

O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil

"User embracement" and the working process in health: Betim's case, Minas Gerais, Brazil

Túlio Batista Franco ¹
Wanderlei Silva Bueno* ¹
Emerson Elias Merhy ¹

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas, SP 13083-970 Brasil.

* Falecido

Abstract *The subject of this paper is changes in health care when "user embracement" is used as a strategic aim. According to the "user embracement" concept, health care clients are the center of the health services' organization, including the following: 1) care for everyone seeking it, thus guaranteeing universal accessibility; 2) reorganization of the work process, such that its central thrust is shifted from the physician to the multiprofessional staff, or "user embracement team", in charge of "hearing" users and becoming involved in solving their health problems; and 3) solidarity, humanity, and citizenship as parameters for the relationship between health care users and providers. The research showed improvement of non-medical health care productivity and greater accessibility by users. After nine months, the "user embracement team" solved 50% of the health problems themselves. The above-mentioned effects were also linked to workers' motivation, leading to greater creativity in the work process.*

Key words *Program Evaluation; Medical Care; Ambulatory Care; Community Health Services*

Resumo *Este trabalho relata experiência de inversão do modelo tecno-assistencial para a saúde, tendo como base a 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, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Por meio da investigação realizada, foi possível observar um aumento significativo do rendimento profissional, dos servidores não-médicos, que passaram a atuar na assistência; esse elevado rendimento profissional determinou, por consequência, maior oferta e aumento extraordinário da acessibilidade aos serviços de saúde.*

Palavras-chave *Avaliação de Programas; Assistência Médica; Assistência Ambulatorial; Serviços de Saúde Comunitários*

Introdução

À medida que nos aproximamos dos momentos de relações dos usuários com os serviços de saúde e com 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 aí significam o encontro entre necessidades e processos de intervenção tecnologicamente orientados, os quais visam operar sobre o campo das necessidades que se fazem presente nesse encontro, na busca de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de viver a vida.

Esses encontros, que se dão entre dois indivíduos, são produzidos em um espaço intercessor (Merhy, 1997a) no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se: a da tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves (Merhy, 1997b).

Olhando esses momentos – pelo lado do trabalho tanto do médico, quanto do de um porteiro de um serviço de saúde – são-nos reveladas questões-chave 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, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, 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.

Esses processos intercessores – como o acolhimento – são atributos de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, e focá-los 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 circula o trabalho vivo em saúde, expondo o seu modo privado de agir à um debate público no interior do coletivo dos trabalhadores, com base em 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 aos 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 determinados modelos de atenção à saúde.

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

Os encontros e desencontros nessa etapa podem, ao gerar ruídos e estranhamentos para um olhar analisador (em produção no interior da equipe de trabalhadores), revelar uma dinâmica instituidora 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 pôr em prática o acolhimento como um dispositivo que interroga processos intercessores que constroem 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 em que há relações clínicas em saúde. Além disso, deve também 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 esses ruídos e processos?

Na medida em 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.

Tendo como base essas 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 esses 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.

O caso de Betim: 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 (SUS). O acolhimento 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 é a tradução da idéia básica do acolhimento, que se construiu como diretriz operacional.

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

Este estudo é devedor de uma investigação realizada pela Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul. Pretende-se, a partir desta investigação, manter interlocução com as entidades formadoras de recursos humanos e os diversos serviços de saúde, como exercício por excelência da 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.

Para este estudo, foi eleita a Unidade Básica de Saúde (UBS) Rosa Capuche, situada no bairro Jardim Petrópolis, com população de 10.256 pessoas na sua área de abrangência, para o ano de 1996, de acordo com o IBGE.

Antes do acolhimento

No ano de 1995 (considerando-se de março de 1995 a fevereiro de 1996 – 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 da baixa oferta de consultas médicas, para o acesso às mesmas utilizava-se o velho sistema de fichas. Esta era a única forma de administrar o serviço oferecido em vista da 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.

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.

2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Implantação do acolhimento

O ponto de partida para a implantação do acolhimento foi a decisão do grupo dirigente da Sesa, tomada através dos órgãos colegiados de

direção, quais sejam, o Grupo de Direção Estratégica – GDE (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, como:

1) A maioria das pessoas que necessitavam de atendimento em saúde estavam excluídas dos serviços, daí a grande desconfiança e, até mesmo, opinião negativa que os usuários têm dos serviços de saúde.

