

**MUDANDO O PROCESSO DE TRABALHO NA REDE PÚBLICA: ALGUNS
RESULTADOS DA EXPERIÊNCIA DE BELO HORIZONTE**

***CHANGE IN THE PROCESS OF DELIVERING PUBLIC HEALTH SYSTEM:
SOME RESULTS OF EXPERIENCY OF BELO HORIZONTE***

Deborah Carvalho Malta¹

Leila Maria Ferreira²

Afonso Teixeira dos Reis³

Emerson Elias Merhy ⁴

¹ Doutoranda em Saúde Pública da UNICAMP, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; R. Gravataí 40/201, CEP-30240/070, Belo Horizonte, deborahm@horizontes.net

²Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

³ Mestrando em Saúde Pública/UFMG, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, R. Imbé, 127/102, CEP 30770-520, Belo Horizonte MG, afonso@metalink.com.br

⁴Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Campinas, UNICAMP, Rua Doutor Quirino 1730/63, centro, 13015-082- Campinas SP.

RESUMO

O *Acolhimento*, implementado na rede pública Municipal de Belo Horizonte, colocou-se enquanto estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, chamando à reflexão questões como, a privacidade e o individualismo com que os indivíduos exercem suas atividades, o grau de cooperação da equipe de saúde, a humanização das relações interpessoais, a sensibilidade de escuta às demandas dos usuários. Representou também o resgate do conhecimento técnico das equipes, possibilitando a intervenção das diversas categorias profissionais de saúde na assistência. Possibilitou ainda uma reflexão sobre a saúde como direito de cidadania e de como transpor para o cotidiano dos serviços a universalidade do acesso, a integralidade na assistência, a responsabilização clínica e sanitária para com a população usuária; num movimento que envolveu governo, trabalhadores e usuários para desenhar esse “novo” fazer em saúde, em defesa da vida. Ocorreu uma mudança do perfil da assistência ambulatorial, pois a maior disposição de receber o usuário que procurava a unidade permitiu maior ingresso de casos agudos assim como uma melhor captação de agravos e riscos, principalmente na pediatria.

PALAVRAS CHAVES : Processo de trabalho, acesso ao serviço de saúde, humanização da assistência, universalidade

SUMMARY

"The intake" implemented in the public health system of Belo Horizonte, became a strategy to bring about change in the process of delivering health care services, with the objective of restructuring the relationship not only of health care service workers with the consumers of health services but also by changing the relationship of health care providers with one another. That highlighted issues such as the degree to which health care workers perform their duties in isolation or in cooperation with the Health Services Team. It also highlighted the dynamics of interpersonal relationships and the ability to give full consideration to the demands of the patients. Represented in this equation was also the technical knowledge of the Health Care Teams which made it possible for the various health care professional categories to intervene and deliver adequate services. It was possible also to create a reflection about health as an inalienable right of all citizens and how to make universal access to health care services as well as high quality of services and the clinical and sanitary liabilities, an integral part of the delivery of health services on a regular basis. Such a reflection is based on the premise that government, public health workers and consumers of health services become partners in the development of a "new" approach to the process of delivering health care services and to the way that life is treated and defended. A transformation of the clinical profile has occurred with an increase of the admission of urgency cases in the various treatment units and specially in the unit of Pediatrics. This transformation can be explained by the fact that the Health Centers studied have introduced a new dynamics to delivery of health services which demands a new and improved way to relate to patients which in turn creates a more efficient and accurate way to process and prioritize urgency cases.

KEY WORDS - change in the process of work, access to health care services, **humanização** health care, universal access

1- INTRODUÇÃO

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 *trabalho vivo dependentes*. 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.

Este artigo busca descrever alguns dos dispositivos do Planejamento que foram implantados na Secretaria Municipal de Saúde em Belo Horizonte (1994-1996), visando a mudança do processo de trabalho nas unidades básicas de saúde; bem como descrever alguns resultados que evidenciam a maior entrada dos casos mais agudos e graves nas unidades básicas de saúde.

2- BREVE HISTÓRICO

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, a definição de prioridades do setor ocorreu na IV Conferência Municipal de Saúde em 1994, elegendo os projetos *Vida - Reorganização da atenção à saúde da criança*-, *Controle e Avaliação e Urgência e Emergência*, como suas principais expressões.

O *Projeto Vida* foi planejado enquanto projeto que permitisse o enfrentamento da mortalidade infantil no município. Definiu-se como estratégia institucional em foco, a Vigilância à Mortalidade Infantil, identificando como grupos sob vigilância e acompanhamento pelos centros de saúde, recém-nascidos residentes em áreas de risco e que somavam um dos seguintes critérios: baixo peso (menor que 2.500g), filho de mãe analfabeta ou adolescente (SMSA, 1996; MALTA et al., 1998). Estas variáveis eram identificadas através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e foram selecionadas por serem fatores já relatados na literatura como favorecedores de um maior risco de óbito (VICTORA, et al., 1989).

A Vigilância à Mortalidade Infantil inaugurou uma dinâmica nova na rede de serviços. As equipes de saúde passaram a incorporar uma nova clientela, que era alvo de busca ativa, por apresentar um risco diferenciado. Essa prática criou um conflito com as agendas já lotadas com o controle da puericultura. Na prática, esbarrava-se na dificuldade do acesso, prevalecendo também para aquela criança os critérios de ordem de chegada na fila, limite de vagas para consulta médica, independente da situação de gravidade ou de risco.

