

Título:

**O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de
Betim (MG)**

**“User’s embracement” and the working process in health: Betim’s
case (MG)**

Autores:**Túlio Batista Franco**

Pesquisador, Psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde de Betim
R. Gama Cerqueira Nº 10 Aptº 502
Nova Suíça
30 460-360 - Belo Horizonte - MG

Wanderlei Silva Bueno

Departamento de Medicina Preventiva e Social / UNICAMP
Campus Universitário - UNICAMP
Campinas - SP

Emerson Elias Merhy

Departamento de Medicina Preventiva e Social / UNICAMP
Campus Universitário - UNICAMP
Campinas - SP

RESUMO - Este trabalho relata experiência de inversão do modelo tecno-assistencial para a saúde, a partir da diretriz operacional do Acolhimento. O Acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado, de forma usuário-centrada, partindo dos seguintes princípios: 1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; 2. Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional - “Equipe de Acolhimento” -, que se encarrega da escuta do usuário, se comprometendo a resolver seu problema de saúde; e, 3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Através da investigação realizada, se pôde observar: A) aumento significativo do rendimento profissional, dos servidores “não médicos”, que passaram a atuar na assistência. B) o elevado rendimento profissional, determinou por consequência maior oferta e o aumento extraordinário da acessibilidade aos serviços de saúde. C) A “Equipe de Acolhimento”, dispositivo organizado para a escuta dos usuários que chegam à Unidade de Saúde, conseguiu, após 9 meses de experiência na assistência, resolver mais de 50% dos problemas de saúde, sem recorrer a outros recursos na Unidade. Estes resultados, se associam à elevada motivação dos trabalhadores da saúde para trabalharem a nova diretriz e a uma experiência de gestão colegiada, que permitiu processos criativos e criadores no processo de trabalho, instituintes de novas práticas na operacionalização do trabalho.

Abstrat - The subject of this paper is the health care changed when we use “user’s embracement” like a strategic aim. The “user’s embracement” propose that the client would be the center of the health services organization, and include: 1) to attend everybody who demands the health service, guaranteeing universal acessibility; 2) to reorganiza the working process, so that it’s central axle get dislocated from the doctor to a multiprofessional team - “user’s embracement team” - which is responsible to “listen” the user and to get engaged with the resolution of his health problems; and 3) to consider solidarity, humanity and citizenship as parameters for users and workers relationship. Throught researching we observed: a) the improvement of the no-medical attendants’ productivity at care assistance; b) hight professional profit has established nore assistance and acessibility for the health service users; c) after nine months the “user’s embracement team” resolved, by themselves, 50% of the health problems. The above mentioned effects too are linked to the worker’s motivation, what has led to new working process creation.

Palavras-Chave Processo de Trabalho; Acolhimento, Acesso, Auto-análise, Autogestão

Key’s words Working Process; “User’s Embracement”; Acessibility; Self-Conducting

PARTE I - O que é isto de Acolhimento

A medida que vamos nos aproximando dos momentos de relações dos usuários com os serviços de saúde e os seus trabalhadores, para verificarmos o seu funcionamento, vamos nos surpreendendo com a descoberta de que: sempre que houver um “processo relacional” de um usuário com um trabalhador haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador, que comporta um conjunto de “ações clínicas”.

“Ações clínicas” no sentido do encontro de necessidades com processos de intervenção tecnologicamente orientados, que visam “operar” sobre o campo das necessidades que se faz presente neste encontro, na busca da perseguição de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de viver a vida.

Estes encontros inter-individuais, a dois, é produzido em um espaço intercessor (5) no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se: a da tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves (7).

Olhando estes momentos - tanto pelo do trabalho do médico, quanto de um porteiro de um serviço de saúde - nos são reveladas questões chaves sobre os processos de produção em saúde, nos quais o Acolhimento adquire uma expressão significativa.

Isto é, em todo lugar em que ocorre um encontro - enquanto trabalho de saúde - entre um trabalhador e um usuário, opera processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção, que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de “algo” que possa representar a “conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde.

Estes processos intercessores - como o Acolhimento - é atributo de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, e focá-lo analiticamente é criar a possibilidade de “pensar” a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção, ao permitir pensar sobre os processos institucionais por onde “circulam” o trabalho vivo em saúde, expondo o seu modo privado de agir à um debate público no interior do coletivo dos trabalhadores, a partir de uma ótica usuário-centrada.

No entanto, o tema do Acolhimento apresenta-nos um outra possibilidade: a de argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade, no momento das ações “receptoras” dos “clientes” de um certo estabelecimento de saúde.

Olhando, assim, como uma etapa deste processo de produção o Acolhimento funciona como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção dos usuários, enquanto certas modalidades de trabalho em saúde que se centram na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades, institucionalizados pelos serviços de acordo com certos modelos de atenção à saúde.

Como etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço desencadeia, na sua relação como o usuário, o Acolhimento pode analiticamente evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finalísticas de um serviço) estão submetidos, nas suas relações com “o quê” os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde, para si.

Os encontros e desencontros nesta etapa podem, ao gerar ruídos e estranhamentos para um olhar analisador (em produção no interior da equipe de trabalhadores), revelar uma dinâmica instituinte que se abre a novas linhas de possibilidades, no desenho do modo de se trabalhar em saúde, permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno de um processo usuário-centrado, mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva.

Em síntese o que propomos é agir com um Acolhimento como um dispositivo que interroga processos intercessores que constróem “relações clínicas” das práticas de saúde e que permite escutar “ruídos” do modo como o trabalho vivo é capturado conforme certos modelos de assistência, em todo lugar que há “relações clínicas” em saúde; além de expor a “rede de petição e compromisso” que há entre “etapas” de certas linhas de produção constituídas em certos estabelecimentos de saúde, interrogando centralmente as relações de acessibilidade.

Qual a vantagem de atuar sobre estes “ruídos” e processos?

Na medida que nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as “pessoas”, como caminho para defender a vida, reconhecemos que sem “acolher” e “vincular”, não há produção desta responsabilização e nem “otimização tecnológica” das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença.

Baseado nessas premissas, vejamos adiante, com a descrição de um processo iniciado junto a uma rede de serviços de saúde, no âmbito municipal, as possibilidades de introduzir estes percursos, na busca de “impactar” os mecanismos de acesso e de “explorar” as possibilidades de novos desenhos micropolíticos no modo cotidiano de realização de certos modelos de atenção à saúde.

Parte II - Relato de uma experiência

Em Betim, vivia-se no ano de 1996, intensa mobilização na rede básica assistencial, para a implantação do Acolhimento, diretriz do modelo tecno-assistencial, orientado nos princípios do Sistema Único de Saúde. Propõe principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. “Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário”, como tradução da idéia básica do Acolhimento, que se construiu como diretriz operacional.