2) As pessoas que procuravam a Unidade de Saúde faziam-no, majoritariamente, em busca da consulta médica, estrangulando completamente este serviço. Por outro lado, um grande número dessas mesmas pessoas não necessitava da consulta, 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’ recebia, dessa forma, um tratamento sumário e burocrático, numa relação impessoal com o usuário. O mais comum mesmo era a sua exclusão. No entanto, os trabalhadores, embora conscientes dos problemas, sentiam-se 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, e sob a permanente coordenação da gerente da UBS, definiu-se pela organização de uma equipe de acolhimento, composta pelos profissionais de nível superior, por uma técnica e auxiliares de enfermagem, para oferecer a escuta dos usuários. Os médicos ficaram na retaguarda, ou seja, atendendo nos consultórios os usuários encaminhados pela equipe de acolhimento. Eliminaram-se a ficha e a fila de madrugada, abrindo-se as portas da Unidade de Saúde, com atendimento a todos os usuários que a procurassem. Organizou-se a sala de espera, substituindo a recepção.

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.

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, consideram-se a enfermeira, a assistente social, a técnica e a 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. Contribuem nesse processo os protocolos, que orientam sobre os procedimentos a serem adotados pela equipe de acolhimento. Na UBS Rosa Capuche, por exemplo, os protocolos orientam o enfermeiro na prescrição de vários exames e medicamentos, o que aumenta em grande medida a resolubilidade deste profissional na assistência, favorecendo enormemente o fluxo dos usuários. No modelo anterior, por a assistência estar centrada no médico, o enfermeiro não realizava todo o seu potencial técnico, reduzindo sua capacidade de intervenção. Em estudo comparando este novo modelo com o do período anterior ao acolhimento, os dados de rendimento mostram que seu rendimento agora é aumentado em 600%.

Esse novo papel da enfermagem na Unidade de Saúde, com acolhimento, não se deu sem tensões. Subjacente a este processo está a disputa pela supremacia do saber e do poder no serviço de saúde, até então, monopólio médico. Como parte desse polêmico processo, registram-se pressões da Câmara de Vereadores contra o atendimento realizado pela enfermeira. 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 sua implantação.

É importante registrar que, além de utilizar todo seu arsenal técnico, a enfermeira, com a reorganização do processo de trabalho, vê-se dotada de maior autonomia na função que exerce. Essa autonomia deve ser entendida dialeticamente como a condição que o profissio-

nal tem de decidir sobre seu trabalho, como o exercício pleno do 'saber-fazer' no momento do procedimento assistencial.

Em relação à auxiliar de enfermagem, seu trabalho anterior à implantação do acolhimento resumia-se às atividades próprias da sua função (curativo, injeção, vacina, distribuição de medicamentos) e ao apoio aos médicos. 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.

A assistente social participa do acolhimento e coordena os grupos programáticos. Os programas, considerados atividade fundamental para garantir a integralidade da assistência, são fatores importantes na garantia do sucesso do acolhimento. Isto porque resolvem grande parte da demanda, com ações dirigidas para grupos prioritários de atenção à saúde.

No caso dos médicos, nota-se que seu processo de trabalho não foi modificado tanto quanto seria necessário para causar impacto na assistência, a partir da sua atividade específica. O trabalho destes profissionais foi organizado de tal forma que eles ficaram, às vezes, na retaguarda (consultas aos usuários encaminhados pela equipe de acolhimento) e, outras vezes, na equipe de acolhimento. Houve inclusive redução do agendamento, porém sem grande sucesso na sua inserção no novo modelo. O trabalho médico permanecia incólume à 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.

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 (Tabela 1). O rendimento será detalhado a seguir, com indicador específico.

b) Rendimento profissional.

Constata-se, pelos dados de produção/horas trabalhadas, o aumento extraordinário do rendimento da enfermeira e da assistente social (Figura 1), confirmando a tese de que estas profissionais, com a reorganização do processo de trabalho, utilizam todo o seu potencial

Tabela 1

Média mensal de atendimentos realizados pelos servidores da Unidade Básica de Saúde Rosa Capuche, nos anos de 1995 e 1996. Média mensal de horas trabalhadas e rendimento dos servidores.

Período	Média de atendimentos por mês	Horas trabalhadas
Março/95 a fevereiro/96	1.342	1.456/mês
Março/96 a fevereiro/97	4.455	1.665,7/mês
Acréscimo	(+ 332%)	(+ 14,4%)

Fonte: Franco, 1997.

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.

Como resolubilidade, neste caso, considera-se a solução encontrada pela equipe de acolhimento para as queixas, 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, a assistente social e as auxiliares de enfermagem.

Corroboram para a resolubilidade da equipe de acolhimento (Figura 2) 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, para efetivamente 'fazer' com base em determinado 'saber', adquirido na vivência da assistência ao usuário.