Essa realidade foi sentida por diversas equipes e pelo nível diretivo. Assim foram sendo motivadas reflexões mais abrangentes sobre o *não acesso*. O grupo de condução do *Projeto Vida* iniciou um processo de discussão com a rede, revendo posturas já consolidadas no serviço e tentando identificar as causas ligadas a não universalização da assistência, que passavam pela forma como os serviços de saúde historicamente vinham se organizando, onde as práticas desumanas, não acolhedoras e, na maioria das vezes, ineficazes predominam no cotidiano.

As reflexões do grupo de condução se aprofundaram no sentido de identificar as barreiras

ao acesso ilustradas em fatos como: as longas filas de espera que dobram noites e esquinas; os cartazes das portas das unidades de saúde informando o número de vagas para cada especialidade médica, restringindo o acesso de grande parte dos usuários; a distribuição de senhas que garantiam o atendimento por ordem de chegada dos usuários, sem ofertar outras alternativas (a escuta das necessidades trazidas pelos usuários, a avaliação da gravidade, o risco e a instalação de quadros agudos); as agendas dos profissionais médicos restritivas e administradas de maneira privada, além de tomadas por retornos e agendamentos prévios, mantendo uma clientela "cativa", os vigias dos prédios que cumpriam a tarefa de "proteger a Unidade de Saúde dos usuários", os guichês burocráticos treinados para dizer o doloroso "não tem vaga", "acabou a ficha". Essas atitudes revelavam a não responsabilização pelo usuário; refletindo também o entendimento de que o problema do usuário é sempre de ordem biológica, sem perceber as outras dimensões (mental, epidemiológica, cultural e social). Se o problema é focado enquanto alteração de ordem biológica, define-se sempre um fluxo unidirecional de resposta, agendando-se para o médico todas as demandas, o qual torna-se o único profissional com real inserção na assistência, negando-se as possíveis intervenções da equipe multiprofissional. Esse fluxo desqualifica o trabalho da toda equipe, além de "subaproveitar" o saber médico, já que inúmeras respostas poderiam advir dos outros profissionais da equipe, os quais, por sua vez, têm suas potencialidades inibidas, pois o acesso é restrito e direcionado para um ato médico, pobre, simplificado e desarticulado do trabalho dos demais profissionais, sem ação de vínculo e responsabilidade (MALTA et al, 1998; REIS, 1998; FERREIRA, 1996).

Diante dessas questões foram surgindo contribuições para repensar o processo de trabalho em saúde, sendo assessorados pelo LAPA/UNICAMP e também refletindo sobre experiências de outros municípios (Paulínea, Campinas, Ipatinga, dentre outros), que buscaram superar os modelos burocráticos ou pronto atendimentos "papa filas", caracterizáveis pela baixa responsabilidade e resolubilidade, além de consumirem recursos e gerarem mais demanda. Estas propostas alternativas resgataram a possibilidade de intervenção de toda a equipe, bem como de estabelecer-se um pacto coletivo, pela defesa da vida, pela melhoria da qualidade do serviço público (SMSA/BH, 1995).

No processo de formulação de alternativas foram colocadas as seguintes questões: como garantir o acesso aos usuários? Como trabalhar com outros critérios, além da ordem de chegada? Como identificar situações de risco, avaliar gravidade, permitir que todos

expressem o seu sofrimento? Como a equipe pode fazer uma abordagem integral, de maneira a contemplar aspectos biológicos, epidemiológicos, psíquicos, culturais e sociais dos problemas dos usuários? Como garantir a atuação em equipe? Como construir uma intervenção multiprofissional na assistência? Como repensar o processo de trabalho atual para permitir que tudo isso ocorra? Como alterar a organização, a gestão e o modo de trabalhar das unidades com ação conjunta dos trabalhadores em torno dos novos lemas?

Assim a proposta de mudança de processo de trabalho (*Acolhimento*) foi tomando forma. Para a sua implantação foi preciso construir coletivamente a proposta com as equipes locais, para que de fato ocorressem mudanças nos serviços e a defesa da vida fosse adotada como lema das equipes.

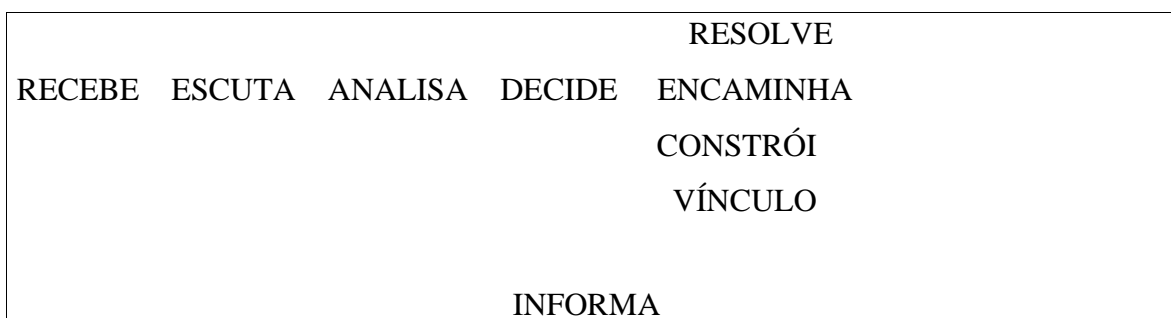
3- A MUDANÇA NO PROCESSO DE TRABALHO: O PROJETO ACOLHIMENTO

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*. O *Acolhimento* requer que o trabalhador utilize seu saber, para a construção de respostas às

necessidades dos usuários.

4 - METODOLOGIA

Visando avaliar a mudança do processo de trabalho nas equipes locais, foram analisados os seguintes bancos de dados: Pesquisa Amostral de Morbidade Ambulatorial, Avaliação e Desempenho da Secretaria Municipal de Saúde/BH e pesquisa qualitativa realizada entre os gerentes dos Centros de Saúde da rede municipal de Belo Horizonte.

