

**DEBORAH CARVALHO MALTA**

**EMERSON ELIAS MERHY**

**BUSCANDO NOVAS MODELAGENS EM SAÚDE: AS CONTRIBUIÇÕES DO  
PROJETO VIDA E DO ACOLHIMENTO PARA A MUDANÇA DO PROCESSO DE  
TRABALHO NA REDE PÚBLICA DE BELO HORIZONTE, 1993 - 1996**

**DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA: PLANEJAMENTO E  
ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE, DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
PREVENTIVA E SOCIAL**

**ORIENTADOR: PROF. DR. EMERSON ELIAS MERHY**

**PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**CAMPINAS**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**2001**

## **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996<sup>1</sup>**

**Deborah Carvalho Malta<sup>2</sup>**

**Emerson Elias Merhy<sup>3</sup>**

### **Resumo**

O presente estudo analisa a implantação de dispositivos de intervenção institucional no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, o Projeto Vida e o Acolhimento, verificando se há uma relação positiva entre esses dispositivos e o impacto na assistência, especialmente entre a população infantil. A metodologia buscou interrogá-los a partir de marcadores de avaliação: financiamento, acesso, eficácia, publicização, novas tecnologias de trabalho e sustentabilidade do projeto. A opção por esses marcadores deu-se em função das diretrizes e pressupostos do movimento sanitário brasileiro. Para cada marcador foram propostos indicadores. Foram utilizadas múltiplas técnicas de coleta de dados, empregando-se dados quantitativos e qualitativos, para isso recorreu-se a documentos de registros públicos, bancos de dados, pesquisas e outros, buscando uma variedade de enfoques. Os principais resultados da análise foram: no *financiamento* houve crescimento nos recursos investidos, devido aos investimentos municipais - Recursos do Tesouro Municipal (ROT) e aumento de transferências federais. Os indicadores utilizados demonstraram a ampliação de serviços, o aumento na folha de pagamentos e o aumento da compra de medicamentos. Houve maior comprometimento orçamentário com os projetos estudados, portanto maior investimento com as políticas públicas em saúde. O marcador *acesso* foi avaliado por medidas indiretas, que indicaram o aumento da oferta de serviços e, conseqüentemente, a maior facilitação do acesso. Houve um aumento da capacidade instalada, demonstrada pela ampliação dos diversos procedimentos ambulatoriais (consultas médicas, apoio diagnóstico, etc) e pela contratação de Recursos Humanos. Empregou-se como indicador a incorporação de novas necessidades na assistência, estudando-se o projeto de atenção às doenças respiratórias. O marcador *eficácia* foi analisado através de indicadores quantitativos, que permitiram avaliar a melhoria no desempenho ambulatorial, maior atendimento de casos agudos, redução na internação e na mortalidade infantil, inclusive em áreas de risco. Podemos afirmar que ocorreu melhora dos indicadores, ou maior

---

<sup>1</sup> Este trabalho constitui uma síntese da Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Área: Planejamento e Administração em Saúde, do DMPS/FCM/UNICAMP.

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva (Administração e Planejamento), Mestre em Saúde Pública (Epidemiologia). Rua Gravataí, 40/201, Serra, Belo Horizonte, MG. CEP 30240-070. [dcmalta@uol.com.br](mailto:dcmalta@uol.com.br)

<sup>3</sup> Professor Livre Docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP, Doutor em Saúde Pública. Cidade Universitária Zeferino Vaz, Distrito de Barão Geraldo, DMPS/FCM, CP 6111, Campinas, SP. CEP13083-970. [emerhy@fcm.unicamp.br](mailto:emerhy@fcm.unicamp.br)

eficácia, tendo o conjunto de ações implementadas produzido impacto positivo. O marcador *publicização* relaciona-se com a construção coletiva das propostas, envolvendo os atores nos projetos institucionais. A análise mostrou que a gestão pautou-se por práticas democráticas envolvendo os trabalhadores nos projetos institucionais e buscou a participação popular nas definições, controle e fiscalização das ações de governo. Buscou também o controle do setor conveniado, levando, com isso, à *publicização* da gestão. O marcador *novas tecnologias* foi utilizado sob a perspectiva do emprego de novas ferramentas de análise que possibilitaram intervir no processo de trabalho. As *novas tecnologias* empregadas foram: a *rede de petição e compromisso*, os *protocolos assistenciais*, o *fluxograma analisador* e alguns indicadores do programa de *Avaliação de Desempenho*. O uso das ferramentas analisadoras permitiu revelar qualitativamente o modo de operar o cotidiano, os produtos e resultados alcançados, os princípios ético-políticos que nortearam a ação, constituindo instrumento de gestão para os trabalhadores e gerências locais. O conceito de *sustentabilidade* toma emprestado da concepção ambiental ou econômica os elementos do fluxo, da responsabilidade da transmissão entre gerações, dos determinantes da auto-sustentação, da continuidade, dos garantidores. A opção pela implantação de determinado modelo tecno-assistencial dá-se *a priori*, passando ou pela decisão de seguir a lógica de mercado (modelo hegemônico), ou pela definição das diretrizes do SUS. No caso da segunda opção, também estão colocadas disputas decorrentes das diferentes compreensões dentro da saúde coletiva. Em Belo Horizonte esses elementos resultaram na crise que levou à saída da equipe e à não-sustentação dos projetos implantados até então. A saúde é um território de práticas em permanente estruturação, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres, não existindo um formato único. Coloca-se um desafio que é o de utilizar mecanismos ou estratégias gerenciais nas novas modalidades assistenciais, que não anulem as anteriores, convivendo e recriando sempre o novo. Esses novos processos instituintes podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas. Conclui-se que o Projeto Vida e o Acolhimento consistiram em bons dispositivos de intervenção institucional, pois evidenciaram novos sujeitos, que desenvolveram novas ações, que modificaram o modelo de atenção. As mudanças consistiram no aumento do financiamento das ações, na ampliação do acesso, *publicização* da gestão, na utilização de novas tecnologias de mudança do processo de trabalho, na maior eficácia dos serviços no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, especialmente junto à população infantil. Através dos marcadores de avaliação utilizados, pôde-se também construir uma metodologia de abordagem de outras experiências. A metodologia proposta possibilita olhar para outras experiências e avaliá-las quanto aos seus pressupostos, acertos e limites.

## 1 Introdução

É grande o desafio de transformar em realidade os princípios aprovados para o setor saúde nos textos constitucionais - universalidade do acesso, integralidade das ações, equidade. Torna-se um desafio construir serviços que respondam aos problemas de saúde dos usuários de maneira efetiva, implementando projetos tecno-assistenciais centrados nas necessidades dos usuários (MERHY, 1994; MALTA et al., 1998b).

Na história recente do Brasil os diferentes segmentos sociais têm expressado diferentemente suas estratégias políticas para a sociedade, traduzindo-se em diferentes projetos de intervenção. No âmbito da saúde conformam-se distintos modelos tecno-assistenciais apoiados em diferentes formas de organizar a produção em saúde, em determinadas sociedades e períodos. Esses modelos sustentam-se numa dimensão política, organizacional, assistencial e de saber e disputam a hegemonia entre si. De um lado concorrem os modelos tecno-assistenciais da política neoliberal e de outro, os que pretendem implementar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), comprometidas com a saúde como direito de cidadania (MERHY, 1994; BUENO & MERHY, 1997; SILVA Jr., 1998; REIS, et al. 1998).

O ideário neoliberal leva a termo a política geral de: privatização da produção de bens e serviços, desregramento da economia deixando-a sob o jugo das forças de mercado; contenção de gastos através de medidas que promovam a austeridade, cortando em especial os gastos com políticas sociais; seleção de atendimento às necessidades urgentes de segmentos sociais praticamente excluídos dos direitos mínimos de cidadania, para os quais são desenvolvidas políticas sociais compensatórias. A tradução dessas políticas na política de saúde de seu governo é a consolidação de um modelo segundo o qual segmentos médios e ricos da população seriam cobertos pelos Planos Privados de Saúde, ficando reservada aos excluídos e miseráveis uma *cesta básica* composta com ações programáticas em serviços primários de saúde, em grande parte realizadas por pessoal sem formação específica, com tecnologias simplificadas, visando baixar custos (REIS, et al, 1998).

Já a política geral inspiradora do SUS tem suas raízes nas lutas sociais pela redemocratização do país no final dos anos 70 e anos 80, afirmando a saúde como direito de

cidadania traduzido nos princípios de universalidade do acesso, equidade, integralidade da atenção, controle social e gestão única em cada esfera de governo. No entanto, a concretização dessa política de saúde em uma articulação de saberes e numa nova organização técnico-assistencial, apesar de algumas experiências municipais com relativo êxito, tem tido enormes dificuldades, seja por que é um modelo em construção e que exige ousadia e inovações, seja pela força opositora da política de saúde do projeto neoliberal.

Nos anos 90, especialmente com o processo de descentralização (municipalização), alguns municípios buscaram modelos tecno-assistenciais que pudessem concretizar os princípios da "Reforma Sanitária". Mesmo nos lugares onde o sistema sofreu implantação mais efetiva, conviveu-se com a incapacidade de geração de uma real mudança no modo de se produzir saúde, não ocorrendo de fato a superação do modelo hegemônico. O atual modelo de assistência mostra debilidades do ponto de vista da apresentação de mudanças concretas no seu modo de operar, sendo ainda sua engrenagem assistencial centrada na produção de procedimentos médicos, sem evidenciar impactos efetivos na saúde.

Assim, torna-se importante investigar projetos de intervenção que se propõem a transformar os princípios constitucionais do SUS em realidade, analisando os processos institucionais e as diferentes tecnologias utilizadas, especialmente as ações nos campos: da formulação e decisão de políticas, da gestão organizacional em suas dimensões macro e micro, e da gestão de processos de trabalho em saúde que objetivam novas modelagens desses processos e redefinições das relações de compromisso entre dirigentes e equipes de saúde (MERHY, 1998).

O campo da saúde coletiva mostra-se rico em propostas alternativas que podem assumir um enfrentamento, no plano teórico e político, com o modelo hegemônico e suas tentativas de mudanças, no sentido de se materializar as bandeiras da "Reforma Sanitária". Dessa forma, amplia-se o debate sobre o tema, pois *"o campo dos debates científicos também é um campo de disputa de poder. Observar a história é confrontar opções, caminhos às vezes percorridos e pensar o novo"* (SILVA Jr., 1998).

O presente estudo se propõe a analisar os dispositivos de intervenção institucional utilizados no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS/BH), e identificar as mudanças processadas no modelo de atenção, verificando se foi alterado o processo de trabalho em saúde, ampliado o acesso, humanizados e melhorados os serviços prestados. Ou seja, verificar se há uma relação positiva entre os dispositivos de intervenção e o impacto destas mudanças na assistência, especialmente entre a população infantil.

## 2- Metodologia

O estudo analisou a experiência do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS/BH), no período de 1993 a 1996, uma vez que, em 1993, uma nova gestão assumiu a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e se propôs a implantar, mudanças no modelo de atenção e de gestão na saúde.

A construção de um novo modelo de saúde, em Belo Horizonte, foi pontuada por diversos dispositivos de intervenção no seu processo institucional. A análise de um ou mais desses dispositivos permitiria uma análise institucional e expondo os seus agentes, suas intenções e modos de ação. Optou-se por analisar o Projeto Vida e o Acolhimento, enquanto dispositivos de intervenção institucional desse processo, investigando se há uma relação positiva entre eles e o impacto causado no modelo.

As dificuldades do processo de avaliação são inúmeras, tanto conceituais quanto operacionais. Avaliar é atribuir valor, entretanto, nem sempre estão estabelecidos os critérios sobre os quais se determina este valor e tampouco os objetos que serão valorizados. Destaca-se também que a avaliação não é imparcial, dotada de suposta neutralidade técnica, mas depende da visão de mundo daqueles que a realizam. A maneira como se estrutura o sistema de informação subordina-se a alguma concepção de modelo assistencial. A própria construção da análise destas informações igualmente é dotada de intencionalidade e direcionalidade. Da mesma forma não há um único caminho avaliativo, ou seja, não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais, sendo muitas vezes selecionadas algumas dimensões para a análise em detrimento de outras. Os seus resultados são uma aproximação à realidade e podem ser operacionalizados por vários caminhos (ACURCIO et al., 1991). Segundo Pinto (1986), o que torna científica uma avaliação não é a descoberta de uma única verdade, e sim, o esforço para verificar observações e validar o seu significado ou, seus diferentes significados.

A avaliação de uma intervenção deve permitir não somente o julgamento de sua eficácia, mas também dos fatores explicativos dos resultados obtidos, tendo em vista modificações posteriores (HARTZ, 1997, CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997).

Como pretendemos avaliar uma intervenção social, tornando-a objeto de investigação, utilizamos uma construção metodológica particular que nos possibilitou apreender a realidade e as transformações oriundas de uma determinada forma de intervir em saúde. Utilizamos métodos de coleta de dados tanto quantitativos quanto qualitativos, possibilitando integrar enfoques metodológicos diversos, captando as pautas de interação dos atores sociais e a forma como eles

afetaram o programa e suas consecuições, bem como o processo de aprendizagem das organizações encarregadas da execução dos programas. Foram analisados elementos quantitativos, ações relacionadas e metas alcançadas e, por outro lado, dados do tipo qualitativo e situacionais destinados a coletar informação sobre as pautas de interação, as perspectivas e as estratégias dos atores e os fatos contextuais.

O uso combinado de métodos permite ao avaliador usar uma variedade de enfoques para examinar diferenças sutis que de outra maneira escapariam da sua atenção. Além disso, aumenta a legitimidade do estudo e a possível utilização dos resultados da pesquisa (SULBRANDT, 1994).

A possibilidade da utilização dos dados da avaliação tem outro sentido, que é o de possibilitar a aprendizagem a partir dos erros, omissões e dificuldades encontradas na execução das políticas e programas. Para isso torna-se importante devolver a avaliação para o conjunto dos atores diretamente envolvidos e para os grupos beneficiários, ou usuários do programa (SULBRANDT, 1994).

O gestor tem a capacidade de intervir no processo organizacional, no processo de trabalho e provocar mudanças que podem produzir impacto em diversos campos (política, organização e processo de trabalho). A análise desses processos permitirá mobilizar memórias e reconstituir certas linhas de significações dos fatos e das disputas em torno dos mesmos, além de possibilitar à instituição falar, expondo os seus agentes e suas intenções e dispositivos de ação. A análise das mudanças produzidas por esses dispositivos institucionais possibilita reportar às várias fontes de memórias sobre os mesmos, sejam elas os próprios agentes envolvidos, os registros da imprensa ou similares, os registros da organização, ou o fazer cotidiano na instituição (LAPA, 1998).