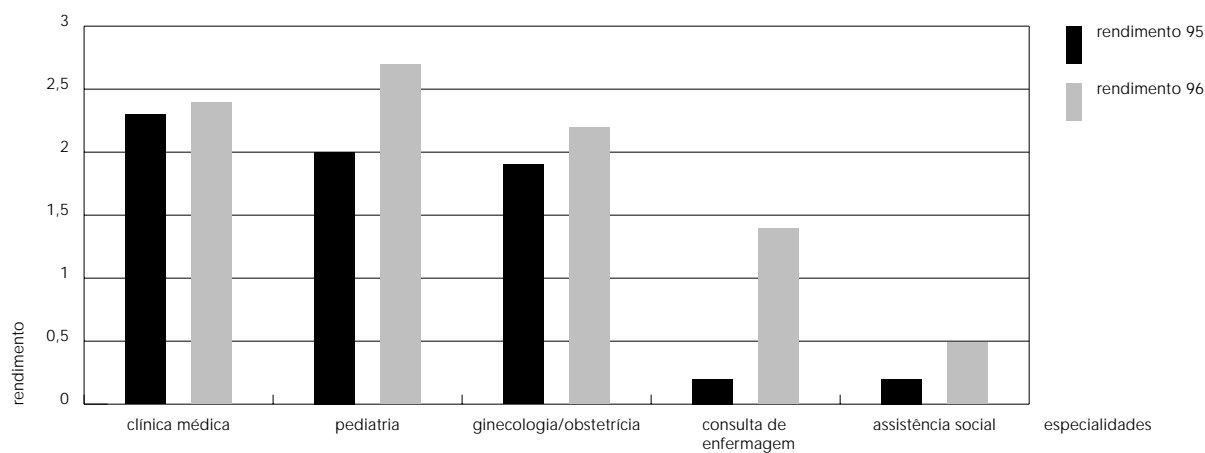
3) Utilização de protocolos, elaborados pela equipe técnica da UBS, os quais indicam a conduta a ser adotada diante dos problemas de saúde que mais se apresentam no acolhimento.

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, o que, no modelo tradicional, apresenta-se como um ato isolado, solitário.

5) Funcionamento dos grupos programáticos, que haviam deixado de funcionar no início da implantação do acolhimento, em razão da prioridade dada ao trabalho exclusivamente assistencial naquele momento específico.

Figura 1

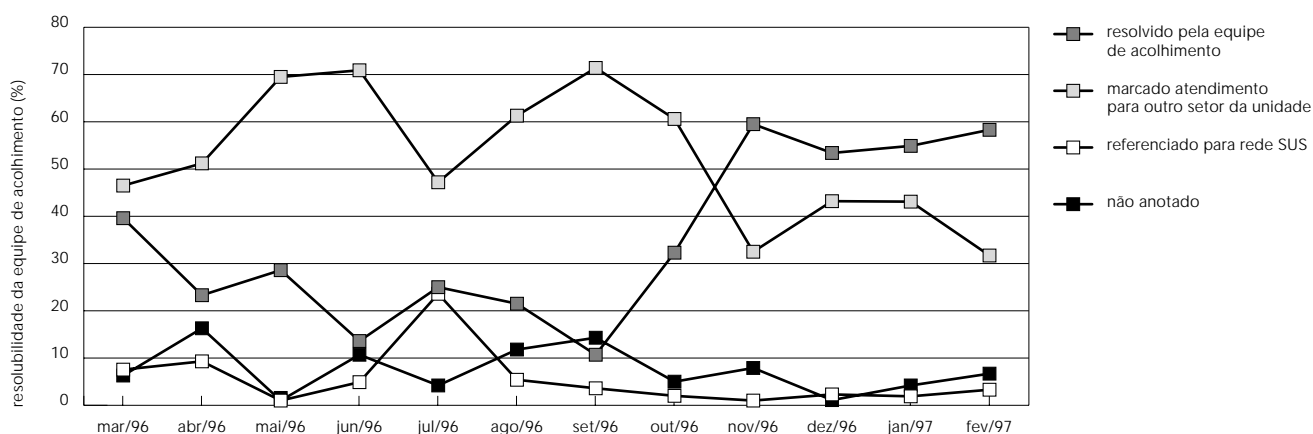
Rendimento dos profissionais de nível superior, da Unidade Básica de Saúde Rosa Capuche, por período de um ano, antes e após o Acolhimento.



Fonte: Franco, 1997.

Figura 2

Distribuição dos problemas de saúde que se apresentaram à equipe de acolhimento da Unidade Básica de Saúde Rosa Capuche, segundo a resolubilidade e encaminhamentos adotados, apresentados em frequência relativa, por períodos mensais.