A pesquisa Amostral de Morbidade Ambulatorial (1M1), avalia a morbidade ambulatorial e a procedência da rede ambulatorial, sendo coletados dados durante uma semana a cada quadrimestre, nos anos de 1994 e 1996, em todas as unidades próprias da SMSA.

A Avaliação e Desempenho (PRO-SUS), foi implantada na rede à partir de julho de 1996. Foram construídos indicadores, metas, planilhas de avaliação, infomatizando-se todo o processo. Este mecanismo constituiu-se enquanto um instrumento de gestão, através do acompanhamento e avaliação dos resultados, a partir de metas alcançadas, garantindo incentivos profissionais de gratificação de desempenho para as equipes aderidas ao projeto. A avaliação teve como referência o desempenho da equipe e o pagamento foi condicionado ao alcance de metas definidas coletivamente. Importante destacar que o prêmio de incentivo de desempenho não se incorporava ao vencimento ou salário do servidor. Foram considerando as metas institucionais pretendidas e acordadas com os níveis distritais e locais, possibilitando ao governo explicitação e garantia das diretrizes institucionais, pactuando com os trabalhadores, a inclusão dos indicadores relativos ao Projeto Vida e *Acolhimento* na planilha de avaliação (SANTOS, et al., 1998).

A pesquisa qualitativa realizada entre os gerentes dos CS da rede municipal, consistiu em um questionário preenchido por todos os gerentes em julho de 1997, que permitiu informações sobre o processo de implantação do *Acolhimento*. No questionário de avaliação do *Acolhimento* foram avaliados através de análise qualitativa, a aplicação de alguns instrumentos gerenciais, que foram criados e implantados na rede. Dentre eles (os protocolos assistenciais, o fluxograma analisador, a existência de reuniões periódicas entre as equipes). Foi avaliada também a percepção de integração entre os profissionais da equipe.

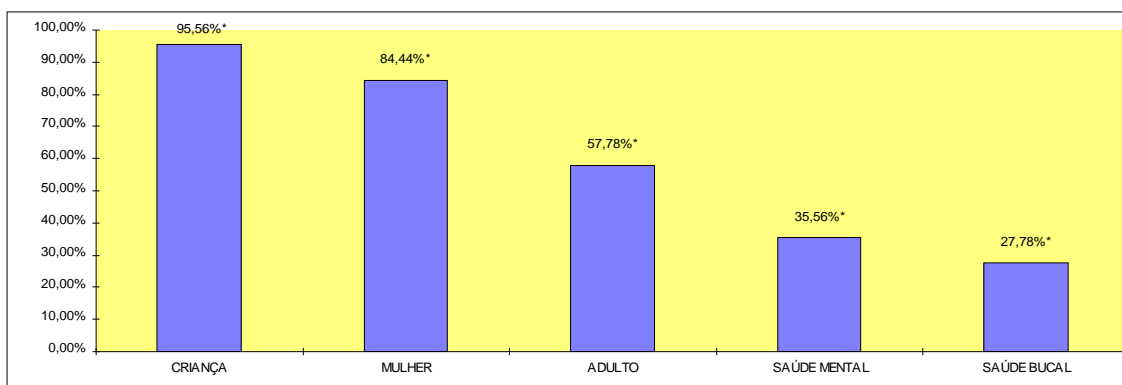
5- RESULTADOS

5.1 A Implantação

A seguir são detalhados alguns passos na implementação do *Acolhimento*. O início da implementação deu-se ao final de 1995, com 6 Centros de Saúde. No ano de 1996 ampliou-se para 67, sendo apenas 7 CS em 1997, totalizando até julho de 1997, 90 CS implantados. Em relação ao mês de implementação, chama atenção a grande concentração nos meses de outubro (10) e novembro (18) de 1996. Atribui-se este fato à entrada do indicador da existência de equipe de *Acolhimento* na Avaliação de Desempenho. A partir de novembro, este indicador passou a ser pontuado e valorizado na planilha. A Avaliação de Desempenho, se por um lado serviu como propulsora de uma prática, também pode ter significado a entrada de várias equipes no *Acolhimento*, sem a devida preparação, sem que as equipes tenham pactuado a mudança de processo de trabalho que o *Acolhimento* propõe.

Em relação às clínicas de implementação, devido à ênfase institucional no *Projeto Vida*, as áreas da criança e mulher tiveram a implementação mais facilitada, pelos treinamentos e capacitação técnica. Chama a atenção que mesmo sem grande impulso institucional, o *Acolhimento* aos adultos foi desencadeado pela própria rede básica, forçando as áreas técnicas a repensarem estratégias, formularem protocolos e treinamentos, afim de responder à demanda da rede. O *Acolhimento* na saúde bucal foi implantada de forma progressiva, e consiste em uma área técnica que necessita de ampliar a reflexão sobre como integrar as demais clínicas, como ampliar acesso e garantir a humanização dos serviços. Em alguns Centros de Saúde foram introduzidas propostas inovadoras como: captação do usuário através de programa de escovação coletiva, definição de critérios de risco e prioridade clínica na primeira abordagem. Através destas experiências conseguiu-se ampliar o acesso dos usuários com menor tempo de espera. A Saúde Mental implantou em 35,6% dos Centros de Saúde, ou em todos aqueles onde existia a equipe de Saúde Mental (**Figura 1**).

Figura 1 - Frequência de implantação do *Acolhimento* por clínica nos Centros de Saúde de Belo Horizonte, julho/97



FONTE: pesquisa qualitativa realizada com gerentes dos Centros de Saúde da rede municipal de Belo Horizonte, 1997.