Pelo lugar estratégico ocupado por esta proposta, achamos que o Acolhimento deveria ser estudado, para se verificar a sua eficácia e assim oferecer subsídios à consolidação do Acolhimento nas Unidades de Saúde, ao mesmo tempo que procurar viabilizar seu aperfeiçoamento, enquanto tecnologia de organização de serviços de saúde.

A motivação para este estudo, partiu inicialmente da incessante inquietação na busca de uma resposta alternativa para os serviços de saúde, que fosse consistente o suficiente para abstrair-se em uma nova utopia.

Este estudo, é devedor de uma investigação realizada pela Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul (8), e estamos certo que, ao aprofundar o conhecimento através de investigação de tema tão relevante para o modelo assistencial, como o Acolhimento, e ao mesmo tempo, ao mantermos este estudo, em interlocução com as entidades formuladoras de políticas de saúde e formadoras de Recursos Humanos, estamos no fundamental, exercitando a práxis como método de construção de novas propostas, substantivas o suficiente para dar respostas à altura dos desafios na organização de Sistemas e Serviços de Saúde.

Além do mais, em boa parte, reproduz o fruto do trabalho coletivo da equipe da UBS Rosa Capuche. Contribuíram outros atores do SUS/Betim, que compõem os órgãos diretivos e assessores da SESA. Tiveram papel relevante no processo, os usuários dos serviços da Unidade, organizados no Conselho de Saúde Local.

Caracterização Geral da Unidade

A UBS Rosa Capuche, situa-se no município de Betim, no bairro Jardim Petrópolis. Sua área de abrangência compreende os seguintes bairros: Granja São João, Jardim Petrópolis, Parque do Sol, Parte da Vila Recreio, Residencial Mira-Sol, Vila Monte Líbano. É classificada como UBS - Tipo 1, atende às especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatria e Gineco/Obstetrícia), ações próprias de Enfermagem (Enfermeira, Técnica e Auxiliares de Enfermagem) e Serviço Social. O trabalho preventivo é realizado a partir dos programas de

atenção à saúde da mulher, materno-infantil, saúde do adulto e atividades de educação à saúde e imunização, realizadas junto à comunidade.

Possui Conselho Local de Saúde, com participação da comunidade, Conselho Gestor da Unidade e ainda o Fórum Saúde, que se reúnem periodicamente e discutem todas as questões relacionadas à organização do serviço, tendo inclusive, participado do planejamento local.

A população é estimada em 10.256 pessoas, para o ano de 1996, de acordo com o IBGE. Está distribuída da seguinte forma:

POPUL 1996			< 1	GESTAN-	MULHERES	ADOLES-	> 35
TOTAL	MASC	FEM	ANO	TES	ID. FÉRTIL	CENTES	ANOS
10.256	5.069	5.186	249	410	3333	2355	2544

Antes do Acolhimento

No ano de 1995 (considerando Mar/95 a Fev/96 - antes da implantação do Acolhimento), a Unidade fez 1.342 atendimentos em média por mês, com 1.456 horas trabalhadas, entre todos os profissionais da assistência. O processo de trabalho era, o tradicionalmente conhecido, centrado na figura e no saber do médico para o atendimento aos usuários. Em vista à baixa oferta de consultas médicas, utilizava-se o velho sistema de “fichas” para o acesso às mesmas. Esta era a única forma de administrar o serviço oferecido frente à demanda da população. Os que procuravam consulta e não conseguiam ficha, sequer entravam na Unidade de Saúde, “era do portão pra casa” ou para a peregrinação em outros serviços.

Tudo isso resultava em profundo incômodo, não apenas para os usuários, mas para os trabalhadores de saúde, que não viam alternativa no modelo tecno-assistencial, implementado até então, que possibilitasse atender a todos os usuários. Várias alternativas de modificar o processo de

marcação de consultas foram tentadas, contando com a colaboração inclusive do Conselho Local de Saúde. Todas elas, não conseguiram passar de mudanças na forma de administrar a fila e a ficha para as consultas. Na verdade, estava provado que aquela tecnologia de organização de serviços, não conseguia atender de forma satisfatória. A velha concepção do trabalho centrado no médico e a forma ortodoxa de organização de serviços, mostravam objetivamente que aquela técnica estava obsoleta e seria incapaz de inverter o modelo assistencial, de acordo com as diretrizes e os princípios preconizados pelo SUS.

Em meados de 1995, contando com a assessoria do Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde - LAPA/UNICAMP, o grupo dirigente da Secretaria de Saúde de Betim (incluindo aí o corpo gerencial) discutiu a proposta de inversão do modelo tecno-assistencial, baseado nas diretrizes do Acesso, Acolhimento, Vínculo e Resolubilidade. Foi a partir daí que a Secretaria Municipal de Saúde tomou a decisão de implantar o Acolhimento em toda a rede de serviços.

Em que consiste o Acolhimento enquanto diretriz operacional

O Acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. Fazendo isto, os serviços criam possibilidades para o restabelecimento de uma relação de confiança e apoio do usuário.
2. Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional - “equipe de Acolhimento” - , que se encarrega da escuta do usuário, se comprometendo a resolver seu problema de saúde. A consulta médica, é requisitada, só para os casos em que ela se justifica. Desta forma, todos os profissionais de nível superior e ainda as

auxiliares e técnicas de enfermagem, participam da assistência direta ao usuário, aumentando enormemente o potencial de serviço da Unidade.

3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Essa é a argamassa capaz de unir solidamente os trabalhadores e usuários, em torno de interesses comuns, quais sejam, a constituição de um serviço de saúde de qualidade, com atenção integral, que atenda a todos e esteja sob controle da comunidade.

Implantação do Acolhimento.

É importante ressaltar que, antes de decidir implantar o Acolhimento, houve um período de capacitação de todo o corpo gerencial da Secretaria de Saúde, realizado através do Programa de Desenvolvimento Gerencial, coordenado pelo LAPA-UNICAMP, com objetivo de preparar os gerentes para a gestão, direcionando desde então para a inversão do modelo tecno-assistencial. Nesse período, a equipe da SESA e os gerentes, já vinham sendo orientados para proceder às modificações nos serviços, tendo sido organizado inclusive, como parte deste processo, o Grupo de Apoio à Gestão (GAG), formado por dirigentes e técnicos da Secretaria de Saúde, para apoiar as atividades nas Unidades de Saúde.