Fonte: Franco, 1997.

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 se dá 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.

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 em que este adentrou a 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 os trabalhadores a assimilar um conhecimento importante acerca da sua realidade e da realidade institucional. Podemos dizer que eles adquiriram capacidade de auto-análise, o que lhes deu possibilidade de autogestão na organização do processo de trabalho e, por consequência, dos serviços. O Colegiado Gestor e o Fórum Saúde se tornaram assim, por excelência, dispositivos auto-analíticos e autogestores, que protagonizaram um processo instituidor e organizador no interior da Unidade de Saúde (Baremblit, 1992).

Associa-se a esse modelo de gestão o planejamento estratégico situacional, incorporado no instrumental de trabalho da Unidade de Saúde mediante a colaboração do Lapa-Unicamp e com a interferência do Grupo de Apoio à Gestão – GAG.

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.

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.

O acolhimento 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 autogestores, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão da Unidade.

Problemas de primeira hora

O primeiro problema enfrentado para a implantação do acolhimento diz respeito ao temor, próprio da condição humana, de encarar o novo, por excelência o desconhecido.

Vencida esta primeira dificuldade, o acolhimento chegou e encontrou uma Unidade de Saúde que vinha há muitos anos funcionando com reduzida oferta de serviços, baixa presença dos usuários por causa da inacessibilidade à Unidade, tendo, por consequência, incalculável demanda reprimida, não apenas para os serviços próprios da UBS, como também para os procedimentos especializados. Implantando o acolhimento, aqueles problemas anteriormente existentes no serviço apareceram de forma enfática, muito mais evidentes.

Olhando um pouco sobre alguns medos relacionados ao acolhimento, vale destacar aquele que se refere à falsa noção de que o mesmo faz com que a UBS torne-se um grande pronto-atendimento (PA). Em Belo Horizonte, onde o acolhimento já é uma realidade mais ampla e experimentada, o acolhimento permite, de fato, tornar a UBS em um verdadeiro estabelecimento de saúde onde se faça saúde pública, pois uma coisa é o uso do pronto-atendimento como um recurso a mais para abordar o usuário, e outra coisa é reduzir a UBS a um lugar exclusivo onde só se faz PA. Temos visto que o acolhimento tem levado 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.

1) A pequena inserção dos profissionais médicos no acolhimento.

2) O agendamento de consultas médicas permanece como uma questão crítica no serviço. A diretriz do acolhimento pressupõe agenda aberta para os casos que necessitem.

3) Um terceiro desafio é a conciliação do trabalho da assistência dentro da Unidade de Saúde com o trabalho externo.

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 que não se conseguiu incorporar o profissional médico a esse processo, a ponto de a 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; 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 superespecialização, 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, a 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 (Departamento de Medicina Preventiva e Social-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. Isto é 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” (Campos, 1997:235). Considera-se vínculo a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo.

O atendimento em saúde seria feito por meio 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 pudessem favorecer este objetivo, tais como 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 em 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 externo pode ser feito de duas formas. Na primeira, ele deve ser realizado pelas equipes multiprofissionais da Unidade de Saúde, que, ao responsabilizarem-se pela sua clientela, podem mobilizar recursos até mesmo de visitas e internações domiciliares, ou outros recursos, que se encontram juntos à comunidade.

A segunda forma diz respeito à vigilância à saúde. Esta deve estar combinada com o planejamento e gestão dos serviços de saúde e em perfeita sintonia com a realidade social, eco-

nômica, epidemiológica local, bem como com as necessidades dos usuários da região. Este trabalho deve ser executado por uma equipe, auto-intitulada Equipe de Saúde Pública, formada especificamente com esse objetivo, podendo atuar vinculada a uma ou a várias unidades de uma mesma região da cidade.

Essas 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 para todos, equidade, integralidade das ações, eficácia, com atendimento de qualidade e humanizado e sob controle social.

Referências

- BAREMBLIT, G., 1992. *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos.
- CAMPOS, G. W. S., 1997. Subjetividade e administração de pessoal. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 229-266, São Paulo: Editora Hucitec.
- FRANCO, T. B., 1997. *Acolhimento: Diretriz do Modelo Tecno-Assistencial em Defesa da Vida*. Trabalho apresentado à Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul, Fundação Osvaldo Cruz. (mimeo.)
- MERHY, E. E., 1997a. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 71-112, São Paulo: Editora Hucitec.
- MERHY, E. E., 1997b. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 197-228, São Paulo: Editora Hucitec.