5.2- Avaliação da implantação dos instrumentos gerenciais

Um dos elementos importantes na implementação do *Acolhimento*, foi a atuação capacidade do gestor distrital e local, onde a gerência estava de fato convencida do projeto, a implantação foi facilitada. Através do questionário de avaliação, foi aferido a aplicação dos instrumentos gerenciais que demonstravam se a equipe estava se preparando para a ação, tanto pela utilização de protocolos que qualificavam e serviam no processo de definição de competências profissionais, quanto no caso do fluxograma, mostrava a preocupação em se discutir o cotidiano da equipe e buscar coletivamente alternativas.

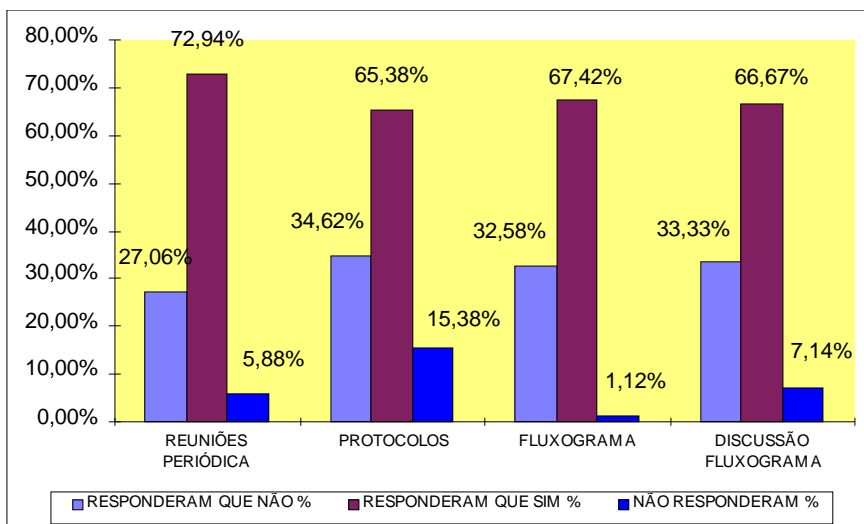
Os protocolos assistenciais surgiram frente a demanda da capacitação das equipes, definição de atribuições entre as categorias, bem como a padronização de condutas assistências. Assim iniciou-se uma discussão conduzido por um grupo multidisciplinar, formado por técnicos da rede, do nível central e professores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foram padronizados temas como Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento da Criança, doenças comuns da infância, Acompanhamento do Pré Natal, dentre outros. O avanço dos protocolos deve-se ao processo de formulação sob a ótica da intervenção multiprofissional, legitimando a inserção de toda a equipe na assistência (MALTA et al. 1998). Além desta etapa ocorreu ainda um processo de capacitação técnica da rede no que se refere à estes conteúdos técnicos. No questionário mostrou-se que 65,5% dos centros de saúde utilizavam os protocolos assistenciais, enquanto outros 34,6% não o utilizavam, não tendo acesso a estes conteúdos, de qualificação da prática cotidiana.

O fluxograma, consiste num diagrama, onde se desenha um certo modo de organizar os processos de trabalho, que se vinculam entre si e em torno de uma certa cadeia de produção. Portanto o diagrama permite representar o que ocorre em qualquer serviço de saúde, esquematizando de uma forma básica, todos os processos chaves que ocorrem e caracterizam um determinado serviço. Ele permite ainda a abertura de novas questões, conforme as interrogações que lhe sejam feitas, revelando um processo reflexivo e cumulativo (MERHY, 1997; MERHY & CHAKKOUR,1997). Constitui-se pois em instrumento que implica em reconstruir os fluxogramas reais que os usuários percorrem. Fotografando as entradas no processo, etapas percorridas, saídas do processo e resultados alcançados. Significa então uma ferramenta para reflexão do trabalho da equipe. Através desta ferramenta foi possível refletir sobre como é o trabalho no dia a dia dos serviços, quem trabalha, o que faz, para que, por que e como (MERHY, 1997).

Esse instrumento foi utilizado nos Centros de Saúde enquanto um instrumento gerencial. Foi extremamente útil, servindo para descortinar diversas situações, bem como auxiliar o planejamento das equipes. A pesquisa mostrou que 67% das equipes aprenderam a utilizá-lo e o empregaram, enquanto cerca de 32% não o aplicaram.

Quanto à prática de reuniões periódicas de avaliação, 72% equipes afirmaram fazê-las, discutindo sobre as mudanças no processo de trabalho, enquanto cerca de 27% das equipes não adotaram esta prática. A **Figura 2** mostra esses resultados, o que nos leva a inferir que enquanto cerca de 70% em média das equipes, aplicaram os instrumentos gerenciais facilitadores do processo, cerca de 30% tiveram dificuldades na implantação da proposta, tanto por não terem se preparado para a ação, quanto por não desenvolverem processo permanente de avaliação coletiva do processo.

Figura 2 Avaliação de implementação do Acolhimento junto a equipe em relação a: fazer reuniões periódicas, fluxograma e discussão de fluxograma, por Distrito Sanitário, SMSA-BH, julho/97