A investigação pode ser conduzida através da totalidade dos dispositivos institucionais desenvolvidos ou parte deles.

## **2.1 A escolha dos marcadores**

Propôs-se interrogar os processos institucionais segundo determinados marcadores de avaliação: *financiamento, acesso, eficácia, publicização, novas tecnologias de trabalho e sustentabilidade do projeto*. Esses marcadores têm origem na discussão de determinados grupos sociais implicados na Reforma Sanitária Brasileira, que ousaram buscar a mudança no modo de fazer a saúde. A invenção da mudança deu-se pela construção de um movimento, no qual os sujeitos constituíram novas matrizes discursivas que permitiram caracterizar uma certa identidade e, conseqüentemente, organizar novas práticas que expressassem esses novos pressupostos e interesses

(CECÍLIO, 1994). Esses marcadores decorrem desse novo desenho do movimento sanitário brasileiro, ou de uma parte do mesmo, e tomam como pressuposto de mudança, no sistema de saúde, as grandes diretrizes constitucionais como: a garantia do acesso universal, a equidade e as bases do financiamento (MERHY, et al. 1992; MERHY, 1992; CAMPOS, 1992; CAMPOS, 1994; MENDES, 1996).

Na análise dos marcadores que expressam a mudança do Sistema Único de Saúde, a proposição dos marcadores de avaliação (acesso, publicização, financiamento, novas tecnologias de trabalho, eficácia) como metodologia de análise seguiu o que foi proposto por Merhy & NESCE (1999). Os autores buscaram indagar sobre a evolução do padrão de gastos em saúde, a criação de novos mecanismos de financiamento das intervenções, a produção de novos atos em saúde e novas tecnologias que ampliassem o acesso e possibilitassem maior eficácia e equidade em saúde. Incorporamos essa metodologia e acrescentamos um novo marcador "a sustentabilidade do projeto", face às constantes discontinuidades dos processos institucionais e a necessidade de avaliar a continuidade de processos, projetos.

## **2.2 Conceituando os marcadores**

O movimento sanitário brasileiro desde os anos 70 se mobilizou em torno de uma proposta que resultou no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e no texto constitucional de 1988, baseado em três aspectos fundamentais: a) a saúde define-se num contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pelo cidadão em suas lutas cotidianas, sendo o resultante das condições gerais de vida; b) saúde é um direito de cidadania e dever do estado; c) o Sistema Único de Saúde tem como princípios a universalidade, integralidade e equidade e como diretrizes a descentralização, hierarquização e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O uso do financiamento como categoria de avaliação de determinado modelo assistencial fundamenta-se no fato de que a aplicação de recursos define a intencionalidade do governo. O gasto em saúde define campos, demarca interesses conflitantes, como a disputa pela ampliação do modelo médico hegemônico (expansão da indústria capitalista e procedimentos, ao lado do financiamento de ações simplificadas e focalizadas para grupos excluídos), ou por outro lado, o entendimento da saúde enquanto política universal, integral e equânime, comprometida com a vida e com a redistribuição das riquezas.

O acesso é conceituado por Donabedian (1990) como a "capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente". O estudo da acessibilidade



permite apreender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população, em termos de ações de saúde, e a oferta de recursos para satisfazê-las. Por limitações metodológicas utilizamos medidas indiretas de acesso, que indicam a oferta de serviços e, conseqüentemente, a maior facilitação do acesso.

*Eficácia* é entendida como o poder de produzir um efeito, ou seja, o benefício ou utilidade para o indivíduo, através de um serviço, tratamento, medida preventiva ou controle. Pode ser conceituada também como a capacidade de intermediar a produção de resultados melhores ou ainda não alcançados anteriormente (CAMPOS, 1988; WHO, 1972; GONÇALVEZ, 1994). Devemos também incluir a noção de eficácia populacional que considera o grau de cobertura da intervenção, sua aceitabilidade e sua acessibilidade na população alvo (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997).

Segundo o dicionário Aurélio, publicar diz respeito a tornar público, manifestar, divulgar, espalhar, propalar (FERREIRA, 1995). O termo publicizar ainda não foi incorporado à língua portuguesa, embora seja de uso frequente na linguagem oral e jornalística. Souza (2001), utiliza o termo "*publicização*" no sentido de socialização da informação, de tornar público e comum o que não era. Apesar de constituir um neologismo, optamos por incorporá-lo. Quando tomamos a *Publicização* enquanto eixo de análise, estamos nos referindo a uma construção ainda mais ampla que "dar conhecimento das decisões". Referimo-nos a uma efetiva forma de participação popular nas definições e no controle das ações de governo a serem empreendidas, à construção coletiva das propostas com o conjunto dos trabalhadores da saúde, à capacidade de situar o interesse público acima do privado, à capacidade de gerir o setor conveniado/contratado de forma a que ele se subordine ao interesse público e à possibilidade de desprivatizar o público. Ou seja, tornar democrática a gestão, partilhar o processo decisório.

Usualmente o conceito de "*novas tecnologias*" é tido como o conjunto "de produtos biotecnológicos, drogas e equipamentos médicos, procedimentos terapêuticos e sistemas de apoio à decisão" (ALMEIDA & INFANTOSI, 1998). Neste estudo o empregamos como sendo a utilização de novas "ferramentas" de análise que possibilitaram intervir no processo de trabalho, permitindo ajudar na busca de respostas e saídas sobre o fazer em saúde, abordando aspectos da micropolítica do trabalho em saúde, visando publicizar o espaço e buscar novos sentidos e formatos e instrumentalizando o conjunto dos trabalhadores na gestão efetiva do seu processo de trabalho (MERHY & CHAKKOUR, 1997).

O conceito de *sustentabilidade* começou a ser difundido a partir da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente, em 1972, e tem sido gradualmente incorporado à gestão pública, às estratégias empresariais e às ações da sociedade civil organizada no Brasil (PNUD - PROGRAMA

DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 1996). Trabalha-se com a noção de "satisfazer as necessidades da geração atual sem comprometer as necessidades das gerações futuras"; envolve, portanto, equidade intergeracional (BANCO MUNDIAL, 1992).

O conceito da sustentabilidade é aplicado para além das fronteiras ambientais. Não iremos empregá-lo aqui segundo a lógica econômica, mas tomando emprestado os elementos do fluxo, da responsabilidade da transmissão entre gerações, da reflexão colocada sobre os determinantes da auto-sustentação, da continuidade, dos garantidores. Essa é uma reflexão nova, mas necessária dentro das políticas públicas, em decorrência das inúmeras experiências de interrupção e descontinuidade de projetos muitas vezes eficazes e modernizantes, em função da quebra da hegemonia local. Torna-se importante avaliar a instituição de mecanismos de auto-sustentação, ou seja, a produção de atores (sujeitos) conseguiu a manutenção dos projetos, ou a institucionalização dos projetos e interrogando o porquê do desmonte, mesmo no caso de avanços comprovados.

Dados os conceitos referenciais utilizados para os marcadores/analísadores, procurou-se interrogá-los construindo indicadores que possam apontar a mudança ocorrida. Os indicadores propostos ou, os instrumentos de medição, têm por finalidade dimensionar a mudança, os resultados ou o impacto de uma atividade, de um projeto ou de um determinado programa. Os indicadores escolhidos para cada marcador estão relacionados nos QUADROS 1 a 6 A.

### **2.3 As fontes**

A metodologia utilizada nesta investigação não utilizará um único tipo de desenho, nem numa única técnica de coleta de dados, lançando mão de dados quantitativos e qualitativos. Para isto recorrerá a elementos quantitativos, mensuráveis, duros e por outro lado, a dados do tipo qualitativos e situacionais destinados a coletar informação sobre a interação entre os diversos atores, suas perspectivas e estratégias, a forma como eles afetam o programa e sobre fatos contextuais. (SULBRANDT, 1994). Neste sentido, serão utilizadas análises de documentos e de registros públicos, dentre outros, possibilitando uma variedade de enfoques para examinar diferenças que de outra maneira escapariam.

A utilização de múltiplos instrumentos e focos de observação é também considerada uma forma de avaliar a coerência dos resultados, sugerindo uma maior confiabilidade interna dos dados utilizados, aumentando assim a validade interna (HARTZ, et al, 1997).

As fontes de pesquisa foram distintas e constaram de documentos institucionais que descreviam a implantação do processo, documentos do Conselho Municipal de Saúde (publicações periódicas, jornais, atas, relatórios das Conferências, pesquisas), monografias e trabalhos de

instituições de pesquisa; avaliações institucionais e documentos de entidades de classes, além dos relatórios dos bancos de dados como: o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), outros sistemas de avaliação existente na instituição, Sistema dos Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Sobre Nascidos (SINASC). Essas últimas fontes permitiram avaliar a evolução da morbidade hospitalar, da morbidade ambulatorial e o acompanhamento de grupos como: desnutridos, crianças sob vigilância, gestantes, o perfil dos nascidos vivos e a evolução da mortalidade infantil, buscando identificar possíveis mudanças no período e estabelecer o perfil da morbimortalidade.

As fontes foram muito variadas, assim como os procedimentos de coleta. Quanto aos bancos de dados, não há como padronizá-los o tempo todo; portanto, corre-se o risco de, em certas situações, não ter indicadores e sim, indícios. A opção, entretanto foi de correr o risco, subordinando as informações quantitativas à análise qualitativa. Na contemplação das múltiplas fontes, busca-se que a insuficiência de uma fonte seja compensada pela informação de outra fonte. Poderemos perder, às vezes, na especificidade de uma fonte, mas ganharemos na multiplicidade das mesmas. Dessa forma estaremos operando com indicadores sinérgicos, ou seja, indicadores que mesmo não sendo robustos, vão reforçando uma determinada linha de análise, por apontarem sempre no mesmo sentido e por trazerem embutidos indícios semelhantes. Ou seja, estaremos buscando indícios de mudanças através de dados que, se isolados, muitas vezes seriam insuficientes.

Outra característica a ser ressaltada é que o mesmo indicador pode responder a interrogações de diferentes tipos de marcadores, demonstrando a forma processual e imbricada da análise. Assim, poderemos ter indicadores que demonstrem não só a melhoria de acesso mas também o aumento da eficácia, criando, assim, uma análise complementar e em cadeia. Os indicadores não são estáticos, não se restringem a uma única categoria. Dialogando entre si, descortinando juntos uma outra possibilidade analítica, imbricada e não estática, demonstram certas especificidades e sensibilidades cruzadas. Cabe destacar ainda que também lançaremos mão de traçadores, tentando perceber indícios de mudanças. Em algumas situações, teremos indicadores robustos quantitativamente, embora não tenhamos o compromisso de obter sempre resultados objetivos, a todo o tempo. Nosso objeto de análise é processual, é analítico do ponto de vista de conformação do processo de trabalho. Assim, lançaremos mão de indicadores diretos e indiretos. O que comanda é sobretudo a intenção da medida, ela é que condiciona essa discussão e a análise, definindo as variações na utilização dos indicadores, o tipo de medida possível e o grau de medida.

Reconstruir a memória de processos constitui tentativa de que os sujeitos, ou atores, dêem o significado à sua ação. Portanto, reconstruir memória implica identificar a disputa de fontes, ou

seja, busca-se através do uso de todas as fontes qualitativas e quantitativas recuperar as distintas maneiras como as pessoas falam das coisas, dos acontecimentos, vindos de lugares distintos. A riqueza está na identificação desses diversos recortes. Não se busca o consenso ou que todas as fontes apontem exatamente a mesma versão do ocorrido. Pode-se chegar a impressões distintas, mas nunca contraditórias. Quando se estabelece o contraditório, o mesmo torna-se um tema analítico.

Ao lançar mão conjuntamente da análise quantitativa e qualitativa, optamos por cruzar fontes e buscar a reconstrução do processo, inclusive nas suas tensões e conflitos. As fontes distintas ajudam a dar mais consistência e riqueza ao estudo, ampliando a possibilidade de apreender a presença dos vários sujeitos que podem ser expressos pelas diversas fontes, tanto qualitativas quanto quantitativas. Por exemplo, um indicador de mortalidade infantil também é expressão de um determinado sujeito, não é algo mecânico desvinculado da vida real. Esse indicador é declarado por determinado sujeito que faz esse recorte e se expressa através dele.

## **2.4 Dispositivos institucionais analisados**

Dispositivos institucionais podem ser conceituados como novas práticas de saúde ou combinações variadas de recursos que alteram o funcionamento organizacional, mas que não fazem parte da estrutura das organizações (CAMPOS, 1999).

Para a análise em questão poderíamos escolher a totalidade dos projetos ou parte deles. Assim, optou-se por investigar o Projeto Vida e o Acolhimento, descrevendo e analisando a reorganização da atenção à criança e os mecanismos e ferramentas utilizados na implantação da mudança do processo de trabalho em saúde, avaliando se esses projetos contribuíram na ampliação do acesso, humanização e melhoria da qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, passaremos então a descrever as principais diretrizes e ações propostas pelo Projeto Vida e pelo Acolhimento.

### **2.4.1 O Projeto Vida**

No período de 1993-96, o governo municipal elegeu como prioridade a criança, instituindo projetos e programas em diversos órgãos e secretarias. No âmbito da saúde, conforme descrito anteriormente, a definição das prioridades do setor ocorreu na IV Conferência Municipal de Saúde, em 1994, elegendo os projetos *Vida - Reorganização da atenção à saúde da criança* - e *Controle e Avaliação e Urgência e Emergência* como prioridades (SMASA/BH, 1994).

O *Projeto Vida* foi implementado na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA/BH) a partir de 1994. No início, foi planejado como um projeto que permitisse o enfrentamento da mortalidade infantil no município. O coeficiente de mortalidade infantil em Belo Horizonte havia sofrido um

declínio gradual nos últimos dez anos (54,8/1000 em 1982 e 39,2/1000 em 1992) (MALTA et al, 2001). Entretanto, mostrava-se ainda relativamente elevado quando comparado, por exemplo, com o coeficiente do Rio de Janeiro, que era de 21,0/1000 em 1992 (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO - FJP, 1998). Além disso, ao se trabalhar os dados de forma desagregada, evidenciavam-se desigualdades acentuadas entre as diversas regiões da cidade, que mostravam o risco diferenciado das populações residentes em vilas e favelas (áreas de risco), nas quais esses coeficientes chegavam até a dobrar. Esses diferenciais mostravam a necessidade de se aplicar uma nova estratégia para a redução da mortalidade infantil, adotando-se, dentre outras coisas, o enfoque de risco.