O ponto de partida para a implantação do Acolhimento, foi a decisão do grupo dirigente da SESA, feita através dos órgãos colegiados de direção, quais sejam, o Grupo de Direção Estratégica (que reunia a Secretária de Saúde e os gerentes dos projetos estratégicos) e o Colegiado Gestor (formado pelo GDE e todos os gerentes de Unidades de Saúde). Essa decisão, partia de alguns pressupostos básicos, quais sejam:

1. A maioria das pessoas que necessitavam de atendimento em saúde, estavam excluídas dos serviços, daí a grande desconfiança e mesmo opinião negativa que os usuários têm dos serviços de saúde.
2. As pessoas que procuravam a Unidade de Saúde, majoritariamente o faziam em busca da consulta médica, estrangulando completamente este serviço. Por outro lado, um grande número

destas mesmas pessoas, não necessitavam da consulta médica, mesmo que essa fosse sua demanda individual.

3. O trabalho na Unidade de Saúde, era centrado na pessoa e no saber médico, ficando os outros profissionais, subestimados no processo de trabalho, tendo o seu potencial para a assistência, enormemente oprimido, reduzindo a oferta de serviços.
4. A relação trabalhador-usuário, sofria de crônica degeneração, causada pela alienação dos trabalhadores do seu processo de trabalho, ou seja, este se realizava compartimentado, com os procedimentos sem a necessária integração multidisciplinar. O objeto de trabalho “problema de saúde” dessa forma, recebia um tratamento sumário e burocrático, numa relação impessoal com o usuário. O mais comum era mesmo a sua exclusão. Por outro lado, trabalhadores embora conscientes dos problemas, se sentiam impotentes para mudar aquela situação existente, lamentada por eles próprios. O contexto sugeria então, aparente contradição de interesses entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

A partir da decisão de implantar o Acolhimento, esse processo iniciou ao nível local, com discussões para sensibilização dos trabalhadores e planejamento da Unidade. É preciso considerar que a gerente, como uma líder local do projeto que se pretende implantar, estabelece a sua coordenação diária, acompanhando, discutindo e convencendo os trabalhadores e usuários da nova proposta. Esse procedimento, é fundamental para a manutenção e sucesso do Acolhimento na Unidade.

Definiu-se pela organização de uma “Equipe de Acolhimento”, composta pelos profissionais de nível superior, técnica e auxiliares de enfermagem, sendo que os médicos ficaram na “retaguarda”, ou seja, atendendo nos consultórios os usuários encaminhados pela equipe que fazia a escuta no Acolhimento. Eliminou-se a ficha e a fila de madrugada, abrindo as portas da Unidade de Saúde, com atendimento a todos os usuários que a procurasse. Organizou-se a “sala de espera”, substituindo a recepção, onde um profissional de saúde se mantém para orientar o fluxo dos usuários.

O Conselho Local de Saúde teve um papel importante para a implantação do Acolhimento. Isso se deu principalmente, no período da semana anterior à data prevista, quando o Conselho procurou avisar à comunidade, o novo funcionamento da Unidade de Saúde. Além disto, no dia em que iniciou o Acolhimento, os conselheiros foram para a Unidade, orientar os usuários sobre o procedimento a adotar mediante a nova organização do serviço. Mais do que isto, no mês de abril, o Conselho Local de Saúde fez uma enquete para saber da satisfação dos usuários em relação ao Acolhimento, constatando uma aprovação superior a 80%.

Na semana em que inaugurou o Acolhimento, houve uma verdadeira “invasão” da Unidade de Saúde pelos usuários. Alguns, por acreditar que o atendimento a todos iria durar pouco tempo, e então seria necessário usufruir da oportunidade criada, e outros para se beneficiar da nova forma de funcionamento, procurando o atendimento de demandas há muito tempo não atendidas. Este movimento extraordinário nas primeiras semanas, se estabilizou em patamares suportáveis algum tempo depois.

O Processo de Trabalho no Acolhimento.

O Acolhimento, modifica radicalmente o processo de trabalho. O impacto da reorganização do trabalho na Unidade, se dá principalmente sobre os profissionais não médicos, que fazem a assistência. No caso da UBS Rosa Capuche considera-se, a enfermeira, assistente social, técnica e auxiliar de enfermagem. Na atual situação, a “Equipe de Acolhimento” passa a ser o centro da atividade no atendimento aos usuários. Os profissionais não médicos passam a usar todo seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde, trazidos pela população usuária dos serviços da Unidade.

A enfermeira, além de acolher, garante a retaguarda do atendimento realizado pelas auxiliares de enfermagem. Essa retaguarda é feita em perfeita sintonia com as Auxiliares de Enfermagem, através de orientação sobre as condutas, e na utilização de protocolos, elaborados pela equipe técnica da Unidade. Os protocolos indicam os procedimentos a serem

adotados diante das queixas mais comuns feitas à equipe de Acolhimento. São elaborados seguindo o padrão técnico da Clínica e definem as atribuições dos profissionais no atendimento. No caso da enfermeira, esta definição é feita de acordo com a legislação própria que regulamenta seu exercício profissional. Na UBS Rosa Capuche, os protocolos orientam para que o enfermeiro prescreva vários exames e medicamentos, o que aumenta em grande medida a resolubilidade do enfermeiro na assistência, favorecendo enormemente o fluxo dos usuários. No modelo anterior, pela assistência estar centrada no médico, o enfermeiro não realiza todo o seu potencial técnico, reduzindo sua capacidade de intervenção. No novo modelo, os dados de rendimento, em estudo comparado com o período anterior ao Acolhimento, mostram que seu rendimento agora, é aumentado em 600%. (ver planilha e gráfico).

Esse novo papel da enfermagem na Unidade de Saúde, com Acolhimento, não se deu sem tensões. Subjaz a este processo, a disputa pela supremacia do saber e do poder no serviço de saúde, até então, monopólio médico. Como parte desse polêmico processo, registra-se a convocação da Secretária Municipal de Saúde para depoimento na Câmara dos Vereadores para esclarecimento das modificações no atendimento nos Centros de Saúde e do fato das enfermeiras estarem “fazendo atendimento”. Foi importante também um concorrido debate sobre o Acolhimento, promovido pelo Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, que contou com o relato de diferentes experiências de implantação da nova diretriz do modelo técnico-assistencial.

Tensionamento interno aliado a pressões externas, fizeram com que o Conselho Regional de Enfermagem fosse convidado pela Secretaria Municipal de Saúde, para discutir e arbitrar a questão: - Que condutas a enfermeira pode executar no serviço de saúde? O COREM por sua vez, homologou os procedimentos que já haviam sido estabelecidos na organização do trabalho da enfermeira no Acolhimento, com respaldo da legislação e dos protocolos da SESA/Betim, conforme já foi dito.