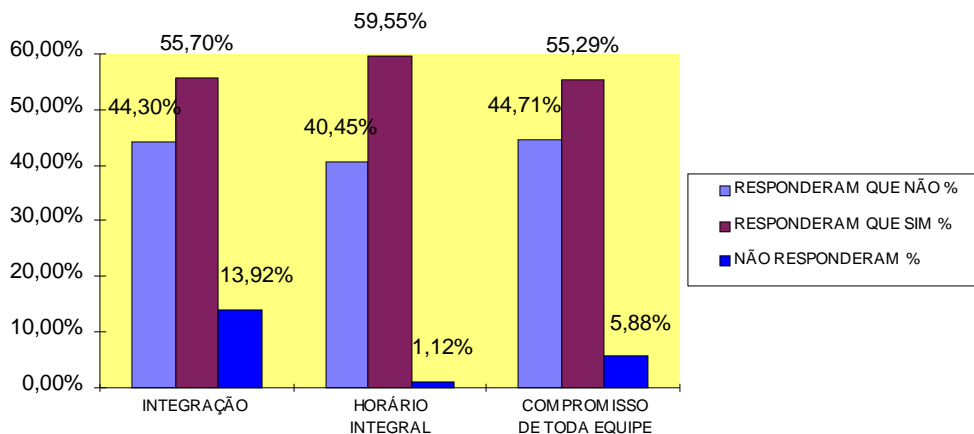


FONTE: pesquisa qualitativa realizada com gerentes dos Centros de Saúde da rede municipal de Belo Horizonte, 1997.

Outra pergunta do questionário referiu-se à avaliação do gerente quanto à integração da equipe. Assim 66% dos gerentes afirmaram partilhar de processo de trabalho integrado, e avaliam a equipe comprometida com o trabalho. Outros 44% avaliaram o contrário, o que mostra a fragilidade do ponto de vista da condução e da continuidade da experiência.

Quanto ao horário de funcionamento da equipe de recepção ao usuário, cerca de 55,2% dos centros de saúde, trabalhavam o dia inteiro acolhendo os usuários e 40% em apenas um horário. Também estes horários parciais mostravam as dificuldades operacionais, e transformavam as atitudes das portas de entrada da unidade, de um turno para outro, em abordagens distintas e fracionados (**figura 3**).

Figura 3 Avaliação de implementação do Acolhimento junto a equipe em relação a: integração, horário de funcionamento e compromisso da equipe, SMSA-BH, julho/97

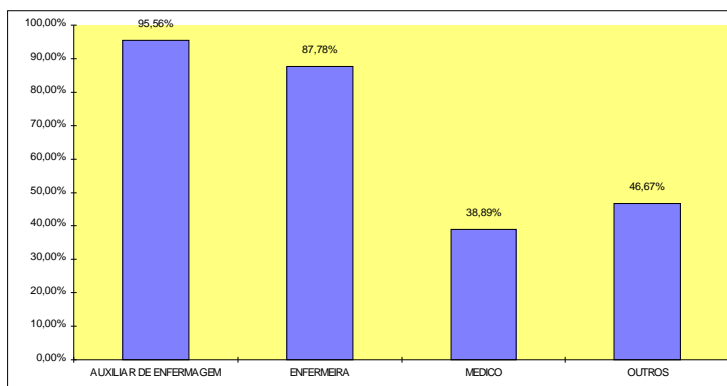


FONTE: pesquisa qualitativa realizada com gerentes dos Centros de Saúde da rede municipal de Belo Horizonte, 1997.

5.3 As categorias profissionais envolvidas

Da equipe de recepção ao usuário participaram categorias profissionais diferenciadas conforme os acordos estabelecidos pelas equipes locais. Os auxiliares e enfermeiras participam de forma preponderante, 95,58 e 87,78% respectivamente. Os médicos em cerca de 34% das equipes, tendo sido discutido mais o seu papel na retaguarda, apoiando as equipes com o conhecimento específico. A participação de outros profissionais nas equipes (assistentes sociais, psicólogos e outros), foi em torno de 46,67%, segundo o questionário. Esses números devem ser avaliados enquanto integração processual da equipe, em trabalho multiprofissional. Na prática a reivindicação da enfermagem quanto a necessidade de ampliar a participação dos demais profissionais especialmente dos médicos na recepção e retaguarda ao usuário, sempre foi constante no processo.

Figura 4 - Composição da equipe multiprofissional do Acolhimento, SMSA-BH, julho/97



FONTE: pesquisa qualitativa realizada com gerentes dos Centros de Saúde da rede municipal de Belo Horizonte, 1997.

5.4 A discussão com os usuários

As discussões com os usuários, em especial com as comissões locais de saúde, também se constituíram em momentos definidores para a ampliação do Projeto. A V Conferência Municipal de Saúde, em abril de 1996, significou um marco na compreensão dos usuários acerca da importância do *Acolhimento*. Sendo aprovada enquanto diretriz fundamental, recomendando-se inclusive a ampliação para todas as unidades de saúde. Ocorreram ainda outros momentos de grande importância, como o debate no Sindicato dos Médicos, nas Conferências Distritais e no Conselho Municipal de Saúde, que também ampliaram a compreensão e consenso relativos ao *Acolhimento*.

5.5 Alguns resultados da pesquisa de Morbidade Ambulatorial e Avaliação e Desempenho

Através de uma pesquisa amostral sobre Morbidade Ambulatorial, realizada pela SMSA/BH em 1994 e 1996, foi possível comparar a evolução do ingresso dos pacientes agudos nos CS. Foram selecionadas mais de 100 diagnósticos, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) considerados de patologias agudas na infância, tais como: asma, bronquite aguda, infecção vias respiratória superiores, otite média, diarreia, estomatite, sinusite, colite, enterite, gastroenterite, amigdalite aguda, nasofaringite, dentre outras. A escolha destes diagnósticos serviu enquanto um marcador, em que seria avaliada a capacidade do centro de saúde de entender a prioridade de atendimento destes casos, ampliando o acesso e a capacidade de resposta (SMSA/BH, 1994 e 1996).

Optou-se por realizar o estudo em crianças pelo maior investimento institucional nesta área, já que a grande maioria das experiências de implantação do *Acolhimento* ocorreu nesta clínica.