Esse enfoque pressupõe que os serviços de saúde analisem os problemas de sua área de atuação, definam prioridades e direcionem parte de suas ações aos grupos sociais mais dramaticamente excluídos do atendimento de suas necessidades. No caso do combate à mortalidade infantil, os grupos prioritários foram identificados entre os residentes em áreas de risco (MALTA et al., 2001). Essas ações aos grupos sob foco institucional, foram desenvolvidas, sem diminuir a assistência aos demais grupos.

A partir desta estratégia foi estruturado o Projeto Vida, cujas ações desenvolvidas envolveram toda a reorganização da assistência à gestante e à criança no município (MALTA, 2000). As ações previam:

- assistência integral à saúde da criança, com acompanhamento nos Centros de Saúde do crescimento e desenvolvimento, programas de imunização, diagnóstico e prevenção de erros inatos do metabolismo, ações de saúde mental e saúde bucal, dentre outras;
- vigilância aos recém-nascidos de risco, priorizando a captação e acompanhamento de recém-nascidos de risco residentes em áreas de risco (vilas e favelas);
- combate à desnutrição de crianças, gestantes e nutrízes;
- reorganização do atendimento pré-natal na rede assistencial, prevendo a captação precoce e acompanhamento das gestantes, encaminhamento das gestantes para assistência ao parto em maternidade de referência distrital, incentivo ao aleitamento materno e planejamento familiar.

#### **2.4.2 O Acolhimento**

O *Acolhimento*, implementado na rede pública Municipal de Belo Horizonte, em 1995, constituiu-se numa estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de

escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando sua intervenção. Esse processo possibilitou ainda uma reflexão sobre a saúde como direito de cidadania, resgatando no cotidiano dos serviços a ampliação do acesso, a integralidade na assistência, a resolubilidade, a responsabilização clínica e sanitária; através das mudanças na micropolítica do processo de trabalho em saúde, desenhando esse “novo” fazer em saúde, em defesa da vida. Buscou-se na prática a construção de processos efetivos de *Acolhimento* dos usuários, na recepção dos serviços de saúde.

O *Acolhimento* veio como um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças na forma como se organizam estes serviços, como os saberes vêm sendo, ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e conseqüentemente, das grandes dificuldades de se trabalhar no setor saúde. Significou a retomada da reflexão da universalidade na assistência e da dimensão da governabilidade das equipes locais para intervirem nas práticas de saúde em especial naquelas dependentes do ‘trabalho vivo’. Segundo Merhy (1997), o "trabalho vivo" refere-se ao trabalho criador, exercido de forma autônoma e que ocorre em ato, no momento singular do encontro entre dois sujeitos: o usuário e o trabalhador.

O Acolhimento representou também o resgate e a potenciação do conhecimento técnico das equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais de saúde na assistência. Possibilitou ainda a reflexão sobre a *humanização* das relações em serviço, e parte da lógica de poder contida nesse processo, contribuindo assim para uma mudança na concepção de saúde como um direito. Ao permitir reflexões e criações coletivas, envolvendo governo, trabalhadores e usuários em um movimento de mudanças necessárias para desenhar esse novo fazer em saúde, resgatou-se o espaço de trabalho como lugar de sujeitos.

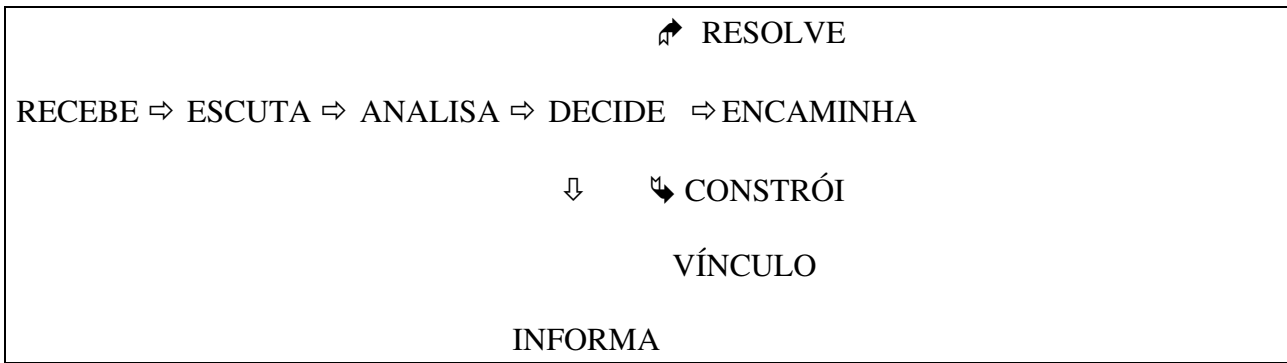
O mesmo foi desencadeado diante da contradição colocada com o início da implantação do Projeto Vida e da Vigilância à Mortalidade Infantil, quando as crianças que eram alvo de busca ativa, por apresentar um risco diferenciado, quando retornavam no Centro de Saúde, sem agendamento prévio, esbarravam com as agendas lotadas e a dificuldade do acesso. Isso motivou s reflexões mais abrangentes sobre o *não acesso* e busca de alternativas.

Diante dessas questões foram surgindo contribuições para repensar o processo de trabalho em saúde, sendo assessorados pelo Laboratório de Planejamento e Administração-LAPA/UNICAMP e também refletindo sobre experiências de outros municípios (Paulínea, Campinas, Ipatinga, dentre outros).

O *Acolhimento* consiste na mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde. Assume-se então nos serviços, uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização com a saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre profissionais e população.

O *Acolhimento* busca a intervenção de toda a equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e resolução do problema do usuário. Processa-se uma mudança no fluxo de entrada, de forma a não mais ocorrer de forma unidirecional, (agendando-se para o médico todos os pacientes que chegam). Toda a equipe participa da assistência direta ao usuário. O fazer em saúde; seja nas relações interpessoais (dos profissionais com os usuários e dos profissionais entre si), seja no diagnóstico e terapêutica; passa ser o resultado da complementação dos saberes e práticas específicos e comuns das diversas categorias, assim como da interpenetração crítica desses diversos saberes e práticas. A escuta do usuário, o diagnóstico e a prescrição, a realização de procedimentos, o ministrar de cuidados, não mais se dariam em operações isoladas e desarticuladas, mas como resultado da integração das atividades e da parceria de todas as categorias. Portanto, o médico estaria na supervisão e na retaguarda, interagindo com os demais profissionais. Por outro lado, estaria sendo melhor aproveitado naqueles problemas mais exigentes e complexos, isto é, estaria sendo mais exigido em seu saber específico ou "núcleo". Segundo Campos (1997), entende-se por "núcleo de saber" o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade, marcando assim os elementos de singularidade que definem cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de competência de cada profissional ou especialidade. Por "campo de saber" entende-se as competências e responsabilidades confluentes a várias profissões ou especialidades. Através do trabalho em equipe, o "campo de competência" tende a se alargar, através das trocas de saberes. Assim preserva-se maior autonomia profissional e das equipes. Preserva-se pois o exercício de "núcleos" específicos, próprios da intervenção de cada profissional, além de alargar os "campos" comuns, melhorando a qualidade da assistência, permitindo respostas mais abrangentes por parte dos profissionais. Dessa forma toda a equipe se insere na resolução do problema, valorizando-se saberes já existentes na equipe, criando-se novas práticas, potencializando a capacidade de resposta e intervenção.

O *Acolhimento* consiste ainda em uma etapa do processo de trabalho, ou seja, o momento de recepção do usuários e as possibilidades de resposta, podendo ser representado pelo seguinte diagrama:



Entretanto é insuficiente se constituir somente enquanto uma etapa do processo de trabalho, tornando-se necessário *mudar toda a postura da equipe* de forma que o *Acolhimento* ocorra em todos os locais e momentos da Unidade, influenciando todo o modo de organização do processo de trabalho em saúde. O *Acolhimento* deve ser entendido e praticado como conteúdo, como um momento tecnológico importante que pode imprimir qualidade nos serviços de saúde. O ato de escuta é diferente de *ato de bondade*, é um momento de *construção de transferência*, onde trabalhador utiliza seu saber, para a construção de respostas às necessidades dos usuários.

Foram utilizados no processo de implantação inúmeros instrumentos do planejamento estratégico, desde o plano de ação, construído coletivamente com as equipes, até o uso de novas "ferramentas" de intervenção no processo de trabalho, buscando novo fazer em saúde, visando publicizar o espaço, instrumentalizar os trabalhadores na gestão do processo de trabalho. O processo foi sempre conduzido junto às equipes distritais e locais, buscando mediações, construção de entendimento e espaços de criação do consenso.

### 3 Resultados

Passaremos a descrever sucintamente os principais resultados obtidos na investigação, sendo que, a relação dos marcadores, interrogadores, indicadores e síntese dos resultados encontram-se nos **(Quadros 1 a 6B)**.

Do ponto de vista do *financiamento*, houve uma importante alteração nos recursos investidos, que ocorreu tanto pelo acréscimo dos investimentos municipais - Recurso do Orçamento do Tesouro (ROT), quanto pelos recursos federais. Estes, resultantes da adesão do município à Gestão Semiplena, tiveram seu teto elevado pelo aumento da produção de serviços e melhora do registro. Outro aspecto importante foi o aumento do gasto ambulatorial, que, comparado ao recurso



hospitalar, sofreu uma inversão. Este resultado se atribui à estruturação da regulação (Controle e Avaliação), da fiscalização e acompanhamento do desempenho dos prestadores, reduzindo fraudes; além do incremento da rede ambulatorial pública (**Quadro 1**).

Quanto ao uso dos recursos da saúde, foram avaliados indicadores que demonstram a ampliação de serviços, aumento na folha de pagamentos, passando de 15,9 milhões (1993) para 121,6 milhões (1997) (**Tabela 1**) e o aumento do investimento na compra de medicamentos. O gasto específico com o Projeto Vida e o Acolhimento, mesmo com as dificuldades metodológicas de acompanhamento, também foram ampliados, especialmente em: Recursos Humanos, medicamentos e imunização, leitos de risco, teste do pezinho, convênio com a Pastoral da Criança, programas como doenças respiratórias e desnutrição (**Quadro 1**).

**TABELA 1 - Evolução dos recursos aplicados no pagamento de servidores do quadro próprio e no pagamento de terceirizados, 1993 a 1997 (R\$)**

<b>Ano</b>	<b>Gastos com folha pagamento do quadro próprio</b>	<b>Gastos com pagamento Terceirizados*</b>	<b>Contrato Administrativo</b>
1993	15.913.213,96		-
1994	20.100.085,08		-
1995	54.055.000,00	6.237.111,64	-
1996	54.502.000,00	9.482.128,30	-
1997	106.841.000,00	12.808.710,16	2.002.552,32

Fonte: - 1993 e 1994: Relatório de gestão (SMSA/BH, 1994); 1995 - 1997 Relatórios do Sistema de Informação Sobre Orçamento Público - SIOPS (SMSA/BH, 1995, 1996, 1997); Relatório de Atividades (SMSA/BH, 1995, 1996, 1997).

\* Inclui serviços de limpeza, vigilância, administrativos, consultoria e zoonoses.

Essas evidências nos permitem concluir que, no período analisado, houve maior comprometimento orçamentário com os projetos, produzindo-se maior comprometimento da riqueza social com a vida e com as políticas públicas em saúde.

A medida do *acesso* é complexa, pois a rigor teríamos que estabelecer a capacidade do paciente obter, quando necessário, o cuidado com a saúde. Recorremos então a medidas indiretas que indicaram o aumento da oferta de serviços e, conseqüentemente, a maior facilitação do acesso, mas não o acesso em si. Dos dados apresentados podemos concluir que, no período, houve em Belo Horizonte um aumento da capacidade instalada, demonstrada pela ampliação dos diversos procedimentos ambulatoriais (consultas médicas, apoio diagnóstico). Os procedimentos listados

tiveram um crescimento no período de 1992 a 1997 de mais de 100%, exceto as consultas médicas, que cresceram 56,89% (Tabela 2).

**TABELA 2 - Evolução da produção da rede própria ambulatorial, SMSA/BH, 1992 a 1997**

Atividade	1992	1993	1994	1995	1996	1997	% de evolução
<b>Atendimento Básico</b>	6.758.042	9.221.846	10.612.519	10.910.820	14.817.115	14.888.229	120,30
<b>Consultas Médicas</b>	1.465.980	2.278.915	2.073.788	1.808.904	1.901.555	2.299.946	56,89
<b>Radiodiagnóstico</b>	66.174	142.410	137.600	121.134	123.265	144.550	118,44
<b>Exames Complementares</b>	1.118.242	2.032.091	2.307.730	2.337.449	2.093.656	2.320.192	107,49
<b>Terapias Especializadas</b>	4.126	4.865	17.208	27.515	26.523	36.747	790,62
<b>Total</b>	9.412.564	13.680.127	15.148.845	15.205.822	18.962.114	19.689.664	109,18

Fonte: (SMSA/BH, 1993-1997). Relatório de Atividades. SIA/SUS

Buscou-se universalizar a atenção e eliminar as barreiras ao acesso, embora essa meta ainda constitua algo de difícil execução. As consultas médicas básicas ainda estão abaixo do necessário. Na pediatria a oferta de 0,30 Cons./hab./ano, permanece próxima aos parâmetros de 0,31-0,46 Cons./hab./ano (Quadro 2).

O investimento em Recursos Humanos foi realizado através da contratação por concurso e terceirização. O número de postos de trabalho em dezembro de 1992 era de 6.432, ampliando para 9.685 em fevereiro de 1997, representando um acréscimo de 50,2%. Esse aumento resultou principalmente da incorporação de pessoal do quadro próprio concursado. Paralelamente houve redução do quadro de servidores estaduais e federais. Observaram-se também iniciativas importantes na capacitação de pessoal (Quadro 2).

Tomou-se por indicador a incorporação de outras necessidades no atendimento, buscando-se avaliar em que medida as portas da rede se abriram para as novas demandas colocadas pelos usuários. Esse indicador é potente, na medida em que permite, como um evento sentinela, perceber

o esforço criativo e instituinte em curso, incorporando necessidades novas, buscando atenção integral, resolutiva e universal. O evento estudado foi o programa de acompanhamento das crianças com doença respiratória, que propiciou o aumento do vínculo e da responsabilização da equipe com as crianças adscritas. Demonstrando, assim, tanto a melhoria de acesso como também aumento da eficácia (**Quadro 2**).