É importante registrar que, além de utilizar todo seu arsenal técnico, a enfermeira com a reorganização do processo de trabalho e instrumentalizada

pelos protocolos, se vê dotada de MAIOR AUTONOMIA na função que exerce. Essa autonomia que nos referimos, deve ser entendida dialeticamente como a condição do profissional decidir sobre seu trabalho, o exercício pleno do “saber-fazer” no momento do procedimento assistencial. Permanece portanto, perfeitamente integrada ao trabalho em equipe, como condição para o funcionamento do Acolhimento.

Em relação à Auxiliar de Enfermagem, seu trabalho anterior à implantação do Acolhimento, se resumia às atividades próprias da sua função (curativo, injeção, vacina, distribuição de medicamentos) e apoio aos médicos, como bem relata Léa Maria Flora, Auxiliar de Enfermagem da UBS Rosa Capuche: - “Antes a gente trabalhava muito, trabalhava até mais, mas não era reconhecido. Tinha a pré-consulta que a gente fazia para os médicos e deixava tudo amarrado para ele, fichas, prontuários, dados vitais verificados”. Hoje, a relação da Auxiliar com os médicos, é do Acolhimento para a retaguarda, após realizar a escuta do problema de saúde do usuário, ou seja, é uma relação circunscrita ao exercício multiprofissional. Não há subalterno, mas divisão de tarefas onde cada um cumpre sua função, de acordo com o lugar que ocupa na assistência ao usuário. A Auxiliar de Enfermagem, ao contrário do que era no modelo anterior, deixa de ser apenas um acessório na organização do processo de trabalho na Unidade de Saúde, para assumir a plenitude da sua profissão em benefício do atendimento com qualidade.

A Assistente Social, participa do Acolhimento e coordena os grupos programáticos. Considerada atividade fundamental para garantir a integralidade da assistência, os programas são fator importante na garantia do sucesso do Acolhimento. Isto porque resolve grande parte da demanda, com ações dirigidas para grupos prioritários de atenção à saúde. Na UBS Rosa Capuche, hoje estão organizados grupos programáticos para atendimento a Diabetes, Hipertensão, Puericultura, Verminose (crianças), Pré-Natal, Planejamento Familiar, Sexualidade/DST-AIDS. Além destes grupos, as Assistentes Sociais participam do trabalho extra-muros, de vigilância à saúde.

No caso específico dos médicos, nota-se que seu processo de trabalho não foi modificado, tanto quanto seria necessário para causar impacto na assistência, a partir do seu trabalho específico. O seu trabalho foi organizado de forma que o médico ficou às vezes na retaguarda (consultas aos usuários encaminhados pela equipe de acolhimento), outras vezes na equipe de acolhimento. Houve inclusive redução do agendamento, porém, sem grande sucesso na sua inserção no novo modelo. Observa-se diversas tentativas de modificação do processo de trabalho dos médicos, o que demonstra a busca incessante da equipe da UBS Rosa Capuche de chegar ao nível ótimo da atenção à saúde, através do Acolhimento. O problema é que, todas as alternativas tentadas para alterar o processo de trabalho dos médicos, inserindo-os no Acolhimento, deram pouco resultado. Isto, porque em todas elas permanecia incólume a velha lógica da consulta/agenda, determinante neste processo. Voltaremos a esse tema mais à frente.

Os Números do Acolhimento

A seguir, relacionamos o resultado da aplicação de diversos indicadores, que dizem respeito a medidas de avaliação da Unidade de Saúde e do Acolhimento.

A) ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DA UNIDADE DE SAÚDE

Tabela 1 - Média Mensal de Atendimentos Realizados pelos Servidores da UBS Rosa Capuche, no Ano de 1995 e 1996. Média Mensal de Horas Trabalhadas e Rendimento dos Servidores.

Período	Média At. Mês	Hs. Trabalhadas
Março/95 a Fev/96	1.342	1.456 / mês
Março/96 a Fev/97	4.455	1.665,7 / mês
ACRÉSCIMO	(+ 332%)	(+ 14,4%)

Fonte de dados: Boletim de Produção Ambulatorial e Folha de Frequência da UBS Rosa Capuche.

Os dados comparados de acessibilidade aos serviços, demonstram o aumento extraordinário do atendimento geral da Unidade, com a implantação do Acolhimento e a reorganização do processo de trabalho. O rendimento será detalhado a seguir, com indicador específico.

Em relação ao Acesso, as palavras de Márcia da Conceição Campos, enfermeira da UBS Rosa Capuche, contribuem no entendimento da modificação ocorrida com a implantação do Acolhimento: - “Uma das coisas que o Porta Aberta fez, foi isso, a gente passou a enxergar o que não enxergava antes, porque a porta barrava e as pessoas não chegavam aqui dentro. Então a gente começou a entender que vivíamos numa área crítica e que tínhamos que dar conta de alguns problemas, porque eles começaram a aparecer aqui dentro com o Acolhimento. Antes, a porta estava fechada pra eles, porque o usuário não tinha acesso”. “... começamos a conhecer nosso usuário”.

B) INDICADOR DE RENDIMENTO

1. Para avaliação da UBS, através de estudo comparado de dados, antes e após a implantação do Acolhimento.

Período: Março a Agosto de 1995 e 1996

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de consultas realizadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de horas trabalhadas por especialidade de nível superior}}$$

Objetivo: Medir o RENDIMENTO dos profissionais de nível superior, antes e após o Acolhimento.

Fonte: Numerador - BPA no serviço de Bioestatística da SESA.

Denominador - Quadro de freqüência da UBS Rosa Capuche.

Obs.: Na análise comparada de dados, verifica-se se há alteração do rendimento dos profissionais, na nova modalidade de organização dos serviços, de acordo com a diretriz do Acolhimento, que propicie aumento da oferta de serviços e conseqüentemente, do ACESSO.

