 259, 261, 264, 265, 271, 272, 273, 276, 277, 281, 284, 285, 299, 347, 370, 373, 376, 399, 413, 435, 438, 439, 445.

Bunge, M. 370.

Bushell, D. 57.

C

Cardoso, D.R. 91, 121, 232, 435.

Catania, A.C. 116.

Chaves, M.M. 39, 40, 41, 429.

Cohen, M. 197, 198.

Copi, I.M. 108.

Cortegoso, A.L. 250, 259, 261, 264, 265, 271, 284, 285, 435.

D

De Rose, J.C. 116, 268.

De Rose, T.M.S. 91, 121, 232, 250, 271, 285, 435.

Dresdner, D.M. 162.

Duran, A.P. 180, 184, 200.

E

Elzey, 37, 39, 113.

F

Ferreira, A.B. de H. 37, 59.

Ferreira, M.R. 250, 259, 261, 264, 265, 271, 284, 285, 435.

Franco, W. 91, 121, 232, 435.

Freitas, L.C. 288.

G

Goldberg, M.A.A. 116, 180, 232.

Gonçalves, C.M.C. 91, 121, 146, 200, 226, 232, 250, 271, 273, 276, 277, 281, 285, 299, 347, 373, 399, 413, 435, 445.

H

Holland, J.G. 56, 58, 95, 120, 288, 435.

H

Höbner, M.M.C. 250, 259, 261, 263, 264, 265, 271, 284, 285, 435.

K

Kaufman, R.A. 146.

Krasner, L. 57.

L

Latterner, C.G. 162.

Levine, S. 37, 39, 113.

Lewin, K. 57.

Little, S. 57.

M

Machado, L.M.C. 180, 184, 200.

Magee, B. 113, 145, 147.

Mager, R.F. 93, 116, 180, 438.

Mechner, F. 58, 180.

Mello, S.L. 430.

Millenson, J.R. 430.

Minicucci, A. 204

Miranda, A.M.M. 91, 121, 232, 435.

Moraes, A.B.A. 44, 232.

N

Naganuma, M. 91, 121, 232, 435.

Nagel, E. 197, 198.

Nale, N. 44, 232, 271.

Nicolau, H.M. 180, 184, 200.

O

Ogazawara, M. 91, 121, 232, 435.

P

Paoli, N.J. 121.

Parra, N. 116, 180, 232.

Pedrazzani, J.C. 44, 91, 121, 232, 271, 435.

Peres, F. 37, 38, 40, 60, 87, 94.

Popham, W.J. 93, 180.

R

Ribeiro,D. 269.

Ribes, E. 91, 116, 180, 231, 232, 439.

Rosenburg, C.P. 37, 38, 40, 60, 87, 94, 226, 285, 347, 373, 399, 413, 435, 445.

Rubano, D.R. 250, 259, 263, 271, 285, 435.

Ryle, G. 57, 435.

S

Schick, K. 116.

Short, J. 180.

Silva, E. 91, 121, 232, 435.

Silva, E.B. do N. 91, 121, 232, 435.

Silva, M.L.V. 180, 184, 200.

Silvério, E.A. 180, 184, 200.

Simão, L.M. 116, 268.

Skinner, B.F. 28, 29, 37, 50, 57, 156, 157, 376, 430.

Souza, D.G. 44, 232, 245, 438.

Spiech, J.A. 162.

Stellern, J. 57.

Steves, O.P. 180.

Stucky, D.M. 200, 271, 273, 276, 277, 435.

T

Tunes, E. 116, 268.

Tyler, R.W. 91.

U

Ubeda, E.M.L. 91, 121, 232, 435.

Ullmann, L. 57.

Uslan, G.M. 162.

Utida, H.H. 250, 259, 263, 271, 285, 435.

V

Vargas, J.S. 93, 116, 180, 438.

Varsavsky, O. 28, 54, 157.

Vasa, J. 57.