A *eficácia* é entendida como o poder de produzir um efeito, ou benefício, portanto diz respeito à utilidade das ações realizadas pelo serviço. Os dados de morbidade ambulatorial analisados revelam o crescimento dos atendimentos de casos mais agudos, principalmente doenças respiratórias leves e moderadas, otites e asma, traduzindo uma mudança no perfil ambulatorial, com maior captação de agravos e riscos, principalmente na pediatria. Esses resultados mostram como o acolhimento tornou-se um potente disparador de mudanças na rede municipal, ampliando as portas de entrada, reduzindo a entrada da clientela cativa e possibilitando o maior ingresso de agudos nas unidades (**Quadro 2**).

Ocorreu também, no período de 1993 a 1996, redução das internações em Belo Horizonte. Esta ocorrência foi motivada em parte pela melhoria assistencial, mas também pela redução dos hospitais conveniados, devido à atuação do Controle e Avaliação, controlando fraudes e descredenciando hospitais. A redução ocorreu em todas as faixas etárias, inclusive em menores de 14 anos. A redução de internação em menores de 28 dias, residentes em Belo Horizonte, foi importante (-40,2%), permanecendo igual na DRS Metropolitana. Os diagnósticos mais comuns foram: causas perinatais, septicemia, anomalias congênitas e pneumonias (**Quadro 3 B**).

Esse perfil repete-se em crianças menores entre 28 dias e menores de 1 ano nas internações por: pneumonias (-34,8%), diarreia (-64,5%), septicemia (-62,2%), bronquite/asma (-29,2%) e desnutrição (-84,6%), reduzindo em (-40,9%) a internação em residentes em Belo Horizonte e em (-7,3%) na DRS Metropolitana (**Tabela 3**).

**TABELA 3 - Principais causas de internações em crianças entre 28 dias e um ano por local de residência, SUS - Belo Horizonte, julho a dezembro de 1993 e 1996.**

Principais diagnósticos	Residentes em BH	DRS-Metropolitana
	<b>Total de internações</b>	<b>Total de internações</b>

	1993	1996	% redução	1993	1996	% redução
<b>Pneumonias</b>	2.356	1.537	34,8	713	903	-26,6
<b>Diarréias e desidratação</b>	1.527	542	64,5	475	372	21,7
<b>Septicemia</b>	539	204	62,2	183	115	37,2
<b>Bronquite e asma</b>	424	300	29,2	76	146	-92,1
<b>Desnutrição</b>	201	31	84,6	84	20	76,2
<b>Hérnias cavidade abdominal</b>	201	190	5,5	67	39	41,8
<b>Anomalias congênitas</b>	118	130	-10,2	48	38	20,8
<b>Outras</b>	1.036	851	17,9	443	303	31,6
<b>Total</b>	6.402	3.785	40,9	2.089	1.936	7,3

Fonte: Fundação João Pinheiro (1998). Tabela modificada pelos autores.

Em relação a determinados grupos, verificou-se boa capacidade na captação de desnutridos, de gestantes e de vigilância ao óbito de crianças, ampliando-se grandemente o número de inscritos nos programas. O acompanhamento desses grupos, de maneira geral, mostrou uma queda ao longo dos quadrimestres, o que pode ser atribuído em parte à falta de capacidade operacional da rede e, no caso dos desnutridos, a todas as dificuldades inerentes ao tratamento (perda do vínculo familiar, desagregação). O pior desempenho ocorreu após o ano de 1997, o que se atribui à desativação da Avaliação de Desempenho (**Quadro 3 C**).

A cobertura vacinal mostrou-se adequada, resultando inclusive na redução de doenças imunopreveníveis como difteria, coqueluche, caxumba e rubéola (**Quadro 3 A**).

A média de aleitamento exclusivo nos centros de saúde foi de cerca de 33% até os 4 meses (1997), mostrando-se melhor que a média do município, aferida em pesquisa pelo Ministério da Saúde em 1999 (MARQUES, 1999) (**Quadro 3 C**).

O programa de combate à desnutrição apresentou bons resultados na recuperação nutricional das crianças acompanhadas. O que pode ser comprovado também pela evolução da morbidade hospitalar, redução da mortalidade por desnutrição e pela redução estimada da prevalência de desnutridos na população menor de 2 anos (**Quadro 3 C**).

Observa-se redução do coeficiente de mortalidade infantil no município, distritos e áreas de abrangência. Verificou-se redução do CMI global do município em 24,4% entre 1994 e 1996. Também ocorreu redução do CMI nas áreas de abrangência. A redução ocorreu em consequência da

diminuição do componente Pós-neonatal causado por pneumonias, infecções intestinais, desnutrição e outras mais facilmente removíveis. Essas mudanças podem ter ocorrido em função da reorganização da assistência (serviços ambulatoriais e hospitalares), do acompanhamento, além das intervenções nas condições de vida, entre elas o saneamento. Enquanto isso, o Coeficiente de Mortalidade Neonatal manteve-se relativamente estável no período, o que pode ter sido resultante das ações incipientes ligadas à assistência ao parto, da intervenção no setor conveniado e da ampliação de leitos de risco (**Quadro 3 D**).

A **Tabela 4** mostra a evolução dos óbitos infantis pós-Neonatais, segundo as principais causas básicas. A pneumonia e a broncopneumonia (BCP) mantiveram-se como primeira causa de óbito, a infecção intestinal também apresentou declínio. Quanto à desnutrição, ocorreu uma redução importante, passando de terceira causa com 12,3% (1993) para quinta causa 4,8% (1996)

**TABELA 4 - Distribuição dos óbitos infantis tardios (pós-neonatais) segundo principais causas básicas, Belo Horizonte, 1993 a 1996.**

Causa básica	1993		1994		1995		1996	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Pneumonia e BCP	158	24,8	145	23,50	105	23,8	78	22,2
Infecção intestinal	130	20,4	119	19,3	81	18,2	54	15,4
Desnutrição	78	12,3	50	8,1	29	6,7	17	4,8
Septicemia	70	11,0	70	11,3	46	10,4	35	10,0
Anomalia congênita	44	6,9	36	5,8	49	11,0	33	9,4
Outras	157	24,6	197	31,9	134	44,4	130	37,1
Ignorado	-	-	-	-	-	-	3	0,8
Total	637	100,0	617	100,0	444	100,0	350	100,0

Fonte SIM/SINASC: (SMSA/BH, 1999) Diagnóstico de Saúde da criança. Núcleo de Epidemiologia/SI/DEPLAR

Visando avaliar as desigualdades intra-urbanas, focalizando áreas menores e mais homogêneas, estudou-se a evolução da mortalidade infantil no período, localizando com maior detalhamento as mudanças entre regiões menores (as áreas de abrangência). Essas áreas constituem-se territórios mais homogêneos, do ponto de vista do comportamento dos indicadores de morbimortalidade. Calculando-se os CMI de forma mais desagregada, foi possível avaliar as diferenças ocorridas em áreas menores e propor intervenções necessárias. Para efeito deste estudo, foram utilizados os dados do SINASC e SIM dos anos de 1994 e 1996.

Existiam, em 1994, sobretaxas em determinadas áreas que demonstravam as desigualdades intraurbanas, justificando a necessidade de um planejamento em saúde que contemplasse essas dimensões. Em 1994, oito áreas apresentaram CMI acima de 50/1000 e, em 1996, não foi observada nenhuma área com esse coeficiente. Em 1994, vinte e nove áreas apresentaram CMI entre 35 a 50/1000, caindo para apenas cinco áreas em 1996; em 1994, 66 áreas apresentavam coeficiente entre 20 a 35/1000, observando-se 97 áreas em 1996; em 1994, 14 áreas apresentaram coeficientes entre 10 a 20/100, passando para 19 em 1996; 1 área apresentou coeficiente abaixo de 10/1000, em 1994, não sendo observado em 1996. Em 1996, verificou-se maior homogeneidade na distribuição dos CMI, reduzindo-se as desigualdades intra-urbanas. O cálculo do coeficiente de mortalidade infantil em grandes áreas (DS) ocultava esses diferenciais. Houve uma redução significativa do Coeficiente de Mortalidade Infantil em determinadas áreas, muitas das quais consideradas áreas de risco, o que possibilitou à cidade tornar-se menos heterogênea na distribuição da mortalidade infantil e contribuiu para a promoção da *equidade em saúde*. A **Figura 1** mostra a evolução do CMI entre 1994 e 1996.

O marcador *eficácia* apresentou maior precisão, possibilitando demonstrar através de indicadores quantitativos as mudanças ocorridas, valendo-se das bases de dados disponíveis. Pela análise dos indicadores podemos afirmar que ocorreram melhoras dos indicadores, ou maior eficácia, tendo o conjunto de ações implementadas, produzido impacto positivo.

O tema da *Publicização* foi tomado sob a perspectiva da democratização da gestão, da construção coletiva das propostas, partilhando o processo decisório e da subordinação ao interesse público. Concluiu-se que essas foram pautas importantes no SUS/BH. De fato, no período, ocorreu efetiva participação popular tanto nas definições quanto no controle e fiscalização das ações de governo. Esta asseveração é confirmada, por exemplo, pela ocorrência de inúmeros fóruns coletivos, pelo crescimento da população envolvida no processo, pelo compromisso com as deliberações das Conferências, pela interlocução com os fóruns instituídos e pelo papel do Conselho enquanto importante interlocutor e ator político. A participação popular se deu nas definições, no controle e fiscalização das ações de governo. Eram 20 Comissões Locais de Saúde em 1993, passando para 108 em 1996; além de se organizarem Conselhos Distritais em todos os 9 DS. Houve crescimento da população envolvida no processo. Ocorreram no período duas Conferências Municipais de Saúde, reuniões periódicas do Conselho municipal de Saúde e demais conselhos, plenárias, inúmeros fóruns e debates com trabalhadores e entidades representativas (**Quadro 4 A**).

Houve também a preocupação com a construção coletiva das propostas, envolvendo os trabalhadores nos projetos institucionais. Neste trabalho foram descritos inúmeros espaços criados que possibilitaram essa construção, além dos instrumentos gerenciais utilizados que possibilitaram a maior publicização. Destacamos ainda a implantação da Avaliação de Desempenho, que constituiu importante instrumento de gestão pela pactuação, construção coletiva de indicadores, aprofundamento de reflexões sobre o cotidiano dos serviços e suas contradições, produzindo ruídos que possibilitaram a publicização da discussão e reflexão coletiva da equipe sobre as suas práticas.

A implantação do Acolhimento tornou-se um bom marcador do processo. Na sua concepção o Acolhimento teve aprovação consensual nos diferentes fóruns de participação popular (Conselhos e Conferências) para sua implantação, no entanto, esbarrou em entraves relacionados às pressões corporativas por parte dos trabalhadores da saúde, por ser um dispositivo que altera o processo de trabalho e que mobiliza ao mudar o cotidiano. O gestor conseguiu conquistar adesão ao projeto, embora apresentasse insuficiências na implantação de medidas que poderiam dar maior potência ao projeto e que diziam respeito a referências e à organização do sistema como um todo (**Quadro 4**).

Pesquisa de avaliação do Acolhimento conduzida pelo Conselho Municipal de Saúde, entre os gerentes, trabalhadores e usuários, mostrou que, dentre os pontos positivos, destaca-se a mudança do acesso aos casos agudos nas unidades, maior humanização no atendimento aos usuários, ampliação do acesso, o aumento do vínculo entre usuários e equipe, o trabalho em equipe e a otimização do trabalho da enfermeira e do trabalho médico (**Quadro 4 B**).

O *Acolhimento* constituiu um potente disparador de mudanças, permitiu também uma profunda reflexão sobre os problemas anteriormente existentes no serviço, os quais, com a mudança do processo de trabalho, vieram à tona com toda a força: área física inadequada, insuficiência quantitativa e de capacitação de RH, dificuldade de obtenção de apoio diagnóstico e de consultas especializadas, falta de medicamentos, ambulância e leitos, falhas dos processos gerenciais, enfim, problemas que não eram nenhuma novidade para as equipes a floraram como problemas emergenciais. O processo produziu ainda maior sobrecarga do trabalho, aumento da tensão e insegurança com a nova prática.

Através da reorganização do processo de trabalho houve uma melhor utilização dos recursos da Unidade de Saúde, qualificando o trabalho dos profissionais, inclusive do médico, integrando os profissionais na assistência, resgatando o sentido do trabalho multiprofissional e qualificando o produto final ofertado. Essa mudança possibilitou a ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisão, por ampliar os espaços de escuta, de trocas e decisões coletivas. Significou

ainda um grande dispositivo no sentido da “criação do sujeito coletivo”, por representar uma força impulsionadora que critica as forças paralisantes da instituição, mobiliza as forças instituintes que tendem a transformar as instituições, desencadeando um intenso movimento de forças criativas, mobilizando energias e propostas inovadoras (BAREMBLITT, 1996). Todo este processo foi intensamente vivido nos diversos níveis do sistema, produzindo avanços e também contradições.

Cabe ressaltar que a diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos não pode se resumir às unidades básicas, mas deve permear todo o sistema, modulando os demais níveis da assistência (especialidades, urgências, hospitais), as áreas técnicas, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo tecno-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva. Do que podemos concluir que se o processo de mudança não for conduzido no sentido de impactar o Sistema de Saúde, abrindo-lhe as portas, permitindo ampliação do acesso e resolutividade de todo o sistema, tende a se tornar um limite.

Outro desafio que se coloca consiste em se estabelecer mecanismos de vinculação, responsabilização da clientela. O acolhimento por si só não responde a todas as necessidades na organização do serviço. É necessário definir população/área de responsabilidade, onde a equipe proceda ao acompanhamento, vigilância, priorização de riscos e agravos, permitindo-se o estreitamento do vínculo com a população, monitoramento, bem como incentivo à autonomia do paciente.

No que se refere à gestão do setor conveniado/contratado, foram dados passos no sentido de colocar o interesse público acima do privado. O primeiro espaço concretizou-se em 1994, quando Belo Horizonte assumiu a Gestão Semiplena do Sistema e estruturou o controle e avaliação, buscando desprivatizar o Estado. No que se refere ao Projeto Vida, foram traçadas estratégias de intervenção nos leitos hospitalares, redesenhando o fluxo, ampliando leitos de risco, definindo critérios de qualidade, definindo tabela própria de remuneração e incentivo e fazendo convênios/parceria com o setor conveniado visando à ampliação de leitos. Apesar das iniciativas, os resultados obtidos ainda foram insuficientes no sentido do real controle da situação (gestão do privado).