Ocorreu aumento da porcentagem de atendimentos de crianças com patologias agudas, passando de 49,75% dos atendimentos em 1994, para 57,45% em 1996. Nota-se que este aumento processou-se de forma global entre os nove Distritos Sanitários (regiões da cidade), sendo mais intenso na Noroeste e Oeste. Em Venda Nova o percentual já era muito alto em 1994 (61,92%), e houve ligeiro decréscimo em 1996 (59,38%), permanecendo porém acima da média do município (57,45%). O que pode ser explicado pela carência de recursos médicos no referido distrito, o que já o colocava desde o início, num processo de trabalho que já envolvia a equipe e "selecionando" para o atendimento médico os casos mais agudos (**tabela 1**).

Tabela 1 - Distribuição de atendimentos pediátricos segundo CID's agudos por Distrito Sanitário, segundo pesquisa de Morbidade Ambulatorial, 1994 e 1996, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Distrito Sanitário	Total de atendimentos de Pediatria		Total de CID Agudos		% De Agudos		Diferença 94/96 (%)
	1994 (n)	1996 (n)	1994 (n)	1996 (n)	1994 (%)	1996 (%)	
Barreiro	3732	4951	1576	2693	42,23	54,39	+ 28,7
C. Sul	3140	3853	1592	2218	50,7	57,57	+ 13,5
Leste	5482	8427	2859	5037	52,15	59,77	+ 14,6
Norte	5153	6008	2496	3252	48,44	54,13	+ 11,7
Nordeste	5539	5366	2821	2942	50,93	54,83	+ 7,6
Noroeste	3151	5000	1403	3058	44,53	61,16	+ 37,3
Oeste	3420	5694	1526	3442	44,62	60,45	+ 35,4
Pampulha	1635	2285	660	1178	48,35	51,55	+ 6,6
V. Nova	3960	3683	2452	2187	61,92	59,38	- 4,1
TOTAL	34943	45267	17385	26007	49,75	57,45	+ 15,4

Fonte: Sistema de Informação de Morbidade Ambulatorial, 1994, 1996/ DEPLAR/SMSA-PBH

A **tabela 2** compara cinco Centros de Saúde (CS) que implantaram o *Acolhimento* em 1995, com cinco outros que não o implantaram. O atendimento em pediatria aos pacientes agudos nos CS com *Acolhimento*, em média ampliou de 45% (1994) para 58% (1996), seguindo a tendência média do município. No CS Tia Amância observou-se o mesmo fenômeno do DS Venda Nova, com discreta redução de 1994 para 1996, o que pode se explicar também pela dinâmica interna da equipe, que já atuava de forma mais integrada, direcionando para atendimento médico os casos mais agudos. Enquanto nos CS sem

Acolhimento reduziu de 45% (1994) para 42% (1996). A redução ocorreu em todos os centros de saúde e estes locais ficaram muito abaixo da média de atendimento de agudos da rede municipal (SMSA/BH 1994 e 1996).

Essa mudança explica-se pelo fato dos CS com *Acolhimento* terem introduzido uma nova dinâmica no trabalho em saúde, priorizando os casos mais agudos. Nos demais CS, não ocorreu a mudança do processo de trabalho, permanecendo agendas médicas menos flexíveis, sendo a entrada definida pela ordem de chegada do usuário, ou pelos retornos agendados pelo médico (privatização das agendas), priorizando-se os atendimentos programados.

TABELA 2 - Comparação dos atendimentos realizados na pediatria, entre os centros de saúde com e sem *Acolhimento*, segundo CID'S de doenças agudas, segundo pesquisa de Morbidade Ambulatorial, 1994 e 1996, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Centro de Saúde com <i>Acolhimento</i>	CID'S Agudos %		Centro de Saúde sem <i>Acolhimento</i>	CID'S Agudos %	
	1994	1996		1994	1996
São José Operário	50,77	52,91	Tunel do Ibitaré	34,13	24,77
Alto Vera Cruz	31,46	58,70	São Cristóvão	73,38	46,55
Tia Amância	67,42	64,23	Vilas Reunidas	58,11	51,46
Vale do Jatobá	35,42	55,38	Minas Caixa	36,27	43,68
Taquaril	41,08	58,05	Bairro Goiana	32,18	39,16
TOTAL	45,80	58,20	TOTAL	45,47	42,16

OBS: Amostra pesquisada: 1994: Total de atendimentos- 1607, atendimentos em agudos 736; 1996: Total de atendimentos- 2409, atendimentos em agudos 1402.

Fonte: Sistema de informação de Morbidade Ambulatorial (M1)/ DEPLAR/SMSA-PBH

Quanto à distribuição dos atendimentos nos Centros de Saúde com acolhimento, cerca de 51% são encaminhados para consulta médica no próprio CS, em cerca de 8% solicita-se exame laboratorial, em cerca de 37,% são prestados atendimentos de enfermagem e em cerca de 6% realizam-se consultas de enfermagem, mostrando a grande importância do atendimento da enfermagem na resposta ao usuário (**Tabela 3**).

TABELA 3 - Distribuição de atendimentos realizados pelo Acolhimento, por tipo de encaminhamento, janeiro à julho de 1997

Unidade Trabalho	Consulta Médica	Consulta Enfermeiro	Grupo	Inter-nação	Exames complementares	Especia lidades	Atendimento Enfermagem	Urgên- cia	Outros	Total Atendimento
Totais	175477	21755	13012	136	28586	12915	127670	4229	18483	341129

%	51,44	6,37	3,81	0,03	8,38	3,78	37,42	1,24	5,42
---	-------	------	------	------	------	------	-------	------	------

Fonte: Avaliação e Desempenho (SADE)/ DEPLAR/SMSA/BH, 1997.