INDICE DE QUADROS

QUADRO 0.1. Representação esquemática da dicotomia representada pelo uso dos termos saúde e doença para falar da variável "condições de saúde de um organismo" . . . 38

QUADRO 0.2. Representação esquemática das variações que pode haver da variável "condições de saúde de um organismo" e que mostram a inadequação (principalmente imprecisão) dos termos "saúde" e "doença" para referir a porções desse continuum de variações. À direita pode-se ver que a dicotomia não parece adequada para descrever porções do fenômeno em questão 39

QUADRO 0.3. Representação esquemática de uma curva ("teórica") de variação das condições de saúde de um organismo. A faixa de valores entre as duas linhas pontilhadas seria a faixa entre os limites de condições de saúde de uma determinada raça e cultura em ambiente favorável e com uma determinada potencialidade. Os pontos assinalados pelas flechas indicam os episódios de "doença". 40

QUADRO 0.4. Representação esquemática de diferentes níveis de atuação possíveis pelos profissionais da área de saúde em relação às condições de saúde de um organismo. O último nível (abaixo e à direita no Quadro) é, de certa forma, uma interrogação ainda. . . 42

QUADRO 1.0. Hierarquização de algumas características das variáveis independentes envolvidas em um problema com as correspondentes tarefas a desenvolver conforme a característica predominante 60

QUADRO 1.1. Algumas condutas inadequadas (ou inexistentes — ver as negações) das mães e/ou gestantes potencialmente usuárias dos Postos de Saúde do município de São Paulo em relação à alimentação em suas casas. . 70

QUADRO 1.2. Razões apontadas para a ocorrência de condutas inadequadas ou para a inexistência de condutas adequa-

das da população-alvo do Programa em relação à alimentação 71

QUADRO 1.3. Exemplos de condutas inadequadas da população-alvo do Programa em relação à higiene 71

QUADRO 1.4. Razões apontadas para as condutas inadequadas ou para a inexistência de condutas adequadas da população-alvo em relação à higiene 72

QUADRO 1.5. Exemplos de condutas inadequadas e de inexistência de condutas adequadas da população-alvo do Programa em relação à própria saúde. 72

QUADRO 1.6. Razões apresentadas para a ocorrência de condutas inadequadas ou para a não-ocorrência de condutas adequadas da população-alvo do Programa em relação às suas condições de saúde. 73

QUADRO 1.7. Exemplos de condutas inadequadas e de inexistência de condutas adequadas da população-alvo do Programa em relação ao Posto de Saúde 74

QUADRO 1.8. Razões apresentadas para a ocorrência de condutas inadequadas ou para a não-ocorrência de condutas adequadas da população-alvo do Programa em relação ao Posto de Saúde 75

QUADRO 1.9. Exemplos de "condutas inadequadas" ou inexistência de "condutas adequadas" da população-alvo do Programa em relação a orientações de saúde dadas por profissionais 75

QUADRO 1.10. Razões apresentadas para a ocorrência de condutas inadequadas ou para a não-ocorrência de condutas adequadas da população-alvo do Programa em relação às orientações de saúde dadas por profissionais . . 76

QUADRO 1.11. Aspectos em relação aos quais foram listadas condutas que as usuárias deveriam apresentar. A lista acima foi retirada da lista e serviu para conferi-la após sua elaboração inicial. 77

QUADRO 1.12. Exemplos de classes de respostas que as usuárias dos Postos de Saúde deveriam apresentar em relação à alimentação da família 78

QUADRO 1.13. Exemplos de classes de respostas que as usuárias dos Postos de Saúde devem apresentar em relação à alimentação da criança pequena 79

QUADRO 1.14. Exemplos de classes de respostas que as usuárias dos Postos de Saúde deveriam apresentar em relação à higiene de crianças 80

QUADRO 1.15. Exemplos de classes de respostas que as usuárias dos Postos de Saúde devem apresentar em relação a doenças de crianças 81