De maneira geral a gestão pautou-se por práticas democráticas, buscando partilhar o processo decisório, tentando ampliar o leque de atores aderidos ao projeto, buscou também o controle do setor conveniado, levando com isso à publicização da gestão. O marcador "Publicização" demarca um novo modo de operar a política, funda-se em princípios democráticos, por isso torna-se tão sensível na avaliação dos modelos.



As "*novas tecnologias*" empregadas foram as ferramentas do Planejamento Estratégico que impulsionaram as mudanças, possibilitando a reflexão sobre o cotidiano dos serviços, extraíndo as distintas lógicas institucionais que atuam em um dado serviço, interrogando sobre o processo de trabalho em saúde, sobre a "captura do trabalho vivo em ato", a privatização dos espaços públicos dentre outros (MERHY & CHAKKOUR, 1997).

Os instrumentos empregados foram: a *Rede de Petição e Compromisso*, Os *protocolos assistenciais*, o fluxograma e alguns indicadores da *Avaliação de Desempenho*.

A *Avaliação de Desempenho* possibilitou a pactuação coletiva em torno do projeto assistencial da Secretaria de Saúde, construção coletiva de indicadores, estabelecimento de metas, avaliação dos processos, motivação dos trabalhadores, aprofundando reflexões sobre o cotidiano dos serviços e suas contradições. Possibilitou aos vários atores a explicitação de seus projetos, permitindo o debate público dos espaços privados de trabalho, garantindo-se a inclusão de indicadores relativos ao Projeto Vida e ao Acolhimento na planilha de avaliação.

O processo foi muito dinâmico, envolvendo a rede, introduzindo processos de avaliação e debates constantes sobre resultados e desempenho (SANTOS, et al., 1998; MALTA et al., 1998). Por outro lado produziu também um descompasso entre a metodologia da implantação da mudança do processo de trabalho e a Avaliação de Desempenho, levando a um certo atropelamento nos processos, já que a última acabou por ter uma força de implantação e sedução grande, deslocando outros acontecimentos que são mais processuais.

A Avaliação de Desempenho, apesar de seguir os passos de discussão coletiva, acertos de indicadores e metas, passou também por uma forte carga normatizadora. Esta normatização foi causada por: definições da informática (padrões, prazos, descrições de indicadores etc.), leis aprovadas na Câmara, acertos sindicais, comitês de acompanhamento com participação de sindicalistas e conselheiros com definição de prazos de implantação, congelamento de planilhas, definição de regras de inclusão e exclusão que de certa forma engessavam e impunham um ritmo próprio, ganhando autonomia e desconhecendo processos anteriores. Esses fatos propiciaram contradições, como a priorização de ações pontuadas pela planilha e a desativação de outras, forçando práticas de exclusão de usuários de fora da "área de abrangência". Outro exemplo foi a interrupção do prêmio, em 1997, quando tomou-se por prática, na grande maioria das unidades, o não preenchimento dos formulários e das boletas, identificadas como do SADE. Com isso perdeu-se a confiabilidade do sistema de registro, resultando em queda significativa do registro. A desativação

do prêmio resultou também em queda no monitoramento e desmotivação da rede, o que também contribuiu na redução das ações e no desempenho dos indicadores (**Quadro 5**).

Sem dúvida, esse processo foi muito rico e um disparador de mudanças positivas, embora cheio de contradições. Cabe reconhecer a necessidade de aperfeiçoamento e as críticas pertinentes, dentre elas a sua descontinuidade causada pelo peso financeiro que representou ao gestor e pela falta de um planejamento de longo prazo (MALTA, et al., 1998; SANTOS et al., 1998).

O *fluxograma* publicizou os fluxos e o processo de trabalho, tornando-se uma ferramenta para reflexão da equipe, mostrando os interesses distintos, os modos distintos de governar a instituição e provocando a reflexão das equipes acerca do seu cotidiano. A *Rede de Petição e Compromisso* foi importante por permitir a publicização e estabelecimento de compromissos entre os diferentes níveis diretivos. Os *protocolos assistenciais* propiciaram a capacitação das equipes, a definição de atribuições entre as categorias, bem como a padronização de condutas assistenciais e a definição de critérios de risco qualificando o ato em Saúde. Os protocolos foram formulados sob a ótica da formatação da intervenção multiprofissional de forma a legitimar a inserção de toda a equipe na assistência e definir a participação das diversas categorias (**Quadro 5**).

O uso das ferramentas analisadoras, quando da implantação das mudanças no processo de trabalho, foi importante para a instrumentalização dos trabalhadores e gerências locais na gestão efetiva. Permitiu revelar qualitativamente o modo de operar o cotidiano, os produtos e resultados alcançados, a finalidade daquele trabalho, bem como os princípios ético-políticos que comandavam aquela ação, alavancando o processo de mudanças. Os trabalhadores passaram a conversar mais, a se expressar mais, a ocupar os espaços do trabalho, contribuindo para tornar a gestão menos privada e mais coletiva. Ocorreu o aumento do espaço da interlocução coletiva, do debate, das trocas, da perspectiva de ir construindo um “trabalhador coletivo”, práticas e saberes e formatando equipes multidisciplinares (MERHY & CHAKKOUR, 1997).

O conceito de "*sustentabilidade*" usado neste trabalho, toma emprestado do meio ambiente o sentido da "responsabilidade da transmissão entre gerações", a reflexão sobre os determinantes da auto-sustentação, da continuidade, dos garantidores.

Na discussão desse marcador tomou-se o tema da sustentabilidade pela possibilidade de abrir um olhar analisador sobre si mesmo, interrogando sobre as apostas do sujeito e a capacidade de torna-se instituído.

São inúmeras as experiências de quebra da hegemonia do poder local, com implantação de projetos inovadores, com inúmeros avanços na construção do SUS. Nem por isso a continuidade

das experiências está assegurada. Podem ocorrer quebras no processo tanto por retomada das forças conservadoras quanto por disputas travadas no mesmo campo democrático-popular, essa última possibilidade, a ocorrida em Belo Horizonte (**Quadro 6 A**).

Existem diferentes compreensões dentro da saúde coletiva que levam a divergências na forma de implementar o projeto. Uma delas encontra-se na compreensão da gestão, na relação público-privado. Alguns setores defendem que o Estado teria o papel de subsidiar o setor privado de prestação de serviços de saúde, enquanto outros insistem no caráter público da saúde, no investimento na gestão pública e no seu papel de regular o privado, sem favorecimentos.

Outra polêmica muito atual dá-se na concepção de como organizar a rede básica, alguns setores defendem a necessidade de se investir em redes, em sistemas de saúde, outros defendem unicamente a promoção, hábitos e estilo de vida saudáveis. Esta última posição já era defendida por Milton Terris (1987), que afirmava a não-evidência de impacto do investimento em redes de serviços, defendendo, na época, caminhos como: a promoção, hábitos e estilo de vida saudáveis. Muitos sanitaristas atuais se pautam por essa concepção, defendendo a suficiência das ações simplificadas e de promoção à saúde. Dentro dessa perspectiva tornaria desnecessário impactar os grupos sociais através de um esforço na organização das redes e na organização do processo de trabalho. Esse tem sido um importante debate na saúde coletiva, e muitos têm feito essa aposta, estruturando propostas simplificadas, que trabalham com premissas semelhantes àquelas defendidas pelo preventivismo de Terris (1987).

Em Belo Horizonte esses debates se colocaram, mesmo que de forma subliminar, resultando em divergências na condução da Secretaria, que levaram a troca da equipe dirigente e no estabelecimento de uma outra relação com o setor contratado/conveniado, reduzindo o controle e a gestão pública. Essa ruptura resultou na desestruturação de projetos importantes, em prol de se implantar uma atenção básica mais efetiva e com maior ênfase na promoção e práticas preventivas, o que acabou ainda não ocorrendo (**Quadro 6 A**).

O poder político é determinante para a hegemonização de dado projeto. A sua sustentação advém tanto da sua capacidade de governo quanto da sua governabilidade. A garantia de continuidade de determinada proposta, não se faz de forma isolada pelo poder técnico. Mesmo tendo ocorrido, no período, adesão dos trabalhadores ao projeto, não foi suficiente para se fazer a institucionalização do mesmo. A resistência dos técnicos pode dificultar e obstaculizar outras propostas, principalmente se estas não se mostrarem viáveis, mais vantajosas, e se não conseguirem fazer interlocução com os diferentes atores. Mas não é suficiente para se contrapor à nova proposta

e manter projetos não governamentais em pauta. A consolidação dos atores políticos em questão (trabalhadores da rede e movimento popular) é processual, mas quanto maior a repressão e o uso do poder no sentido de impedir a sua organização, maior a dificuldade da resistência. Essas experiências não conseguem se impor como alternativas, limitando-se apenas como práticas isoladas de alguns atores (**Quadro 6 B**).

Diante desta experiência fica sempre a interrogação: Como incorporar estes avanços de forma mais definitiva na instituição? Como institucionalizar o projeto de forma que não fique à mercê das trocas de dirigentes? Uma das alternativas consiste na criação de estruturas técnicas permanentes, investindo-se no grau de profissionalização da gerência, capacitação, formação, a fim de sustentar minimamente estes avanços. Sem dúvida, este se torna um desafio constante, que deve ser objeto de reflexão e aprofundamento, mas não é suficiente para alterar as agendas dos dirigentes.

Um determinado projeto se mantém quando produz agendas de governo e tem sujeitos, atores, que o sustentam no plano da política e no plano do processo de trabalho. Esse é um processo de permanente disputa, pois aí se travam as apostas de mudança. Através do projeto é que se exterioriza a intencionalidade de um determinado ator, é quando ele se declara. Portanto esse campo está em constante tensão.

#### **4 Conclusão**

O gestor tem a capacidade de intervir no processo organizacional produzindo novas práticas de saúde, intervindo no processo de trabalho e provocando mudanças. Essas mudanças podem produzir impacto em diversos campos. É possível criar, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, dispositivos institucionais que favoreçam as forças instituintes, na criação de mudanças na política, na organização e processos de trabalho e que resultem em intervenções positivas. Práticas essas que produzam a universalização na atenção e serviços que incorporem as necessidades dos usuários, sejam acolhedoras, vinculem e sejam equânimes, que promovam reforma nas práticas sanitárias e sejam também produtores de indicadores positivos no quadro de morbimortalidade. Os novos dispositivos de mudança, quando pensados e articulados conjuntamente pelo coletivo dos trabalhadores de um serviço, ao serem introduzidos, ganham maior potência.

Da mesma forma, é possível também estabelecer outros dispositivos que provoquem mudanças racionalizadoras, que aumentem a potência dos projetos e a sua eficácia sem, entretanto, produzir reforma das práticas sanitárias. Pode-se estabelecer projetos verticalizados, com pequena

participação e envolvimento de outros atores (trabalhadores, usuários), cujas mudanças são focalizadas, não abrangentes e que produzem impacto apenas na população alvo. Podem ser feitas intervenções focais, exitosas, sem grande participação dos atores.

No trabalho atual pode-se verificar que os dispositivos criados pelo gestor, provocaram intervenções positivas, possibilitando a ampliação da dimensão do núcleo cuidador, desencadeando processos mais conjuntos e partilhados no interior da equipe e melhorando a eficácia e adequabilidade da ação específica. Ocorreu também ampliação dos espaços de ação em comum, a cooperação entre os profissionais levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários, acima de tudo, e mais transparentes para processos de avaliações coletivas.

De uma maneira geral pode-se dizer que tanto o Projeto Vida quanto o Acolhimento consistiram em bons dispositivos de intervenção institucional, pois possibilitaram a produção de novos sujeitos, que desenvolveram novas ações e causaram o impacto pretendido. Ao analisarmos a intervenção, à luz dos marcadores de avaliação - financiamento, acesso, eficácia, publicização, novas tecnologias de trabalho e sustentabilidade do projeto – foi possível concluir que houve avanço e melhoria dos indicadores analisados. Produziram-se mudanças no modelo de atenção, de forma a ampliar o acesso, aumentar a publicização da gestão, ampliar o financiamento das ações e assegurar a maior eficácia dos serviços no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, especialmente junto à população infantil. Entretanto, não houve sustentabilidade desses projetos de governo, mesmo com os avanços reconhecidos.

Ao se tentar estabelecer considerações sobre a generalização de uma dada intervenção, busca-se um processo de validação externa, ou seja, utilizam-se seus resultados e aprendizados para estabelecer algumas reflexões gerais.

O presente trabalho possibilitou não somente avaliar os dispositivos institucionais empregados em Belo Horizonte e analisar o seu impacto mas, através dos marcadores de avaliação utilizados, pôde-se também construir uma metodologia de abordagem de outras experiências. A metodologia proposta é comunicativa, possibilitando olhar para outros municípios e avaliá-los quanto ao Modelo Assistencial implantado, seus pressupostos, acertos e limites.

A saúde é um território de práticas em permanente estruturação, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres, não existindo apenas um formato único possível. Por se representar um território tenso e aberto, sempre podem emergir novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas, o que constitui em si

desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado (MERHY, 2000).

A gestão em saúde terá de enfrentar a tensão nos terrenos da política e do processo de trabalho, onde os conflitos entre os atores estarão sempre em cena. Assim, os distintos projetos terão sempre de utilizar, nas suas várias estratégias gerenciais, novas modalidades assistenciais, que não anulem as anteriores, convivendo e recriando sempre o novo. Cabe também não abandonar as lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde mais eficiente, sem substituir a racionalidade principal deste agir, que é a cuidadora, comprometida com a defesa da vida.

## **5 - Summary**

This study analyzes the implementation of tools of institutional intervention in the Unified Health System (SUS) of Belo Horizonte, and the “Life and Intake” projects, in an attempt to verify if these intervention tools have had a positive impact on the delivery of medical services, specially to the infantile population. The methodology applied sought to analyze the impact of these tools in key areas such as: *funding, accessibility, effectiveness, democratization, new management techniques and sustainability* of the project. These key areas were selected on the basis of directives and assumptions that are a fixture in the movements of public health of Brazil. For every key area specific indicators were proposed multiple techniques of data collection were employed using quantitative and qualitative data. To that effect this study resorted to public registries, accessed data banks and conducted extensive research in order to create a multi-faceted approach to the subjects. The main results of this analysis were: there was an increase in *funding* for the project because of additional allocations made by the municipal government (Municipal Treasury Secretary) and grants from the federal government. Some indicators demonstrate an expansion of services offered by the system, an addition of personnel and also an increase of expenses for purchase of medication. Increased budget allocation to these projects reflects larger investment in the public health sector. The key area of *accessibility* was evaluated by way of indirect measurement: The increase in the offer of services had the consequence of increasing and facilitating accessibility to these same services. There was an increase in the capacity for service delivery, demonstrated by the expansion of various clinical services (medical appointments, diagnostic work, etc) and by the hiring of additional clinical personnel. One of the indicators utilized was that of the identification of needs for new services, such as the need to address upper respiratory conditions. The key area of *effectiveness* was analyzed through quantitative indicators which allowed the evaluation of the improvement in the delivery clinical services, increased capacity for treatment of acute cases, reduction of hospitalization and infantile mortality rates (even when at risk areas are considered).