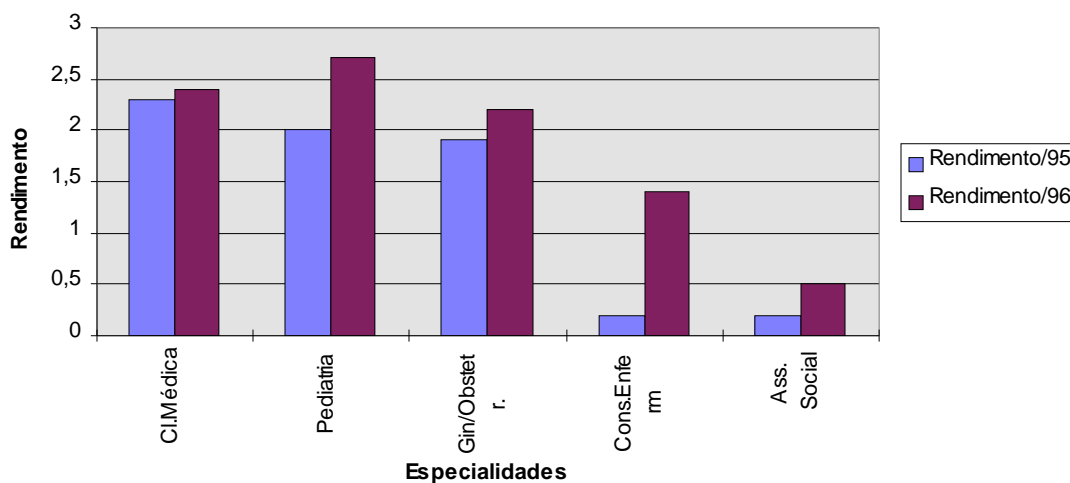
Resultados:

Tabela 2 - Rendimento dos profissionais de nível superior, da UBS Rosa Capuche, por período de um ano, antes e após o Acolhimento.

	Cl.Médica	Pediatria	Gin/Obstet r.	Cons.Enfer	Ass. Social
Rendimento /95	2,3	2	1,9	0,2	0,2
Rendimento /96	2,4	2,7	2,2	1,4	0,5
Percentual	(+) 4,3%	(+) 35%	(+) 15,7%	(+) 600%	(+) 150%

Fonte: BPA no serviço de Bioestatística da SESA.
Quadro de freqüência da UBS Rosa Capuche.

Pesquisa Acolhimento - UBS Rosa Capuche - Rendimento dos Profissionais de Nível Superior - Nº Consultas / Horas Trabalhadas - MÉDIA MARÇO/AGOSTO 95/96 -



Avaliação dos resultados:

Constata-se pelos dados de produção/horas trabalhadas, o aumento extraordinário do rendimento da enfermeira e As. Social.

O dado acima confirma a tese de que a enfermeira e assistente social, com a reorganização do processo de trabalho, utilizam todo o seu potencial para a assistência. Este rendimento, associado ao das auxiliares de enfermagem, garante impacto extraordinário no acesso aos usuários.

C) INDICADOR DE RESOLUBILIDADE* DA EQUIPE** DE ACOLHIMENTO

Para avaliação do Acolhimento, em estudo longitudinal.

Nº de pessoas que tiveram seus problemas resolvidos pela equipe de Acolhimento.

Nº de pessoas atendidas pela equipe de Acolhimento

* Como “Resolubilidade”, neste caso, considera-se a solução de queixas pela equipe de Acolhimento, sem outro tipo de encaminhamento.

** Como “Equipe de Acolhimento”, considera-se a equipe multiprofissional, organizada na Unidade, para fazer a escuta dos problemas de saúde trazidos pelos usuários. Na UBS Rosa Capuche, essa equipe foi organizada contando com a enfermeira, assistente social e auxiliares de enfermagem.

Objetivo: Verificar a resolubilidade da equipe de Acolhimento.

Fonte: Boletim do Acolhimento.

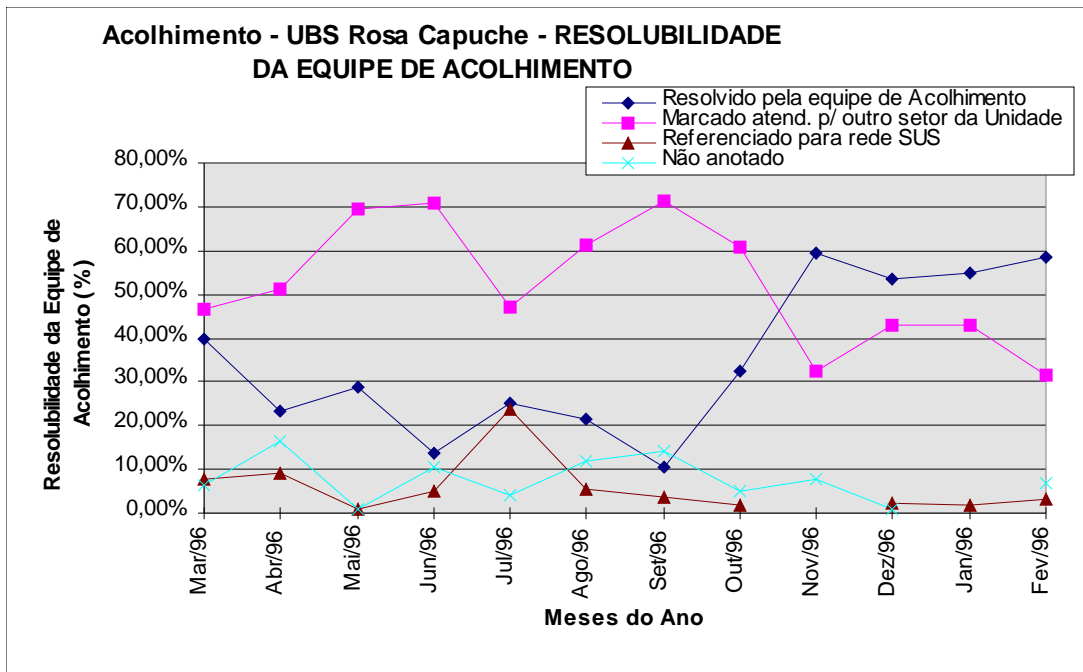
Resultados:

Tabela 3 - Distribuição dos problemas de saúde que se apresentaram à equipe de acolhimento da UBS Rosa Capuche, segundo a Resolubilidade e encaminhamentos adotados, apresentados em frequência relativa, por períodos mensais.

	Mar/96	Abr/96	Mai/96	Jun/96	Jul/96	Ago/96
Resolvido pela equipe de Acolhimento	39,60%	23,30%	28,60%	13,60%	25,00%	21,50%
Marcado atend. p/ outro setor da Unidade	46,50%	51,20%	69,50%	70,90%	47,20%	61,30%
Referenciado para rede SUS	7,55%	9,30%	1%	4,90%	23,60%	5,40%
Não anotado	6,30%	16,30%	1%	10,70%	4,20%	11,80%

	Set/96	Out/96	Nov/96	Dez/96	Jan/97	Fev/97
Resolvido pela equipe de Acolhimento	10,70%	32,30%	59,50%	53,40%	54,90%	58,30%
Marcado atend. p/ outro setor da Unidade	71,40%	60,60%	32,50%	43,20%	43,10%	31,70%
Referenciado para rede SUS	3,60%	2,00%	1%	2,30%	1,90%	3,30%
Não anotado	14,30%	5,00%	7,90%	1,10%	4,20%	6,70%

Fonte de dados: Boletim do Acolhimento da UBS Rosa Capuche.