QUADRO 1.16. Critérios explicitados pelo grupo de participantes, segundo os quais foram hierarquizadas as condutas dos usuários dos Postos de Saúde, do ponto de vista de prioridade 83

QUADRO 2.1. Primeiro resultado dos debates realizados pelos participantes para responder à questão: "o que os Postos Municipais de Saúde deveriam fazer para realizar os objetivos do Programa de Saúde Materno-Infantil proposto pela Secretaria de Estado da Saúde e diminuir os índices de mortalidade e morbidade a partir das características dos Postos Municipais de Saúde?" 110

QUADRO 3.1. Ações relativas à condição de cada gestante que procura o Posto de Saúde conforme o período da gravidez em que está e aquele em que começou a freqüentar o Posto de Saúde 126

QUADRO 3.2. Ações relativas à condição da criança cuja mãe freqüenta o Posto de Saúde desde a fase de gestação dessa criança, conforme os meses de idade até aos 18 meses de idade da criança 127

QUADRO 3.3. Ações relativas à condição da usuária criança, cuja mãe inicia a freqüência ao Posto de Saúde somente

após o nascimento da criança, conforme os meses de idade até aos 18 meses de idade da criança 128

QUADRO 3.4. Aspecto do "Quadro de Gestantes" antes de iniciar seu "preenchimento". Observam-se os cartões (caselas) em branco sobre os quais se escreveria o que o Posto de Saúde deveria fazer para atender as necessidades específicas da gestante correspondente à situação representada pela casela em foco 129

QUADRO 3.5. Classe de ações que os funcionários de um Posto de Saúde deveriam apresentar para atender a uma gestante (ou mulher com suspeita de gravidez) no primeiro mês de gravidez quando procura o Posto pela primeira vez. As classes grifadas representam classes de ações "alternativas" 134

QUADRO 3.6. Classes de ações que os funcionários de um Posto de Saúde deveriam apresentar para atender a uma gestante no 5º mês de gestação e que procura o Posto mensalmente desde o 1º mês de gestação. As classes grifadas representam classes de ações "alternativas". 136

QUADRO 3.7. Classes de ações que os funcionários de um Posto de Saúde deveriam apresentar para atender a uma gestante no 7º mês de gestação e que procura o Posto mensalmente desde o 5º mês de gestação. As classes grifadas representam classes de ações "alternativas". 138

QUADRO 3.8. Classes de ações que os funcionários de um Posto de Saúde deveriam apresentar para atender a uma gestante no 8º mês de gestação e que procura o Posto mensalmente desde o 3º mês de gestação. As classes grifadas representam classes de ações "alternativas". 139

Quadro 3.9. Classes de ações que os funcionários de um Posto de Saúde deverão apresentar para atender a uma gestante no final da gravidez (8,5º mês) e que procura o Posto pela primeira vez. As classes grifadas representam classes de ações "alternativas" 140

QUADRO 3.10. Classes de ações que os funcionários de um Posto de Saúde deveriam apresentar em relação a uma mãe (e respectiva criança) que, tendo participado do programa de atendimento de gestantes (pré-natal), retorna para atendimento no Posto de Saúde aproximadamente aos 15 dias de idade da criança. As classes grifadas representam classes de ações "alternativas". 142

QUADRO 3.11. Classes de ações que os funcionários de um Posto de Saúde devem apresentar em relação a uma criança que é levada ao Posto pela primeira vez aos seis meses de idade. A classe grifada representa uma classe de ação "alternativa" 144

QUADRO 3.12. Exemplo de uma possibilidade de ocorrência de usuários em diferentes condições, procurando os serviços do Posto de Saúde, simultaneamente (em um mesmo período de um mesmo dia). Os retângulos escuros representam diferentes conjuntos de ações que o Posto de Saúde deverá realizar em relação a cada condição dos usuários. Podem haver inúmeras outras possibilidades de combinação entre as possibilidades de diferentes condições dos usuários 154