The inescapable conclusion at which one arrives is that the improvement in the key area of effectiveness is directly related to the positive impact of the changes implemented. The key area of *democratization* relates to the collective construction of the proposals involving the critical players of the institutional projects. The analysis demonstrated that the project administration adopted democratic practices which involved the workers of the institutional projects as well as the people in the decision making, control and monitoring processes of governmentally mandated actions. A planned effort was also developed to gain control of services provided with the support of other public subsidies and entitlement funding thus creating a true public focus for the project administration. The key area of *new management techniques* was explored from the perspective of the utilization of new analytical tools that made it possible to intervene more decisively in the service delivery processes. The *new management techniques* employed were: the network of petition and commitment, service protocols, work flow diagrams and some performance indicators. The utilization of analytical tools revealed the quality level of the services provided, the products and the results achieved and the ethical and political principles driving the project thus becoming an effective mechanism for the project administration and for local management of affairs. The key area of *sustainability* borrows from the environmental or economical concepts, the elements of flow, of responsibility for transmission between generations, of determining factors for self-support, of continuity and of guarantee. The option for the implementation of a specific model of service is made in advance after a decision has been reached to follow either the prevailing market trend (hegemonic model) or the directives provided by the SUS. In the case of the latter, the ongoing contention stemming from the diverse understanding of what the role of the collective health. In Belo Horizonte, this contention resulted in an administrative crisis which eventually led to the departure of the public health team responsible for the development of these projects and consequently to the gradual termination of some of the projects which had already been implemented. Public health is a domain of practices that are continuously evolving. It is possible to experiment with various models and conceptualizations. The challenge that faces the effort of experimenting with a new model, is to employ mechanisms or strategies that do not cancel the previous model but, that allow the new to draw on the experience and results of old one thus creating the opportunity for yet another model to emerge. The public health system is an open domain marked by tension from which new processes can emerge. These new processes can hold the key for permanent changes in standard practices. The conclusion of this study arrives is that the “Life and Intake” projects became good tools for institutional intervention as it was able to focus on new concepts which in turn developed new approaches that promoted change in the way that the

service delivery system is managed. These changes consisted of an increase in funding of services delivered, expansion of the capacity for service (increased accessibility), of the democratization of the project administration, of utilization of new management techniques, of increased effectiveness of the services delivered as part of the Unified Health System of Belo Horizonte, specially of the services provided to the infantile populations. Through performance indicators employed by the project, it was possible to develop a methodology that utilized the experience of other models. The methodology proposed is one that emphasizes interaction with other models, one that takes in consideration other approaches and models and evaluates their premises, strengths and scope.

## 6 Referências Bibliográficas

- ACURCIO, A.F. ; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. Avaliação de Qualidade de serviços de saúde. **Revista Saúde em Debate**, n. 33, p.50 -53, 1991.
- ALMEIDA, R.M.R ; INFANTOSI, A.F.C. Avaliação de tecnologias em saúde: uma metodologia para países em desenvolvimentos. In: Barreto, M.L., Almeida Filho, N.; Barata R.B. **Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1992. Desenvolvimento e o meio ambiente**. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, set. 1992.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1996.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Capítulo da Saúde, Brasília, 1988.
- BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96: Uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Campinas: UNICAMP, 1997. Mimeografado.
- CAMPOS, F.E. **Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde**. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1988, 264p.



CAMPOS, G.W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. S. Paulo: HUCITEC, 1994.

\_\_\_\_\_. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, v.4, No 2, 1999.

\_\_\_\_\_. **Reforma da Reforma, repensando a Saúde**. S. Paulo: HUCITEC, 1992.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar a trabalho em equipes de Saúde. In MERHY E.E.; ONOKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde, um desafio para o público**. HUCITEC, São Paulo, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. (Org). **Inventando a mudança na Saúde**. S. Paulo: HUCITEC, 1994.

CONTANDRIOPOULOS, AP., CHAMPAGNE, F., DENIS, J.L., PINEAULT, R. A Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde. Dos Modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica**. México: Instituto Nacional de Salud Publica, 1990. 74p.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Descentralização e governança no setor saúde em Belo Horizonte**. Programa de Descentralização e Governança do PNUD. Subprograma: Estudos Comparativos entre países. Escola de governo de Minas Gerais, Belo Horizonte, mai.1998. 114p.

GONÇALVEZ, R.B.M **Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1994.

HARTZ, Z.M.A Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde. Dos Modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

LAPA (LABORATÓRIO DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO), Relatório preliminar da Pesquisa de Planejamento Organização e Gestão em Sistemas de Saúde : Sistematização e Transferência de Tecnologia. UNICAMP/LAPA/CNPQ, Campinas, ago. 1998.

- MALTA, D.C ALMEIDA,M.C.M DIAS,M.AS Merhy et al, A Mortalidade Infantil Em Belo Horizonte por Área de Abrangência dos Centros de Saúde, 1994/1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(5): 1189-1198, set.out., 2001
- MALTA, D.C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A.T.; MERHY . Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n. 56., p. 21-34, set/dez 2000 CEBES - Centro Brasileiros de Estudos de Saúde.
- MALTA, D.C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A.T.; MERHY, E.E. Acolhimento - Uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, MALTA D.C.; REIS, AT.; SANTOS,AF; MERHY, E.E.. **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã VM, 1998b.
- MARQUES, J. Brasileiras amamentam por apenas 34 dias. **Folha de São Paulo**. São Paulo: 20 out. 1999. Caderno Cotidiano.
- MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- MERHY, E.E. & CHAKKOUR,M. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In MERHY, E.E. & ONOKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde, um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- MERHY, E.E & NESC - NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA DE RECIFE - FIOCRUZ, Relatório Preliminar de Pesquisa, Recife, Pernambuco. 1999. Mimeografado.
- MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar ao ruidos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org) et al. **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- MERHY E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R.(orgs). **Agir em Saúde. Um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

\_\_\_\_\_. **Relatório preliminar da Pesquisa "Planejamento Organização e Gestão em Sistemas de Saúde: Sistematização e Transferência de Tecnologia"**, LAPA/ UNICAMP/ CNPQ. Campinas, 1998b. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. **A Saúde Pública como Política - um estudo dos formuladores de políticas**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O; NOGUEIRA,R.C. **Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: Contribuição para as conferências de saúde**. Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. p. 91- 96. Vol 1. Brasília, ago. 1992.

MERHY,E.E.. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Campinas, mimeo, 2.000 (Tese de Livre docência).

PINTO, A.M.R., O fetichismo da avaliação. **Análise e conjuntura**, Belo Horizonte, 1(2):73-92, mai./ago. 1986.

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA); Brasília, Distrito Federal: PNUD, 1996.

REIS, AT.; CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; MERHY, E.E. Posfácio In: **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, VM., 1998.

SANTOS, A.F.; FERREIRA,J.; BATISTA, M.F.P.; LAGES, N.S. Criando um sistema de informação estratégico em saúde – A experiência do Projeto de Avaliação de desempenho. In: CAMPOS, C.R.; MALTA D.C.; REIS, AT.; SANTOS,AF; MERHY, E.E.; **O Sistema de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã VM, 1998.

SMSA/BH (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE). Relatório da IV Conferência Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Cadernos da IV Conferência** .1994.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Atividades da Secretaria Municipal de Saúde**. 1993-1997. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde**. 1994-1997. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. **Relatório do Sistema de Informação Sobre Orçamento Público - SIOPS.**

Fundo municipal de Saúde/Departamento Administrativo Financeiro, 1995-1997.  
Mimeografado.

\_\_\_\_\_. **Diagnóstico de Saúde da criança em Belo Horizonte,1994-1999.** Núcleo de  
Epidemiologia/Sistema de Informação/ Departamento de Planejamento e Regulação, 1999.

SILVA Jr, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em Saúde, o debate no campo da Saúde Coletiva.**  
São Paulo: HUCITEC, 1998.

SOUZA,M.W. Publicidade e consumo cultural. Site: [www.montessorinet.com.br/acontece.htm](http://www.montessorinet.com.br/acontece.htm).  
1/04/2001.

SULBRANDT, J. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. In:  
KLIKSBURG, B. (org.) **Pobreza: uma questão inadiável.** Brasília: ENAP,1994.

TERRIS, M. **La revolución epidemiológica Y la medicina social.** 3ª edición. México: Siglo  
Veintiuno,1987.

WHO, Expert Committee on Health Statistics en While, K. L.: Health care arrangements in the  
USA the Milbank Memorial Fund Quartely, vol. 50, no. 4, 1972.

## TAXONOMIA DE ANÁLISE

### QUADRO 1 - MARCADOR : FINANCIAMENTO

Interrogadores	Indicadores	Resultados
- SUS/BH alterou o financiamento e o gasto do sistema?	1.1 Evolução dos recursos do ROT no financiamento do SUS em BH.	1.1 Aumento de 8,7% dos recursos do Tesouro, em 1992, para média anual de 12,4% (gestão 93-96)
- Houve aumento do investimento através de recursos municipais?	1.2 Evolução do gasto ambulatorial.	1.2 Aumento do gasto ambulatorial de 49,5%, em 1994, para 53,3% em 1996; o gasto hospitalar passou de 50,4%, em 1994, para 46,7% em 1996.
- Produziu maior comprometimento da riqueza social em benefício da vida?	1.3 Evolução do gasto com pessoal.	1.3. Aumento dos postos de trabalho do quadro próprio em 47,8%, o que elevou a folha de pagamento de 15 milhões (1993) para 106 milhões de reais (1997).
- Alterou a relação entre o gasto hospitalar e o ambulatorial ?	1.4 Evolução dos recursos aplicados na compra de medicamentos.	1.4 Aumento do investimento na compra de medicamentos, saindo de U\$ 270.000, em 1992, e chegando a U\$ 4 a 5 milhões nos anos seguintes.
- Qual o investimento realizado nos projetos estudados?	1.5 Gastos efetivados especificamente com o Projeto Vida e o Acolhimento.	1.5 Apurou-se um comprometimento em torno de 40,4 milhões de reais ou 10% dos recursos do SUS no município anualmente, relativo a intervenções com o Projeto Vida (atenção à criança) e o Acolhimento. Mesmo diante das limitações metodológicas, observou-se expansão de gastos em Recursos Humanos, medicamentos, imunização e na criação de itens de gasto anteriormente inexistentes como: leitos de risco, teste do pezinho, convênio com a Pastoral da criança e programas como doenças respiratórias e desnutrição.

**QUADRO 2 - MARCADOR : ACESSO**

<b>Interrogadores</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Resultados</b>
- Houve aumento da capacidade instalada?	2.1 Evolução da rede física própria e contratada.	2.1 Houve uma expansão da rede de serviços próprios, crescendo não só em número de centros de saúde mas também em unidades especializadas, centros de referências e serviços de urgência. A rede conveniada passou a ser gerida pelo serviço público e ocorreu redução importante de hospitais conveniados e leitos disponíveis, em parte resultante do maior controle público.
- Recursos Humanos: aumentou o número e a qualificação?	2.2 Recursos Humanos. 2.2.1 Incorporação de Recursos Humanos 2.2.2 Capacitação da força de trabalho.	2.2.1 Ampliação de postos de trabalho de 6452 (1992) para 9685 em fevereiro de 1997, acréscimo de 50,2%. 2.2.2 Iniciativas: Curso de Especialização em Gerência -GERUS - formando 131 trabalhadores em nível de pós-graduação; Curso de Profissionalização de Auxiliares de enfermagem, formando 103 auxiliares; Profissionalização do Técnico de Higiene Bucal, treinamentos introdutórios, seminários do Projeto Vida e outros.
- Qual a cobertura?	2.3 Cobertura ambulatorial. 2.3.1 Evolução da oferta de serviços ambulatoriais próprios.	2.3.1 Aumento dos procedimentos ambulatoriais no período de 1992 a 1997: atendimentos básicos passaram de cerca de 6,7 milhões para 14,8 milhões; as consultas médicas da rede própria, de cerca de 1,4 milhão para 2,3 milhões; procedimentos radiodiagnósticos, de cerca de 66 mil para 144 mil, exames complementares, de cerca de 1,1 milhão para 2,3 milhão e as terapias especializadas, de cerca de 4 mil para 36 mil.
- Universalizou a atenção?	2.3.2 Cobertura de consultas médicas aos residentes.	2.3.2 A oferta de consultas básicas aos residentes ficou abaixo do parâmetro preconizado (1,77 cons.hab/ano); na pediatria o índice encontra-se pouco abaixo do previsto pelo parâmetro do MS (0,3 consultas) para uma necessidade entre (0,31 a 0,46 cons./hab./ano). O maior déficit ocorre na clínica médica. Nas consultas especializadas, embora o índice esteja próximo dos parâmetros preconizados, existe déficit em determinadas especialidades (neurologia, oftalmologia, otorrino, ortopedia, dermatologia). A oferta de consultas de urgência também está abaixo do preconizado.
- Atende aos usuários?	2.4 Incorporação de outras necessidades em saúde.	2.4. O SUS/BH procurou implantar projetos universalizantes e não apenas focalizar a atenção em determinados grupos. Foram incorporadas outras necessidades em saúde, como o Projeto de doenças respiratórias, que buscou maior vínculo entre a equipe e as crianças com doenças respiratórias de repetição (asma), reduzindo a reinternação das crianças acompanhadas, além da redução no atendimento do serviço de urgência.
- Incorpora outras necessidades ou seleciona aquelas de maior impacto?		