Avaliação dos resultados:

Corroboram para a resolubilidade da equipe de Acolhimento, fatores que atuam juntos e simultaneamente, quais sejam:

1. Discussões permanentes entre a equipe da Unidade de Saúde, para avaliar e reprocessar o Acolhimento.
2. Capacitação da equipe, adquirida com a própria experiência no atendimento. A experiência adquirida proporciona segurança para decidir, efetivamente “fazer” a partir de determinado “saber” adquirido na vivência da assistência ao usuário.
3. Utilização de protocolos, elaborados pela equipe técnica da UBS, os quais indicam a conduta a ser adotada diante dos problemas de saúde que mais se apresentam no Acolhimento. Os protocolos são uma referência técnica segura para os procedimentos no Acolhimento.
4. Interação da equipe, com enfermeiras e médicos fazendo a retaguarda do Acolhimento e a capacitação em serviço. A indicação de determinada conduta, pressupõe uma decisão do profissional que no modelo tradicional, se apresenta como um ato isolado, solitário.

Com o Acolhimento, este ato é dividido com a equipe, contando com o apoio e a cumplicidade dos outros profissionais.

5. Funcionamento dos grupos programáticos, que haviam deixado de funcionar, no início da implantação do Acolhimento, dado à priorização do trabalho exclusivamente assistencial naquele momento específico.

A gestão da Unidade com Acolhimento

O processo de gestão da Unidade de Saúde é compatível com o modelo tecno-assistencial. Assim, o Acolhimento só é possível se a gestão for participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre a equipe. Isto, porque a inversão do modelo tecno-assistencial, com mudanças estruturais no processo de trabalho, pressupõe a adesão dos trabalhadores à nova diretriz. Este compromisso com a mudança, com a construção do devir, só é possível quando os profissionais discutem e efetivamente podem decidir sobre a organização dos serviços na Unidade de Saúde.

Os fóruns de deliberação interna, (Colegiado Gestor, formado pela gerente da Unidade e representantes dos trabalhadores, eleitos entre os próprios e o Fórum Saúde, formado pela gerente e todos os trabalhadores da Unidade), na UBS Rosa Capuche, foram organizados antes da implantação do Acolhimento. Mas, ganharam vitalidade, dinâmica e funções bem definidas após a implantação da nova proposta de organização dos serviços. O processo de debate interno que se desenvolveu no período pós Acolhimento, se caracterizou por uma troca permanente de reflexões na condução das questões pertinentes aos serviços, quanto na extrema criatividade em encontrar soluções para os novos problemas que surgiam, a partir da reorganização do processo de trabalho. Demonstrativo disto, são as diversas tentativas de modificar o processo de trabalho dos médicos, a partir da sua inserção no Acolhimento.

A gestão democrática e participativa, criou oportunidade para que se experimentasse na Unidade de Saúde, um processo pedagógico, auto-conduzido, de extrema riqueza. Os trabalhadores passaram a conhecer o usuário, a partir do momento que este adentrou à Unidade. Por outro lado, o

permanente contato com a assistência, as inúmeras reuniões dos fóruns, discussões técnicas, de grupos programáticos, o debate sobre a política de saúde, levaram a que os trabalhadores assimilassem um conhecimento importante acerca da sua realidade e da realidade institucional. Podemos dizer que eles adquiriram capacidade de auto-análise o que deu-lhes possibilidade de autogestão na organização do processo de trabalho e por conseqüência, dos serviços. O Colegiado Gestor e o Fórum Saúde, se tornaram assim, por excelência, dispositivos auto-analíticos e autogestionários, que protagonizaram um processo instituinte e organizante no interior da Unidade de Saúde. É ilustrativo desta questão, o fato dos trabalhadores, decidirem nestas instâncias, inúmeras vezes, formas novas de trabalho, criativas, numa tentativa cotidiana de criar e recriar alternativas ao velho método.

O Acolhimento portanto, podemos afirmar, criou uma grande mobilização na Unidade, em todos os sentidos, com repercussões inclusive para a comunidade e até mesmo para outros segmentos sociais. Detona processos importantes, favorecendo a instalação do novo, em permanente mudança, processada pelos trabalhadores, numa troca incessante de experiências, debates e formulações novas, criativas e criadoras de instrumentos originais para o trabalho em saúde.

Associa-se a esse modelo de gestão, o planejamento estratégico situacional, incorporado no instrumental de trabalho da Unidade de Saúde, através da colaboração do LAPA-UNICAMP e com a interferência do Grupo de Apoio à Gestão - GAG. Foi muito importante, a utilização deste potente instrumental na construção de um projeto alternativo, como se coloca o Acolhimento. Isto, pelo fato de possibilitar a análise real da situação vivida pela Unidade, a influência de cada Ator Social nesta dada realidade e as possibilidades para o futuro. Para além desta análise, o planejamento possibilita visualizar a construção do projeto como processo e colocar toda equipe em movimento para os mesmos objetivos. O planejamento contribui ainda para a avaliação permanente do trabalho que está sendo desenvolvido.

PARTE III - Concluindo

O Acolhimento como fator de mudança

O que transparece de forma enfática em todo o trabalho de investigação sobre o Acolhimento, é sua contemporaneidade, ou seja, a capacidade de se colocar no nosso tempo, mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde, como grupos sujeito que se propõem à construção do novo, a fazer no tempo presente, aquilo que é o objetivo no futuro.

Discutindo um pouco mais esta questão, lembremos que a história brasileira, é marcada pela exclusão social da grande maioria da população. Apesar de se modificarem, ao longo do tempo, o cenário político nacional, os grupos dominantes no poder, em todas as épocas, o modelo de saúde se define sempre, pela exclusão de significativos segmentos sociais.

A conjuntura política na década de 80, com a derrota da ditadura militar, o ascenso dos movimentos populares urbanos, criou um ambiente favorável às mudanças. A conjunção destes fatores, criou no país uma atmosfera política favorável à ruptura com o modelo de assistência à saúde do passado, podendo assim, os proponentes da reforma sanitária, partir para a construção de um sistema de saúde, com diretrizes definidas a partir do entendimento de que a saúde é um direito, concluindo com os princípios de cidadania.