QUADRO 4.1. Esquematização de como deveria ser "construído" o fluxograma de ações do Posto incluindo ações de rotina (em um "tronco" da seqüência) e ações alternativas (derivativos do "tronco"). A ordem de ações segue de acordo com a posição da esquerda para a direita 163

QUADRO 4.2. Fluxograma da seqüência de ações que o Posto de Saúde deverá apresentar à usuária potencial ou comprovadamente gestante que procurar o Posto de Saúde para atendimento de saúde pela primeira vez no supposto ou comprovado terceiro mês de gestação, incluindo ações de rotina e ações alternativas (na lista – acima e à direita do quadro – não aparece o detalhamento de algumas ações como, por exemplo, "dar consulta médica"). 166

QUADRO 4.3. Fluxograma da seqüência de ações que o Posto de Saúde deverá apresentar à usuária que procurar o aten-

dimento do Posto pela quinta vez no quinto mês de gestação, incluindo ações de rotina e ações alternativas (ver lista acima e à direita do Quadro) . . 168

QUADRO 4.4. Fluxograma da seqüência de ações que o Posto de Saúde deverá apresentar à usuária que procurar o atendimento do Posto aos 15 dias de idade da criança, tendo participado do programa de controle de saúde de gestantes (pré-natal). O fluxograma inclui ações de rotina (linha do meio) e ações alternativas (desvios da linha do meio). 170

QUADRO 5.1. Diagrama explicitando as situações (classes de estímulos antecedentes) e as ações (classes de respostas) correspondentes envolvidas na classe geral de ações dos funcionários de um Posto de Saúde, denominada "receber e encaminhar as pessoas..." (ver Quadro 4.2 188

QUADRO 6.1. "Condições" que foram listadas como sendo importantes para permitir o detalhamento das classes gerais de ações que os Postos deveriam apresentar aos usuários que procurassem seus serviços 209

QUADRO 6.2. Explicitação de algumas das características de como deveria ser a "Educação em Saúde" desenvolvida pelos Postos de Saúde 211

QUADRO 6.3. Explicitação de algumas das características de como deveria ser o "fornecimento de recursos básicos" nos Postos de Saúde 212

QUADRO 6.4. Definição dos horários de atendimento dos Postos de Saúde, em função de dois grandes tipos de atendimento de saúde: preventivo (ou programado) e curativo (de intercorrência de saúde) 213

QUADRO 6.5. Explicitação de algumas das características de como deveria ser a "organização de registros" das atividades dos Postos de Saúde 213

QUADRO 6.6. Explicitação de algumas das características do sistema de avaliação do trabalho dos Postos de Saúde. As flechas representam relações entre as características indicadas no quadro 214

QUADRO 6.7. Lista de orientações de saúde que atendia ao adjetivo "completo" para o Sistema de Educação em Saúde 217

QUADRO 6.8. Organização das orientações de saúde pelos dias da semana de forma a atender aos adjetivos "estável" e "contínuo" para o Sistema de Educação em Saúde a ser organizado nos Postos de Saúde. 218

QUADRO 6.9. Distribuição das orientações de saúde necessárias para as gestantes usuárias dos Postos de Saúde de acordo com os períodos da gestação mais adequados para ocorrerem as orientações e que atende à qualificação de "adaptado ao período de gravidez de cada usuária" para o Sistema de Educação em Saúde. . . . 220

QUADRO 6.10. Distribuição das prioridades de cada orientação de saúde de forma a poderem ser oferecidas de acordo com a freqüência da usuária ao Posto de Saúde durante a gestação de forma a atender à qualificação de "adaptado a cada usuária conforme a freqüência ao Posto de Saúde" para o Sistema de Educação em Saúde 222

QUADRO 6.11. "Estratégia" proposta para atender à necessidade se o Sistema de Educação em Saúde fosse integrado aos demais serviços dos Postos de Saúde 224

QUADRO 7.1. Características gerais do sistema de orientações de saúde que seriam oferecidas às gestantes e mães usuárias dos Postos de Saúde. 252

