

O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)¹

Túlio Batista Franco
Professor Dr. Da Universidade Federal Fluminense.

Wanderlei Silva Bueno
DMPS/Unicamp.

Emerson Elias Merhy
Prof. livre docente pela Unicamp.

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, à dois, se produz em um espaço intersessor ² no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se: a da tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves ³.

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 intervenções, 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.

¹ Resumo do artigo de mesmo título publicado no “Cadernos de Saúde Pública – Nº 15”, ENSP – Rio de Janeiro, junho-1999 e no livro O TRABALHO EM SAÚDE de Merhy, E.E.; Franco, T.B. et al, HUCITEC, São Paulo, 2003.

² Veja Merhy, E.E.- “Em busca de ferramentas...” in Merhy, E.E e Onocko, R. (orgs.) - Agir em saúde. Um desafio para o público, Hucitec, 1997, São Paulo.

³ Idem

Estes processos intersessores - 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 uma 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 intersessores 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 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 ⁴, 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

4 O momento inicial deste estudo se fez por um esforço de Tulio Batista Franco, que coincidente com a II Convocatória de Investigação em Serviços de Saúde, feita pela Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul, que então, se propunha a apoiar projetos de pesquisa nesta área, propôs um Projeto de Pesquisa, sob o título “Acolhimento, diretriz do modelo tecno-assistencial em defesa da vida”, cujo objeto de estudo circunscreveu-se à nova diretriz do modelo assistencial, “Acolhimento”, a ser estudado na Unidade Básica de Saúde Rosa Capuche, situada no Bairro Jardim Petrópolis, Betim-MG.

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	ADOLESCENTES	> 35
TOTAL	MASCULINOS	FEMININAS	ANOS	TES	ID. FÉRTIL	CENTES	ANOS
10.256	5.069	5.186	249	410	3333	2355	2544

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.

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.
2. As pessoas que procuravam a Unidade de Saúde, majoritariamente o faziam em busca da consulta médica, estrangulando completamente este serviço, mesmo que esta não fosse uma necessidade verificada.
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.

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%.

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.

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.

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 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. 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.

No caso específico dos médicos, seu trabalho foi organizado de forma que este ficou às vezes na retaguarda (consultas aos usuários encaminhados pela equipe de acolhimento), outras vezes na equipe de acolhimento. Houve redução do agendamento, deixando a agenda mais livre para atendimento àqueles usuários que buscavam a Unidade de Saúde com necessidades urgentes.

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.

“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”.
(Enfermeira da UBS Rosa Capuche).*

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

Nº de consultas realizadas

Nº 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.

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.

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.

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 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.

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.

*“...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”.*

(Gerente da UBS Rosa Capuche).

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 dificuldade de adesão dos profissionais médicos ao Acolhimento.
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.

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.

Desafios para a consolidação da inversão do modelo assistencial

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 consequentemente 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. Os médicos, embora ficassem ainda um pouco aprisionados na lógica de trabalho centrado em “agenda/consulta”, vivenciaram uma certa mudança do seu processo de trabalho, especialmente na maior interação com a equipe e abertura da agenda aos usuários.

Propõe-se que o Vínculo enquanto outra diretriz do modelo tecnoassistencial, seja implantado associado ao Acolhimento, complementando o 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 (Campos, 1994). Isto 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. O cuidado deverá ser feito através da definição de projetos terapêuticos, considerando o risco de cada usuário e tendo um “gestor do cuidado” indicado pela equipe, como propõe Merhy.

BIBLIOGRAFIA

1. Baremblit, G.; Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes; Ed. Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, 1992.
2. Bueno, W. S.; “Betim: construindo um gestor único” in Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.) - Agir em Saúde. Um desafio para o público, Hucitec, São Paulo; 1997.
3. Campos, G.W.S.; Reforma da Reforma, repensando a saúde; Hucitec, São Paulo, 1994.
4. Campos, Gastão W. S.; “Subjetividade e administração de pessoal” in Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.) - idem; ibidem.
5. Cecílio, L. C (org.); Merhy, Emerson; Campos, Gastão W. S.; 1994; in Inventando a Mudança na Saúde; Hucitec, São Paulo.
6. Merhy, E. E. & Onocko, R. (orgs.); Agir em Saúde, um Desafio para o Público; Hucitec, São Paulo, 1997.
7. Merhy, E.E. “ Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde” in Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.) – Op. Cit.
8. Merhy, E.E. “A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas” in Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.) - idem; ibidem.
9. Merhy, E.E.- “Em busca de ferramentas...” in Merhy, E.E e Onocko, R. (orgs.) - idem; ibidem.