6 – DISCUSSÃO

Resgatando a história da construção do SUS e da Reforma Sanitária, retornamos à década de 80, no momento em que fervilhavam os movimentos populares urbanos, ocorria a mobilização em torno da *VIII Conferência Nacional de Saúde* e propunha um novo modelo de assistência à saúde, com diretrizes definidas pelos princípios de cidadania, da extensão de cobertura, enfim inclusão social.

A mobilização popular permitiu que os princípios acordados se consubstanciem em arcabouço jurídico, através de sua inclusão na Constituição Federal de 1988. A Lei Orgânica da Saúde _ Lei 8080, de setembro de 1990 _ expressa as conquistas contidas na Constituição de 1988. Portanto, existe todo um arcabouço jurídico, com princípios democráticos e universalistas. Entretanto, na prática, os avanços conquistados nem sempre têm sido garantidos. A política governamental que se seguiu optou pela redução de verbas para o setor, pelo estrangulamento progressivo e pela tentativa de implantação de um modelo neoliberal também para a Saúde.

A proposta da implantação do *Acolhimento* significou a possibilidade de resgatar os princípios do SUS e, no cotidiano dos serviços, responder com ampliação do acesso e humanização das relações. Através da mudança do processo de trabalho em saúde ocorreram melhorias na relação com os usuários, estreitando-se os vínculos e levando a uma ampla reflexão das equipes locais sobre a sua responsabilização com os mesmos e com o processo de nascer e morrer da população. Neste sentido, as discussões com os usuários, em especial com as Comissões Locais de Saúde, constituíram-se em momentos importantes na difusão do projeto. Nas *Conferências de Saúde*, foram aprovadas inclusive diretrizes de implantação e ampliação do mesmo.

Esse processo possibilitou ainda integrar os profissionais na assistência, resgatando o sentido do trabalho em saúde, estabelecendo-se um novo pacto entre os profissionais de saúde, contribuindo para qualificar o produto final ofertado.

O *Acolhimento* constituiu-se num potente disparador de mudanças, permitindo uma profunda reflexão dos 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, falta de protocolos, dificuldade de obtenção de apoio diagnóstico e de consultas especializadas, falta de medicamentos, ambulância e leitos, falhas dos processos gerenciais, enfim, inúmeros problemas que não são nenhuma novidade para as equipes, afluíram como problemas emergentes. Esses questionamentos apontavam falhas na rede de serviços, mas na prática permitiram a articulação de respostas, a redefinição de papéis e de redes de ajuda, exigindo, sem dúvida, maior mobilização de todos os atores.

Durante a implantação, alguns gerentes de nível local operaram enquanto *resistentes ao projeto*, sendo necessário estabelecer estratégias para conquistar adesão dos mesmos, outros implantaram a proposta de forma equivocada, em função da Avaliação de Desempenho, sem discussão suficiente para o entendimento da proposta e para um pactuar mais consistente com as equipes, fazendo-o apenas para completar o cardápio de metas e ganhar o prêmio máximo. Como o processo nem sempre foi assimilado por todas as gerências, tornou-se necessária a explicitação/reafirmação constante do governo SMSA a cerca do *Acolhimento* enquanto política institucional. Ampliaram-se os espaços para a divulgação e a discussão de experiências, deu-se maior apoio às experiências locais com acompanhamento e disponibilidade real de agenda, bem como estabeleceram-se mecanismos de comunicação mais eficientes. Entretanto, nem sempre esses mecanismos foram suficientes para vencer as dificuldades, persistindo problemas gerenciais concretos. Também foram feitos investimentos distintos dentre os diversos Distritos e equipes distritais na implantação e acompanhamento. Entretanto a maior dificuldade e deu-se após 1996, na troca de governo e descontinuidade do projeto.

Em relação às categorias profissionais surgiram alguns conflitos, como entre as auxiliares de Enfermagem, que tiveram de fato seu processo de trabalho alterado, com maior número de atividades e muitas vezes em alguns locais sem envolvimento do restante da equipe, delegando aos auxiliares o papel de recepção/escuta, fazendo com que decidissem sobre o *"que vai ou não"* para a consulta médica, sem o devido compromisso de toda equipe com a decisão tomada. Por outro lado ocorreram ganhos entre as auxiliares, que antes estavam acostumadas a trabalhar sob escala, desempenhando tarefas. Após esse processo passaram a ter novas funções na equipe, mais qualificadas, levando à uma maior valorização profissional. Toda essa transição pode gerar ansiedades, tornando-se necessário criar

espaços de reflexão para esse novo momento, sobre os novos desafios, atuação e responsabilização profissional.

Observou-se também mudança significativa no trabalho das enfermeiras, necessitando revisão de conteúdos técnicos e maior atividade laboral. Em relação aos médicos, o processo de trabalho médico, sofreu mudanças, por exemplo, passou-se a atender mais casos agudos, que necessitavam do saber médico, entretanto o padrão de atender um número fixo de consultas, prevaleceu em muitos locais, mesmo quando a equipe de *Acolhimento* detectava casos que necessitavam de atendimento médico. Algumas equipes conseguiram vencer essa resistência, pactuando tanto a retaguarda médica ao *Acolhimento*, como a garantia do atendimento de todos os casos que necessitassem de atendimento médico. Esse foi um grande conflito enfrentado pelas equipes locais, não existindo entretanto uma definição Institucional clara no enfrentamento do problema, já que a disputa ocorria entre *atores* articulados e com poder de pressão real, como as entidades de classe. Sem dúvida essa pauta é prioritária para a consolidação da mudança no processo de trabalho em saúde. Torna-se necessário discutir sobre a evolução do trabalho médico, a devida integração na equipe, o compromisso da retaguarda, a responsabilização com o usuário, estabelecendo de fato o compromisso com a mudança do processo de trabalho.