QUADRO 7.2. Descrição dos componentes — situação (S^A), classe (R) e produto (S^C) — envolvidos no comportamento "escolher a orientação mais adequada para cada usuário a cada retorno ao Posto para controle de saúde". 253

QUADRO 7.3. Miniatura da "Ficha de Orientações de Saúde para Gestantes e Mães" a ser usada no Expediente dos Postos de Saúde para permitir uma escolha de qual orientação deve ser dada à usuária de acordo com sua situação (idade da gestação ou da criança, freqüência ao Posto e Orientações de Saúde já recebidas) . 254

QUADRO 7.4. Resumo do procedimento de uso da "Ficha de Orientações de Saúde para Gestantes e Mães" usuárias dos Postos de Saúde 257

QUADRO 7.5. Características, regras e resultados a obter relacionados à realização de cada uma das orientações de saúde oferecidas às usuárias dos Postos de Saúde 258

QUADRO 7.6. Esquema de uma unidade de um "Manual de Orientações de Saúde" que parecia permitir a realização de cada orientação de acordo com as características especificadas (ver Quadro 7.4). 260

QUADRO 7.7. Exemplo de uma "folha de informações" retirada do "Manual de orientação de saúde sobre escolha e preparo de alimentos" (Cortegoso e outros, 1979) . . . 261

QUADRO 7.8. Exemplo de uma folha de "solicitação e conseqüenciação do desempenho do orientando" retirada do "manual de orientação de saúde sobre escolha e preparo de alimentos" (Cortegoso e outros, 1979) . . . 264

QUADRO 7.9. Unidades do "manual de orientação de saúde sobre escolha e preparo de alimentos". Em letra alta o desempenho do orientando e em letra baixa a pergunta que devia ser capaz de responder ao final da orientação (Retirado de Cortogoso e outros, 1979). . . . 265

QUADRO 8.1. Modelo da página do "livro de agendamento" (agenda) utilizado como primeiro tipo de "agendamento de usuários" nos Postos de Saúde 308

QUADRO 8.2. Algumas informações retiradas do exame das agendas durante o período de teste das mesmas (cerca de qua

tro meses). As informações referem-se ao primeiro tipo de "agendamento de usuários" 309

QUADRO 8.3. Modelo de uma folha aberta do "Bloco de Agendamento" construído para marcar retorno de gestantes usuárias dos Postos de Saúde. Na parte superior está a página de "continuação" da página inferior. O modelo refere-se ao primeiro desenho construído para os Postos de Saúde, a partir das informações descritas no Quadro 8.2. 311

QUADRO 8.4. Informações retiradas do exame dos registros feitos no primeiro modelo de "Bloco de Agendamento" construído para uso dos Postos de Saúde, das observações feitas nos Postos de Saúde e das informações sobre novas definições (desde o início do agendamento) a respeito dos serviços dos Postos de Saúde. 314

QUADRO 8.5. Modelo das duas páginas (superior e inferior) do "Bloco de Agendamento do Programa de Pré-Natal", que integrava os atendimentos médico, odontológico e de orientações de saúde (o quadro permite visualizar as duas páginas — superior e inferior — de um "bloco" aberto em uma folha qualquer) 317

QUADRO 8.6. Modelo das duas páginas (superior e inferior) do "Bloco de Agendamento de pediatria" que integrava os vários serviços (o quadro permite visualizar as duas páginas de um "bloco" aberto em uma folha qualquer) 320

QUADRO 8.7. Informações obtidas a partir das observações sobre o uso do "Bloco de Agendamento" (modelo dos Quadros 8.5 e 8.6) e das definições dos serviços a serem oferecidos em cada Posto de Saúde 323

QUADRO 8.8. "Mapeamento" das informações a respeito do atendimento de usuários no Programa de Controle de Saúde de Pré-Natal, de forma a ter uma "distribuição" dos clientes pelos diferentes serviços do Posto, sendo oferecidos no mesmo dia com um mínimo de tempo de permanência do cliente no Posto de Saúde. 325

QUADRO 8.9. "Mapeamento" das informações a respeito do atendimento de usuários do Programa de Controle de Saúde de Pediatria (até 12 meses de idade) de forma a ter uma "distribuição" dos clientes pelos diferentes serviços do Posto, sendo oferecidos no mesmo dia com um mínimo de tempo de permanência do cliente no Posto de Saúde 328

QUADRO 8.10. Modelo das duas páginas (superior e inferior) do "Bloco de Agendamento do Atendimento de Controle de Saúde" (Programas de Pré-Natal e de Assistência à Criança), integrando vários atendimentos, no período "programático" dos Postos de Saúde (período da tarde). 330

QUADRO 8.11. Modelo das duas páginas (superior e inferior) do "Bloco de Agendamento do Atendimento Ambulatorial" para adultos e crianças, integrando os serviços fornecidos no período de "Atendimento Ambulatorial" (período da manhã). 332

QUADRO 9.1. Modelo de Ficha de Fluxo e Aprazamento usada para orientar o encaminhamento do prontuário pelos diversos atendimentos e para controle estatístico no atendimento de gestantes e crianças (até 12 meses de idade) no período da tarde (atendimento programático — de controle de saúde) nos Postos de Saúde. 359

QUADRO 9.2. Modelo de Ficha de Fluxo e Aprazamento usada para orientar o encaminhamento do prontuário pelos diversos atendimentos e para controle estatístico no atendimento de crianças (até a idade adulta) e adultos no período da manhã (atendimento ambulatorial — de clínica médica) nos Postos de Saúde 363

QUADRO 9.3. Desenho representando como eram colocadas as caixas para recepção de prontuários em cada serviço do Posto de Saúde. A caixa pontilhada ilustra a posição em que devia ser colocada a caixa no caso de a porta abrir para o lado "de fora". Em cada caixa havia uma lista dos serviços que ocorriam na sala com avisos sobre a maneira de colocar prontuários (Quadro 9.4). 364

QUADRO 9.4. Exemplo do tipo de "aviso" que era colocado em cada Caixa, "sinalizando" (indicando) os serviços que eram realizados naquele local e o procedimento de uso das Caixas. O conteúdo dos avisos variava de acordo com as características do serviço 366

QUADRO 10.1. Aspecto reduzido da frente da "Ficha de Pré-Natal" (correspondente à "Ficha Obstétrica") existente nos Postos de Saúde antes da realização do trabalho relatado neste Estudo 384

QUADRO 10.2. Aspecto (reduzido) do verso da "Ficha de Pré-Natal" existente nos Postos de Saúde antes da realização do trabalho relatado neste Estudo. A frente da "Ficha de Pré-Natal" está ilustrada no Quadro 10.1.. . 385

QUADRO 10.3. Significado dos números componentes do número composto correspondente a cada prontuário familiar do Posto de Saúde. 404

QUADRO 10.4. Modelo da primeira página das quatro componentes do registro médico do atendimento de Pré-Natal (Ficha Obstétrica). A Ficha Obstétrica Original tem a folha com um tamanho igual ao de uma folha do tipo "ofício" (31,5x21,5cm, aproximadamente) 407

QUADRO 10.5. Modelo da segunda página das quatro componentes do registro médico do atendimento de Pré-Natal (Ficha Obstétrica). A página contém a indicação dos dados a serem obtidos em continuação à primeira página para a primeira consulta obstétrica em uma gestação específica 409

QUADRO 10.6. Modelo da terceira página das quatro componentes do registro médico do atendimento de Pré-Natal (Ficha Obstétrica). A página é disposta no prontuário de forma a ser lida em continuação à segunda página (primeira consulta obstétrica) 410

QUADRO 10.7. Modelo da quarta (e última) página da Ficha Obstétrica, contendo as indicações para registro dos dados do atendimento relativo às consultas dos médicos "pós-parto" 412