A proposta do Sistema Único de Saúde, neste sentido, mobilizou extensas e profundas energias. A sua natureza e formação, combinam ao mesmo tempo profundas raízes na sociedade contemporânea, representação político-institucional e tecnicamente a nova proposta se mostra bastante substantiva e consistente. Desta forma, o SUS para todo o segmento da saúde e mesmo fora deste espaço, é a síntese do novo, representado nas profundas transformações políticas da época. A nova proposta traz no seu bojo, a perspectiva da realização de sonhos cultivados por várias gerações. Mais do que encarnar a esperança de mudança, ele é, no imaginário popular, a própria mudança.

Ato contínuo à aprovação do Sistema Único de Saúde na “Constituição Cidadã”, promulgada em 1988 e já no contexto da sua regulamentação através das Leis Orgânicas da Saúde em 1990, o SUS foi notoriamente secundarizado pelos governos federais que se sucederam nos próximos anos. A sabotagem se inicia a partir das reduzidas verbas destinadas à saúde pelo governo federal, até a resistência ao cumprimento dos pressupostos definidos em Lei, de organização e funcionamento do Sistema de Saúde.

Os objetivos conquistados no final dos anos 80, se dissipam e agonizam nos anos 90. Novo desafio se coloca aos que defendem uma política de saúde voltada aos interesses da maioria da população, qual seja: Além da denúncia enfática da política governamental, era necessário articular uma proposta que reacendesse a esperança, criando um ambiente favorável a que se abrisse novo ciclo de luta. Isto só é possível, se se constituir uma nova utopia, capaz de falar a amplos segmentos sociais.

Pode até não ser esta, a intenção inicial da proposta do Acolhimento, mas no imaginário coletivo, ele é a realização da utopia construída com o advento do SUS e perdida no momento seguinte, com a constituição de uma hegemonia neoliberal nos serviços de saúde. A grande capacidade do Acolhimento, de articulação junto a espaços correlatos aos serviços de saúde e mesmo, a identidade que ele é capaz de formar com amplos segmentos sociais, tem razões que se explicam através da recente história das políticas de saúde e por conseqüência, tem raízes sociais significativas. É notório que o Acolhimento, enquanto diretriz do modelo tecno-assistencial aparece consoante à conjuntura de mudanças, que estão sendo disputadas, no cenário das Políticas de Saúde no Brasil.

O Acolhimento portanto, associa na forma exata, o discurso da inclusão social, da defesa do SUS a um arsenal técnico extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até à constituição de dispositivos auto-analíticos e autogestionários, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão da Unidade. O resultado esperado, de imediato é a inversão do modelo tecno-assistencial. Porém, como um processo em construção que se firma ao longo do tempo, outras resultantes podem ser esperadas, de

médio prazo, com o acúmulo que vai se formando ao longo do tempo e da experiência acumulada.

Potencializa a proposta do Acolhimento a capacidade de estabelecer adesão entre os usuários e trabalhadores de saúde, particularmente. Os primeiros pela satisfação com os resultados, diante do atendimento no serviço de saúde e os trabalhadores, na motivação, por encontrarem uma alternativa profissional satisfatória, de realização pessoal e coletiva que o Acolhimento proporciona. Esse encadeamento político fortalece sobremaneira a proposta.

No decorrer do relato dos resultados desta pesquisa, já foram apresentadas as espetaculares vantagens que o Acolhimento trouxe à organização dos serviços da Unidade Básica Rosa Capuche. Por isto mesmo, na conclusão, vamos nos ater aos problemas verificados junto à implementação da nova proposta, possibilitando sua discussão, numa tentativa de superação dos limites do Acolhimento.

Problemas de primeira hora

O primeiro problema enfrentado, para implantação do Acolhimento, diz respeito ao temor, próprio da condição humana, de encarar o novo, por excelência o desconhecido. Por maior que seja o conhecimento teórico da inversão do modelo tecno-assistencial, e foi assim com o Acolhimento, na hora de implantar, aparece o medo, sentimento próprio dos mortais. Isso, se expressa muito bem, nas palavras da gerente da UBS Rosa Capuche, Marly Gay Calazans Resende: "...O que demorou a implantar o Acolhimento foi o medo de enfrentar o usuário, medo de abrir a porta". ... "Durante muitos anos, toda nossa vida, nós nos acostumamos com a fila. Isso ficou muito arraigado nas pessoas. Acho que é o medo até de mudar o processo de trabalho. Agora, depois do planejamento local, sentimos que se a gente não abraçasse a questão do Acolhimento, não adiantava discutir mais nada na Unidade". De fato, observa-se que a discussão do Acolhimento prolongou por mais de 9 meses entre as diversas reuniões da equipe e dos fóruns colegiados, até a decisão da sua implantação no final de fevereiro de 1996.

Vencida esta primeira dificuldade, o Acolhimento chegou, encontrando uma Unidade de Saúde, que vinha há muitos anos funcionando com reduzida oferta de serviços, baixa presença dos usuários devido à inacessibilidade à Unidade e por conseqüência, incalculável demanda reprimida, não apenas para os serviços próprios da UBS, mas como também para os procedimentos especializados. Implantando o Acolhimento, aqueles problemas anteriormente existentes no serviço, apareceram de forma enfática, muito mais evidentes. Embora possa parecer paradoxal, isto foi positivo, porque tornou claro o quanto a organização do serviço estava defasada em relação às necessidades da população. Assim, o processo de mobilização criado a partir do Acolhimento, forçou soluções para todas estas questões. Estas soluções vieram em parte da própria Unidade, ou mesmo através da Secretaria de Saúde ou do Governo Municipal.

Olhando um pouco sobre alguns medos em torno do Acolhimento, vale destacar aquele que se refere a falsa noção de que o mesmo leva a UBS a se tornar um “peazão”. Do mesmo modo que em Belo Horizonte, onde o Acolhimento já é uma realidade mais ampla e experimentada, o Acolhimento permite a de fato tornar a UBS em um verdadeiro estabelecimento de saúde onde se faça saúde pública, pois uma coisa é o uso até do “pronto atendimento” como um recurso a mais para abordar o usuário, e outra coisa é reduzir a UBS em um lugar exclusivo onde só se faz “pea”. Temos visto que o Acolhimento tem aberto a unidade a receber e incorporar os grupos de riscos como uma realidade sua à qual deve dar uma resposta individual e coletiva, e pela qual tem que se responsabilizar.