### QUADRO 3 A MARCADOR: EFICÁCIA

Interrogadores	Indicadores	Resultados
- O projeto de intervenção trouxe resultados positivos?	<u>Morbidade ambulatorial</u>	3.1.1 Processo de trabalho dos CS priorizava entrada de retornos, puericultura. Com o projeto houve aumento do acesso para os casos agudos - doenças respiratórias leves e moderadas, otites e asma, com melhor captação de agravos e riscos. Redução dos diagnósticos ignorados, o que mostrou melhora da qualidade da assistência. Média de atendimentos agudos de 49,75% (1994) e 57,45% (1996), aumento na entrada das crianças com CID agudos, possibilitando acompanhamento na própria rede básica.
- Aumentou a eficácia das diversas ações?	3.1.1 Atendimento aos casos agudos na pediatria.	
- Impactou o modelo de atenção?	3.1.2 Comparação do atendimento dos casos agudos na pediatria nas unidades com e sem acolhimento.	3.1.2 O atendimento em pediatria aos pacientes agudos nos CS com acolhimento, em média ampliou de 45% (1994) para 58% (1996). Enquanto nos CS sem acolhimento reduziu de 45% (1994) para 42% (1996).
- Quais indicadores o demonstram?	3.1.3 Distribuição de atendimentos realizados pela equipe do Acolhimento.	3.1.3 A equipe de acolhimento dobrou a capacidade de resposta da equipe, encaminhando 51% dos usuários para consulta médica; 37,% receberam atendimentos de enfermagem, em 6% consultas de enfermagem; para 8% foram solicitados exames laboratoriais, e para 4%, marcação para especialidades. O novo fluxo abriu novas respostas para os usuário, já que anteriormente a portaria agendava apenas as consultas médicas.
- Buscou tornar mais equânime a rede?	3.1.4 Morbidade ambulatorial na ginecologia e obstetrícia.	3.1.4 Maior causa de atendimento na ginecologia é pré-natal e ocorreu ampliação de 7,8% do atendimento. Ocorreu ainda aumento no planejamento familiar (53,4%), de 1994 para 1996. Aumentaram também os atendimentos ginecológicos e o exame preventivo de câncer de colo.
	3.2 Cobertura Vacinal	3.2 Boa cobertura vacinal em menores de um ano, níveis acima de 90%, exceto DPT em 1996, resultante de desabastecimento nacional.
	3.2.1 Evolução das doenças imunopreviníveis.	3.2.1 Redução doenças imunopreviníveis: difteria, coqueluche, caxumba, rubéola.

### QUADRO 3 B- MARCADOR: EFICÁCIA

Interrogadores	Indicadores	Resultados
	<p><u>Morbidade Hospitalar</u></p> <p>3.3.1 Evolução das internações em Belo Horizonte.</p> <p>3.3.2 Internação de menores de 28 dias por local de residência.</p> <p>3.3.3 Internação de crianças entre 28 dias e 1 ano por local de residência.</p>	<p>3.3.1 No período de 1993 a 1996 ocorreu uma redução das internações em Belo Horizonte na ordem de 18,7%, maior que a queda nacional. Motivada em parte pela redução dos hospitais conveniados, atuação do Controle e Avaliação, controlando fraudes e descredenciando hospitais. A redução ocorreu em todas as faixas etárias, inclusive em menores de 14 anos.</p> <p>3.3.2 Houve redução (-40,2%) na internação em menores de 28 dias residentes em Belo Horizonte, permanecendo igual na DRS Metropolitana. Diagnósticos mais comuns: causas perinatais, septicemia, anomalias congênitas e pneumonias.</p> <p>3.3.3 Entre 28 dias e 1 ano residentes no município, houve uma acentuada diminuição das internações por: pneumonias (- 34,8%), diarreia (-64,5%), septicemia (-62,2%), bronquite/asma (-29,2%) e desnutrição (-84,6%), quando se compara com as internações de crianças residentes na região metropolitana, que em geral, tiveram reduções menos importantes ou até aumento, exceto na desnutrição (-76,2%). Diagnósticos de internação por diarreia, pneumonias e bronquite/asma ainda são elevados (62%).</p>



### QUADRO 3 C - MARCADOR: EFICÁCIA

Interrogadores	Indicadores	Resultados
	<p><u>Acompanha</u> <u>mento de</u> <u>grupos de</u> <u>risco ou</u> <u>prioritários</u> 3.4.1 Visitas aos RN do programa de Vigilância à Mortalidade Infantil. 3.4.2 Acompanha mento dos menores de 1 ano do programa de Vigilância à Mortalidade Infantil na rede. 3.4.3 Prevalência da Desnutrição. 3.4.4 Captação dos desnutridos. 3.4.5 Acompanhamento dos desnutridos do programa.  3.4.6 Mudança do grau nutricional entre desnutridos acompanhadas.  3.4.7 Morbidade ambulatorial, hospitalar e mortalidade por desnutrição no município.  3.4.8 Evolução do percentual de aleitamento na rede básica.</p>	<p>3.4.1 Das 2.754 crianças de risco (residente em área de risco que tenha: peso &lt; 2500g ou mãe adolescente ou mãe analfabeta), em 1994, e 2.728 em 1995, 64,8% e 87,6% de RN de risco foram respectivamente visitados nos seus domicílios. 3.4.2 Em julho de 1996 foram acompanhadas 52,8%; crescendo no quadrimestre seguinte para 101,4%. Seguiu-se uma tendência de decréscimo, chegando a 52,1% no final de 1997, em função da descontinuidade da Avaliação de Desempenho. 3.4.3 Embora os estudos empreguem metodologias diversas, apontam no sentido da redução da desnutrição em Belo Horizonte de 8% em menores de 2 anos (inquérito de 1993) para 5,5% de desnutridos em 1997 (estimativa do Ministério da Saúde (MS)). 3.4.4 A evolução de crianças inscritas no programa foi crescente, em 1993, 7.470 crianças e 14.705 inscritos em 1997. 3.4.5 O acompanhamento foi de 60,3% no II Quadrimestre de 1996, nos seguintes, embora tenha havido um grande aumento na captação dos desnutridos, houve piora no acompanhamento, 24,7%, no III Quadrimestre de 1997, tanto por dificuldade operacional do serviço quanto pela descontinuidade da Avaliação de Desempenho. 3.4.6 Desnutridos acompanhados, seguindo o protocolo, apresentaram uma melhor evolução do grau nutricional, sendo a melhora de: 31,3% entre os desnutridos leves, 64% entre os desnutridos moderados e 60% entre os desnutridos graves. A evolução das crianças que não seguiram o protocolo mostrou melhora: de 10,9%, entre os desnutridos leves e de 20 a 25% entre os desnutridos moderados e graves. 3.4.7 Houve um declínio do diagnóstico de "desnutrição" na rede ambulatorial própria, de 3,7% (1994) para 3,3% (1996). Houve acentuada diminuição das internações em Belo Horizonte, entre 1993 e 1996, por desnutrição (-84,6%). O mesmo ocorrendo em relação à mortalidade infantil por desnutrição, passando de terceira causa com 12,3% em 1993 e para quinta causa (4,8%) em 1996. 3.4.8 A média de aleitamento exclusivo foi de 32% em 1996; 33,3% em 1997; 35,4% em 1998. Ocorreu um aumento de cobertura no período do público de maior vulnerabilidade, ou seja, a clientela atendida na rede pública municipal. 3.4.9 Ocorreu um aumento nas gestantes inscritas passando de 7080 (1996) para 32926 (1997). O acompanhamento sofreu um declínio de 61% para 18% no período. O pior desempenho ocorreu após o ano de 1997, pelo desestímulo no preenchimento das boletas, pela desativação da Avaliação de Desempenho e dificuldade operacional da rede.</p>

	3.4.9 Acompanhamento das gestantes.	
--	-------------------------------------	--

### QUADRO 3 D -MARCADOR: EFICÁCIA

Interrogadores	Indicadores	Resultados
	<p><u>Mortalidade Infantil</u></p> <p>3.4.10 Evolução da Mortalidade Infantil em Belo Horizonte.</p> <p>3.4.11 Mortalidade Neonatal.</p> <p>3.4.12 Mortalidade Pós-Neonatal.</p> <p>3.4.13 Evolução da Mortalidade Infantil por Distritos e o estudo das <i>Brechas Redutíveis*</i>.</p> <p>3.4.14 A Mortalidade Infantil em Belo</p>	<p>3.4.10 Houve uma diminuição do CMI, passando de 34,4/1000, em 1993, para 25,8/1000 em 1996, representando uma redução de 24,4% no coeficiente.</p> <p>3.4.11 Coeficiente de Mortalidade Neonatal manteve-se estável no período, saindo de 18,9 (1993) para 17,2/1000 em 1996. O declínio foi de 9%.</p> <p>3.4.12 A mortalidade pós-neonatal reduziu de 15,05/1000 (1994) para 8,5 (1997), totalizando uma queda de 43% no período.</p> <p>3.4.13 No ano de 1993, o DS Barreiro apresentou a maior brecha redutível entre os Distritos, correspondente a 1,13 vezes o CMI do próprio DS Barreiro de 1996. Esta brecha foi reduzida contínua e progressivamente no período. O DS Centro Sul apresentou estabilidade, praticamente sem redução das brechas, sendo a maior em 1996 (0,54).</p> <p>3.4.14 Também ocorreu redução do CMI nas áreas de abrangência. Em 1994, oito</p>

	Horizonte por área de abrangência dos centros de saúde, 1994/1996.	áreas apresentaram CMI acima de 50/1000, e em 1996 não foi observada nenhuma área com esse coeficiente. Em 1994, vinte e nove áreas apresentaram CMI entre 35 e 50/1000, caindo para apenas cinco áreas em 1996. Em 1996, observou-se um maior número de áreas com CMI abaixo de 35/1000 em relação a 1994. Em 1996, verificou-se maior homogeneidade na distribuição dos CMI, reduzindo-se as desigualdades intra-urbanas.
--	--	---

\* "*Brechas redutíveis*" permitem interpretar os coeficientes de mortalidade, em comparação com outros grupos sociais que se encontram em circunstâncias similares, estabelecendo-se uma taxa de referência, com a qual se compara o quanto poderia ainda ter sido atingido na redução da mortalidade infantil.

## QUADRO 4 A MARCADOR: PUBLICIZAÇÃO

Interrogadores	Indicadores	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como se deu o processo de construção da participação popular?</li> <li>- Houve ampliação ou investimento nessa área?</li> <li>- Houve comprometimento com os fóruns de decisão coletiva?</li> </ul>	4.1 Fóruns de concertamento democrático.	4.1 A participação popular se deu nas definições, no controle e fiscalização das ações de governo. Eram 20 comissões, em 1993, passando para 108 em 1996; além de se organizarem Conselhos Distritais em todos os 9 DS. Houve crescimento da população envolvida no processo. O Conselho constituiu-se em importante ator político, definindo pautas, apontando diretrizes, fiscalizando, respaldando o gestor, além de também critica-lo. Ocorreram no período duas Conferências Municipais de Saúde, reuniões periódicas do Conselho municipal de Saúde e demais conselhos, plenárias, inúmeros fóruns e debates com trabalhadores e entidades representativas.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No âmbito do Projeto Vida, a gestão possibilitou o controle do setor conveniado?</li> <li>- Possibilitou espaços de construção coletiva da proposta?</li> <li>- Integrou trabalhadores e usuários no processo decisório?</li> </ul>	4.2 A publicização da gestão nas Unidades de Saúde.  4.2.1 Retornos das consultas médicas.	4.2 Foram criados espaços de construção coletiva da proposta de integração dos atores no processo (dirigentes, trabalhadores), seminários institucionais, oficinas com dirigentes intermediários e locais. Produziram-se colegiados de direção no nível central, nos Distritos, Grupo de Condução do Projeto Vida, gestão colegiada e novas formas de governar a organização.  4.2.1 Houve maior publicização da discussão sobre critérios e necessidade de retorno às consultas médicas, que resultou em uma redução de 14% na taxa de retornos na clínica médica.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual avaliação que os diversos atores fazem do processo?</li> <li>- No processo de trabalho dos centros de saúde, houve publicização da gestão?</li> </ul>	4.3 Indicadores ruidosos da Avaliação de Desempenho.	4.3 A Avaliação de Desempenho possibilitou a publicização da discussão e reflexão coletiva da equipe sobre as suas práticas. O indicador <i>áreas de abrangência</i> tomou outra conotação, forçando a prática da "cerca", excluindo os usuários de fora da área. Isso forçou discussões e na Conferência de Saúde foi aprovada deliberação específica, impedindo a prática. No caso de indicadores da "desnutrição" alguns Centros de Saúde começaram a forçar "alta por abandono" dos faltosos, para melhorar o desempenho das metas. O que resultou na ampliação da discussão sobre os faltosos e a necessidade de articular ações conjuntas com a Saúde Mental e a Assistência Social, com vistas à abordagem às famílias e busca de alternativas conjuntas.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Produziu novos coletivos de trabalho?</li> <li>- Novas formas de governar a organização?</li> </ul>	4.4 O Acolhimento na perspectiva dos diversos atores: COREN, Sindicato dos Médicos e Conselho Municipal de Saúde.	4.4 A implantação do acolhimento teve aprovação nos diferentes fóruns (Conselhos e Conferências), embora sua implantação tenha tido entraves por parte dos trabalhadores da saúde, representantes sindicais e classistas, que, embora o questionassem, acabaram por apoiá-lo.

#### QUADRO 4 B MARCADOR: PUBLICIZAÇÃO

Interrogadores	Indicadores	Resultados
	<p>4.5 <u>Pesquisa de avaliação do Acolhimento.</u> 4.5.1 Avaliação dos Gerentes e trabalhadores</p> <p>4.5.2 Avaliação dos usuários.</p>	<p>4.5.1 Gerentes e trabalhadores afirmaram preferir o atendimento na unidade com o acolhimento 95% e 72,7% respectivamente. Dentre os pontos positivos: a melhoria do acesso aos casos agudos nas unidades (62%), a ampliação do acesso (54,7%), maior humanização no atendimento aos usuários (47,6), a otimização do trabalho da enfermeira (26,1%). Os fatores negativos: sobrecarga do trabalho (14,2%), inadequação da área física (9,5%), pouco apoio institucional às experiências em implantação (9,5%).</p> <p>4.5.2 A avaliação do usuário confirmou a garantia do acesso ao Centro de Saúde em 73%; percebeu a priorização do agudo em 86% e avaliou positivamente o atendimento da unidade (86%).</p>
	<p>4.6.1 Estratégias propostas na gestão do setor conveniado no âmbito do Projeto Vida.</p> <p>4.6.2 Evolução do número de leitos de risco.</p>	<p>4.6.1 -1994 Belo Horizonte assumiu a Gestão Semiplena do Sistema e estruturou o controle e avaliação e a gestão pública do sistema. Estratégia de intervenção do Projeto Vida: redesenho do fluxo, ampliação dos leitos de risco, definição de critérios de qualidade. Ainda existem inúmeros problemas: o fluxo ainda não foi de fato implantado e o monitoramento da qualidade do atendimento ainda não foi realizado.</p> <p>4.6.2 Para ampliação dos leitos foi definida tabela própria de remuneração e incentivo, convênios/parceria com o setor conveniado visando à ampliação de leitos, aprovando projetos junto ao REFORSUS para ampliação de leitos de risco. O que resultou em 47 novos leitos para recém-nascidos de risco. Ainda não existe a garantia do acesso aos leitos, pois apesar da ampliação ainda permanece o déficit.</p>

### QUADRO 5 MARCADOR: NOVAS TECNOLOGIAS DE TRABALHO

Interrogadores	Indicadores	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais as novas ferramentas introduzidas no processo de trabalho?</li> <li>- Surgiram novas formas de fabricar e produzir a política?</li> <li>- Essas ferramentas foram incorporadas no cotidiano das equipes?</li> <li>- Produziram mudanças?</li> <li>- Possibilitaram maiores espaços de conversa, de expressão?</li> <li>- Os trabalhadores ocuparam os espaços do trabalho, transformando a gestão menos privada e mais coletiva?</li> </ul>	5.1 Os instrumentos utilizados.	5.1 Os instrumentos empregados foram: a <i>Rede de Petição e Compromisso</i> , o fluxograma, protocolo assistencial e alguns indicadores da Avaliação de Desempenho.
	5.2 Mudanças produzidas pelos instrumentos.	5.2 -O fluxograma publicizou os fluxos, o processo de trabalho, tornando-se uma ferramenta para reflexão da equipe, mostrando os interesses distintos, os modos distintos de governar a instituição, provocando a reflexão das equipes acerca do seu cotidiano. - A Avaliação de Desempenho permitiu às equipes apropriarem-se da sua realidade, constituiu-se em uma estratégia de gestão, a partir do acompanhamento dos resultados alcançados, pactuação coletiva em torno do projeto assistencial, construção coletiva de indicadores, estabelecimento de metas, avaliação dos processos, motivação dos trabalhadores, aprofundamento de reflexões sobre o cotidiano dos serviços, publicização do trabalho. Suas contradições: engessamento, aceleração de processos, como implantação das equipes de acolhimento, não registro de ações após sua desativação. Enfim representou potente dispositivo de mudança do processo de trabalho - O protocolo assistencial surgiu demandada da capacitação das equipes, da definição de atribuições entre as categorias, bem como da padronização de condutas assistenciais.
	5.3.1 O papel da Avaliação de Desempenho como propulsora do acolhimento.	5.3.1 O Acolhimento foi implantado no final de 1995 em 6 CS, em 1996, ampliou-se para 67 e outros 7 CS em 1997. Em 1996 houve aceleração da implantação nos meses de outubro (10) e novembro (18). Atribui-se este fato à entrada do indicador da existência de equipe de <i>Acolhimento</i> enquanto meta da Avaliação de Desempenho.
	5.3.2 O percentual de utilização das ferramentas e instrumentos gerenciais pelas equipes.	5.3.2 Dados coletados em pesquisa mostraram que 65,5% dos Centros de Saúde utilizavam os protocolos assistenciais, enquanto outros 34,6% não o utilizavam. O Fluxograma era utilizado em 67% das equipes, enquanto cerca de 32% não o aplicaram.
	5.3.3 Avaliação da integração do processo de trabalho das equipes.	5.3.3 Quanto à integração da equipe, 66% dos gerentes afirmaram partilhar de processo de trabalho integrado, e avaliavam a equipe comprometida com o trabalho. As reuniões periódicas de avaliação eram feitas por 72% das equipes. A prática das reuniões periódicas de avaliação estabelecem, de certa forma, o aumento do espaço da interlocução coletiva, o espaço do debate, das trocas, a perspectiva de ir construindo um trabalhador coletivo, construindo práticas e saberes, formatando equipes multidisciplinares

**QUADRO 6 A MARCADOR:SUSTENTABILIDADE**

Interrogadores	Indicadores	Resultados
- O que determina a implantação de um determinado projeto?	6.1. Condições para a ascensão de um projeto.	6.1 A implementação de um dado projeto deve ocorrer mediante condições no campo da política e, no caso de modelo tecno-assistencial segundo as diretrizes do SUS, deve estar alicerçado na quebra da hegemonia e instalação de novos princípios democráticos.
- Quais as forças que disputam?	6.2 Fatores que diminuem a governabilidade na sustentação do projeto.	6.2 A desestruturação de projetos referenciados no SUS ocorre em geral por retomada das forças conservadoras. Quando a ruptura ocorre dentro do mesmo campo democrático-popular, podemos discutir justificativas como: incompetência técnica; aspectos conjunturais, como dificuldades financeiras do governo que exigem ajustes, cortes e novo formato de gestão; recomposição do leque de aliança; pequena interlocução da direção anterior com o núcleo de poder do governo; disputas sindicais, etc.
- O que faz um determinado projeto se tornar hegemônico?		Outro fator importante ocorre pelas disputas travadas no mesmo campo, ou seja, os projetos do campo democrático popular na saúde não são mais consensuais.
- Quem o sustenta?		Por trás desse contraponto, estão colocadas divergências como o entendimento de que uma transição rumo ao PSF, além de consolidar formas mais estáveis de financiamento, junto ao governo Federal, reduz também os momentos de enfrentamento pela adesão aos modelos definidos centralmente. Além de um outro entendimento na relação público-privado, onde o estado tem o papel subsidiador do setor privado de prestação de serviços de saúde.
- Algum ator, em especial o Conselho de Saúde, conseguiu determinar a agenda governamental?		
- A institucionalização de um projeto é suficiente para garantir a sua continuidade?		Em Belo Horizonte esse debate esteve presente, resultando na saída da equipe. Na tentativa de se implantar o Programa de Saúde da Família (PSF) mesmo sem clareza sobre quais os passos a serem dados, teve início a desestruturação de projetos importantes, além de se estabelecer outra relação com o setor contratado/conveniado, não priorizando aspectos importantes da gestão, o que, inclusive, gerou maiores gastos e acarretou importante déficit no custeio geral, penalizando-se a rede própria (PT, 1999).

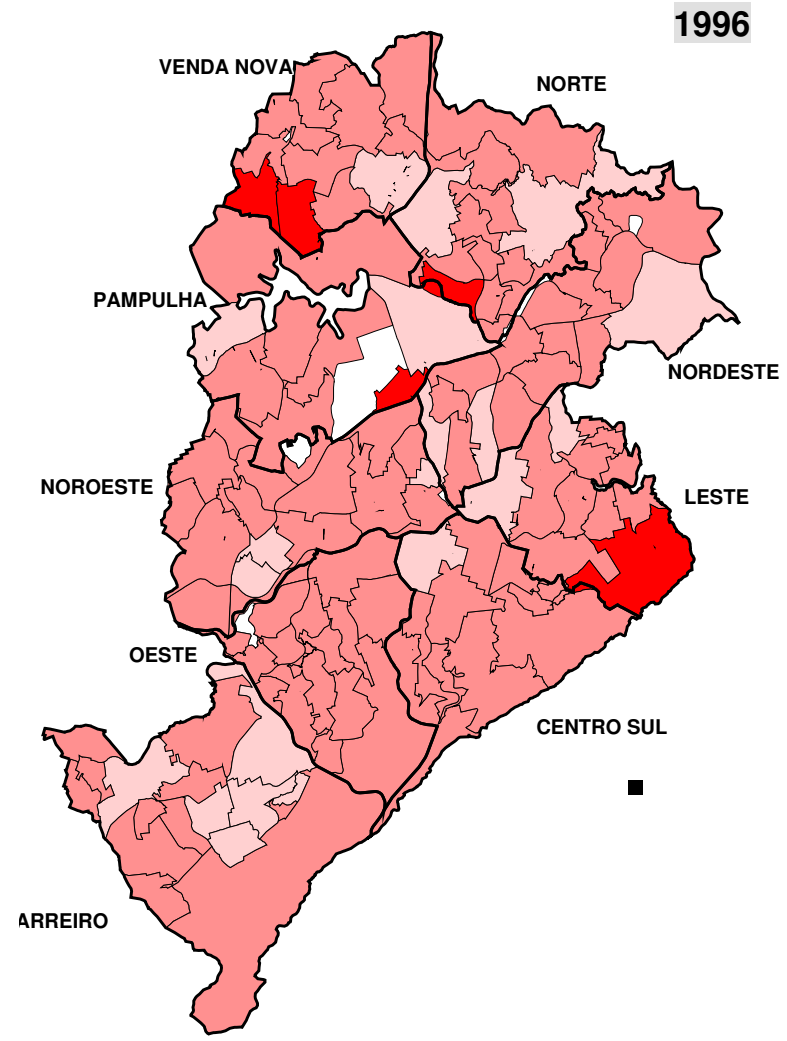
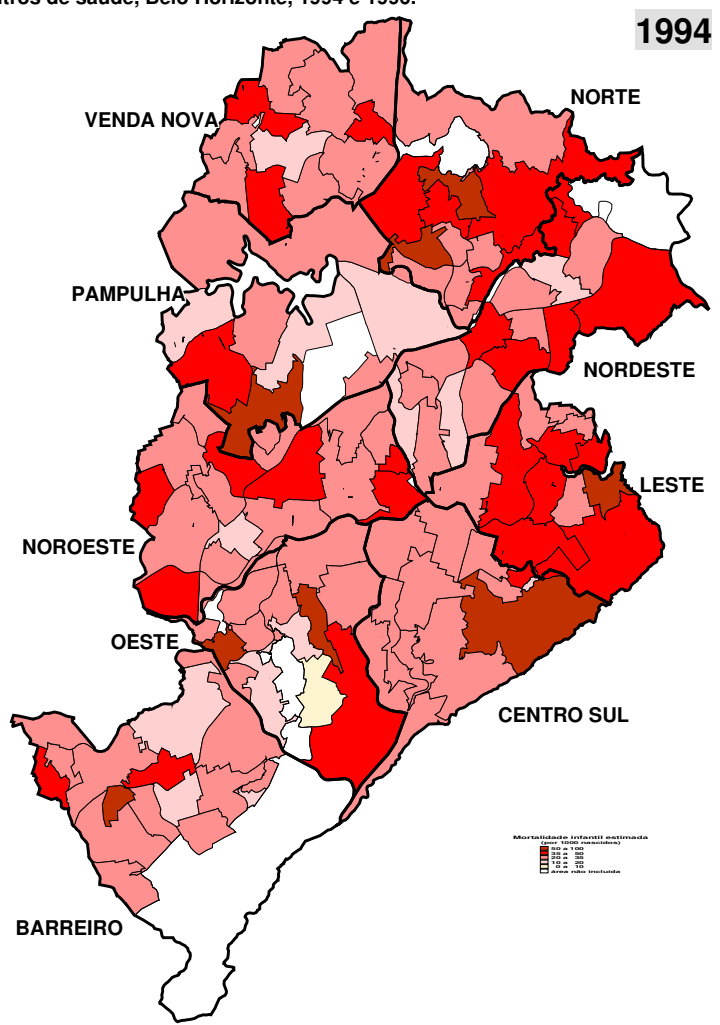
**QUADRO 6 B MARCADOR:SUSTENTABILIDADE**

Interrogadores	Indicadores	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como produzir novos atores políticos consolidados?</li> <li>- Qual o grau de sustentabilidade nos micro-processos de trabalho?</li> <li>- Só a direção do executivo garante os projetos?</li> <li>- Será possível a criação de estruturas técnicas permanentes?</li> </ul>	<p>6.3 Atores que garantem a continuidade do projeto e seus movimentos.</p>	<p>6.3 Um determinado projeto se mantém quando produz agendas de governo e tem sujeitos, atores, que o sustentam no plano da política e no plano do processo de trabalho. Esse é um processo de permanente disputa, pois aí se travam as apostas de mudança. A defesa dos projetos torna-se muito difícil se não se ocupa o poder, se não há "garantidores", sejam gestores, o movimento popular ou sindical muito articulados.</p> <p>Embora tenham se esboçado inicialmente movimentos em defesa da equipe e do projeto, como manifestos, apoio junto à imprensa, abaixo-assinado, reuniões no núcleo de saúde do PT, esse movimento tende a silenciar-se, ou perder a potência com o tempo, perdendo a capacidade de definir agendas e de sustentar-se no plano da política e no plano do processo de trabalho ou do cotidiano.</p> <p>Um ator importante foi o Conselho Municipal de Saúde, tentando, por exemplo, pautar e definir sem sucesso as agendas, inclusive a discussão sobre o Acolhimento. Foram pelo menos três anos de oposição do movimento popular ao governo. Foram utilizados inúmeros fóruns de denúncia e confrontação com o Projeto BH Saúde (proposta local do PSF), denúncia ao Ministério Público de priorização de investimento ao setor privado que culminaram no afastamento do secretário da direção do Conselho de Saúde. Entretanto o Conselho não conseguiu tornar-se hegemônico, exercendo sempre o papel da resistência e de oposição.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- O projeto tornou-se instituído?</li> <li>- Continua sendo operado?</li> </ul>	<p>6.4 Índícios de continuidade do projeto não hegemônico ou outras formas de resistência.</p>	<p>6.4 Ações relativas ao Projeto Vida, por serem mais estruturadas, continuaram a ser realizadas na rede pública, como: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a imunização, o programa de combate à desnutrição, a vigilância à mortalidade infantil, doenças respiratórias, dentre outras. Ocorreu desarticulação do grupo de condução, resultando em menor potência no acompanhamento e monitoramento das ações. O movimento de resistência trabalhadores contribui para transformar o que era "instituinte", portador de um projeto de mudança, em algo instituído e cristalizado. Isso ocorreu no projeto físico das novas unidades de saúde, ao denominarem a sala de recepção como "Sala do Acolhimento", ou no sistema de informação, onde continuam sendo registradas as "equipes inseridas no acolhimento", ou na placa indicando o local de funcionamento da equipe de acolhimento nos Centros de Saúde. Em raras unidades ainda encontramos gerentes que teimam em manter equipes de fato acolhedoras, constituindo experiências ilhadas e cercadas de limites. São tentativas de resistência que, mesmo contra-hegemônicas, teimam em manter a chama, esperando os ventos da mudança cada vez mais distantes.</p>



Figura 1

Coefficiente de mortalidade infantil por área de abrangência dos centros de saúde, Belo Horizonte, 1994 e 1996.



Fonte: SIM/1994 e 1996, SINASC/1994 1996 - NEPI/DEPLAR  
Dados geográficos: PRODABEL