A capacitação dos profissionais, em especial dos auxiliares de enfermagem, tornou-se necessária, dando-se em serviço, resgatando o saber do auxiliar, como processo contínuo e de preferência responsabilizando a própria equipe por montar o seu próprio treinamento e fluxo, bem como criar espaços de troca de saberes no dia a dia dos serviços entre as várias categorias profissionais.

Por fim, é por demais importante, 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 ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo tecno-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva.

Frente a esta 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, afim de sustentar minimamente estes avanços. Sem dúvida este se torna um desafio constante, que deve ser objeto de reflexão e aprofundamento.

7 - CONCLUSÃO

O acolhimento constituiu-se em um potente disparador de mudanças na rede municipal, introduzindo-se uma relação mais humanizada entre trabalhadores e usuários, aumento da responsabilização/vinculação e maior resolutividade. Ocorreu mudança no perfil ambulatorial, com maior ingresso de casos agudos, uma melhor captação de agravos e riscos, principalmente na pediatria.

O *Acolhimento* enquanto instrumento de mudança do processo de trabalho, deve servir também para se repensar e reestruturar a organização do trabalho em saúde. O que temos hoje são estruturas parceladas, fragmentadas dos saberes, segundo as diversas corporações, onde os conhecimentos são especializados e fracionados. Dessa forma, o trabalho torna-se fragmentado e o profissional se aliena do seu próprio objeto de trabalho, sem interagir com o produto final da sua atividade laboral. O Acolhimento, vem reprocessar o trabalho na Unidade de Saúde, com base na formação de uma equipe multiprofissional, conseguindo quebrar a verticalidade da organização do trabalho, mexendo radicalmente *no processo de trabalho* (FRANCO et al., 1997).

Outro desafio que se coloca, consiste em se estabelecer mecanismos de vinculação, responsabilização da clientela. O *Acolhimento* por si só não responde à todas as necessidades na organização do serviço. Torna-se 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 (CAMPOS, 1997). O vínculo acoplado ao *Acolhimento*, seria capaz de garantir o real reordenamento do processo de trabalho, permitindo a responsabilização de uma equipe profissional, com o resultado do trabalho em Saúde.

8 - BIBLIOGRAFIA

Campos, Gastão Wagner, 1997. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre Modos de gerenciar trabalho em equipes de Saúde. In Merhy, Emerson Elias & Onocko Rosana (org.) *Agir em Saúde*, São Paulo, Hucitec, p. 229- 266.

Ferreira, Leila Maria, 1996. Algumas reflexões sobre a implantação do *Acolhimento* na Secretaria Municipal de saúde de Belo Horizonte, *mimeo*, 5p.

Franco, Túlio Batista; Merhy, Emerson Elias & Bueno, Wanderley Silva, 1997. O *Acolhimento* como um Dispositivo de redesenhar processos de trabalho em Saúde: O caso de Betim (MG), *mimeo*, 24p. .

Malta, Deborah Carvalho; Ferreira, Leila Maria; Reis, Afonso Teixeira & Merhy, Emerson Elias, 1998. *Acolhimento* _ mudando o processo de trabalho em saúde, um relato da experiência em Belo Horizonte, In: (Campos, Cezar Rodrigues; Malta, Deborah Carvalho; Reis, Afonso Teixeira; Santos, Alaneir Fátima & Merhy, Emerson Elias (Org.). *O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público*. Editora Xamã VM, Belo Horizonte, p. 121- 142.

Merhy, Emerson Elias; Chakkour, Maurício et al., 1997. 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, Emerson Elias & Onocko Rosana (org.) *Agir em Saúde*, São Paulo, Hucitec, p. 113 - 150.

Merhy, Emerson Elias, 1997. Em Busca do Tempo Perdido: a Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde. In Merhy, Emerson Elias & Onocko Rosana (org.) *Agir em Saúde*, São Paulo, Hucitec, p. 71- 112.

Reis, Afonso Teixeira; Malta, Deborah Carvalho; Campos, Cezar Rodrigues & Merhy, Emerson Elias, 1998. Posfácio. In: Campos, Cezar Rodrigues; Malta, Deborah Carvalho; Reis, Afonso Teixeira; Santos, Alaneir Fátima & Merhy, Emerson Elias (Org.). *O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público*. Editora Xamã VM, Belo Horizonte, p. 381- 387.

Santos, Alaneir Fátima; Ferreira, Janete Maria; Batista, Maria de Fátima Pereira & Lages, Nayara Souza, 1998. Criando um sistema de informação estratégico em saúde – A experiência do Projeto de Avaliação de desempenho. In: Campos, Cezar Rodrigues; Malta, Deborah Carvalho; Reis, Afonso Teixeira; Santos, Alaneir Fátima & Merhy, Emerson Elias (Org.). *O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público*. Editora Xamã VM, Belo Horizonte, p. 201- 217.

Secretaria Municipal De Saúde De Belo Horizonte, Projeto Vida, 1996. Uma Prioridade de

Governo, *mimeo*, 14 p.

Secretaria Municipal De Saúde De Belo Horizonte, 1994 e 1996. Relatório de Morbidade Ambulatorial, IM1, Sistema de Informação, *mimeo*, 20p.

Secretaria Municipal De Saúde De Belo Horizonte, 1995. Relatórios das oficinas de trabalho com o Consultor Emerson Elias Merhy, *mimeo*, 30p., Maio, julho, agosto, setembro, outubro, *mimeo*.

Victora, Cesar G., Barros, Fernando C., Vaughan, J. Patrick, 1988. *Epidemiologia da desigualdade*. São Paulo: Hucitec.