Limites do Acolhimento

Após um ano de implantação do Acolhimento na Unidade, permanecem três questões que se impõem como limites à nova diretriz, sobre os quais devemos nos debruçar para encontrar as alternativas técnicas para sua consolidação, quais sejam:

1. A pequena inserção dos profissionais médicos no Acolhimento. Isto, não diz respeito apenas à sua participação, o que inclusive acontece, mas o processo de trabalho do médico se altera pouco, em vista dos outros profissionais. O dado de RENDIMENTO, verificado no gráfico, é um dos indicadores deste problema.
2. O agendamento de consultas médicas permanece como um nó crítico no serviço. A diretriz do Acolhimento pressupõe agenda aberta para os casos que necessitem, porém isto permanece negociado (e não sem tensões) com os médicos. À questão “Participa do Acolhimento ou Consulta”, a equipe da Unidade tenta encontrar um caminho, onde o médico faça os dois, sem contudo, chegar a uma solução satisfatória.
3. Um terceiro desafio, é a conciliação do trabalho da assistência, dentro da Unidade de Saúde, com o trabalho “extra-muros”, muito enfatizado pela equipe da UBS Rosa Capuche. Os relatos deixam claro que o Acolhimento absorveu o trabalho dos profissionais, não restando tempo para a “vigilância à saúde”, na área de abrangência. Após algum período, e com a incorporação de novos profissionais ao trabalho da Unidade, essas atividades foram retomadas, mas de forma incipiente e aquém do que era antes, insatisfatória, na opinião de alguns.

Desafios para a consolidação da inversão do modelo assistencial

Podemos começar por refletir sobre os limites do Acolhimento, relacionados acima. Uma primeira questão que fica evidente é a seguinte: Por quê não se conseguiu incorporar o profissional médico, a ponto da sua participação específica causar impacto na solução dos problemas de saúde da população usuária?

A primeira questão a ser pensada é a seguinte: O trabalho nos estabelecimentos de saúde e entre eles, na Unidade Básica, é organizado, tradicionalmente, de forma extremamente parcelado. Em eixo verticalizado, organiza-se o trabalho do médico e entre estes, de cada especialidade médica. Assim, sucessivamente, em colunas verticais vai se organizando o

trabalho de outros profissionais. Essa divisão do trabalho se dá, de um lado pela consolidação nos serviços de saúde das corporações profissionais, e por outro, no caso dos médicos, pela especialização do saber e conseqüentemente do trabalho em saúde.

A organização parcelar do trabalho, fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A super especialização, o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com resultado do seu trabalho.

O Acolhimento, ao reprocessar o trabalho na Unidade de Saúde, com base na formação de uma equipe multiprofissional “Equipe de Acolhimento”, conseguiu quebrar a verticalidade da organização do trabalho na Unidade, mexendo radicalmente no processo de trabalho dos profissionais não médicos. Contudo, não foi possível romper com a lógica do trabalho médico, que se dá em torno da “agenda/consulta”. Assim, enquanto os outros profissionais interagem em equipe, de forma extremamente dinâmica, acompanhando o resultado do seu trabalho, os médicos permanecem fechados num círculo vicioso, visualizando parcialmente a realidade.

E como poderia ser resolvida essa questão, finalmente?

Nossas reflexões a partir de então, seguem em sintonia e cumplicidade com as formulações recentes do Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde - LAPA (DMPS-UNICAMP). Estes, consideram o Vínculo, como a diretriz que acoplada ao Acolhimento, é capaz de garantir o real reordenamento do processo de trabalho na Unidade de Saúde, resolvendo definitivamente a divisão de trabalho compartimentada e saindo da lógica “agenda/consulta” para uma outra da responsabilização de uma equipe multiprofissional, com o resultado do trabalho em saúde, o que Gastão Wagner de Sousa Campos chama de “A Obra”. Assim, “...em relação ao trabalho clínico, não haveria como valorizar-se a Obra sem um processo de trabalho que garantisse os maiores coeficientes de Vínculo entre

profissional e paciente.” (3). Considera-se Vínculo, a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo.

O atendimento em Saúde seria feito através da adscrição da clientela a determinada equipe da Unidade de Saúde, formada no mínimo pelo médico, enfermeiro, pediatra, gineco-obstetra e auxiliares de enfermagem. Esta equipe passaria a se responsabilizar pelas pessoas inscritas, devendo para isto, mobilizar todos os recursos dentro e fora da Unidade, que possam favorecer a este objetivo, seja exames, consultas especializadas, internação, etc...

A equipe deve ter autonomia para agir, mobilizar os recursos necessários para fazer saúde. É importante, a avaliação permanente do seu trabalho, agora facilitado, na medida que este resultado é produto do labor de um mesmo grupo multiprofissional, ou seja, foram as mesmas pessoas, que desenvolveram todo o processo vivido pelo usuário, individual ou coletivo no seu processo saúde-doença.

O trabalho extra-muros poderia ser feito de duas formas. Uma primeira, deve ser realizado pelas equipes multiprofissionais da Unidade de Saúde, que ao responsabilizar-se pela sua clientela, pode mobilizar recursos inclusive de visitas e internações domiciliares, ou mesmo outros recursos que se encontram juntos à comunidade. Uma outra forma, diz respeito à vigilância à saúde. Esta, deve ser feita, combinada com o Planejamento e Gestão dos serviços de saúde e em perfeita sintonia com a realidade social, econômica, epidemiológica local e as necessidades dos usuários daquela região. Este trabalho deve ser executado por uma equipe, formada especificamente com este objetivo, podendo atuar vinculada à Unidade ou a várias Unidades de uma mesma região da cidade, e auto intitulada “Equipe de Saúde Pública”.

Estas diretrizes gerais fazem parte da mais recente experiência de organização de serviços de saúde, alinhados à perspectiva de efetiva construção de um Sistema de Saúde com base no acesso a todos, equidade, integralidade das ações, eficaz, com atendimento de qualidade e humanizado e sob controle social.

BIBLIOGRAFIA

1. Baremblit, G.; 1992; Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes; Ed. Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro.
2. Bueno, W. S.; 1997, "Betim: construindo um gestor único" in Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.) - Agir em Saúde. Um desafio para o público, Hucitec, São Paulo.
3. Campos, Gastão W. S.; 1997,"Subjetividade e administração de pessoal" in Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.) - idem; ibidem.
4. Cecílio, L. C (org.); Merhy, Emerson; Campos, Gastão W. S.; 1994; in Inventando a Mudança na Saúde; Hucitec, São Paulo.
5. Merhy, E. E. ; 1997," Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde" in Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.) - Agir em Saúde. Um desafio para o público, Hucitec, São Paulo.
6. Merhy, E.E.; 1997, "A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas" in Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.) - idem; ibidem.
7. Merhy, E.E.; 1997, "Em busca de ferramentas..." in Merhy, E.E e Onocko, R. (orgs.) - idem; ibidem.
8. Franco, T.B.; 1997, "Acolhimento diretriz do modelo tecno-assistencial em defesa da vida", trabalho apresentado junto à Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul