ACOLHIMENTO: UMA PROPOSTA INACABADA?

RECEPTION: AN UNFINISHED PROPOSAL?

Heloisa Helena Silva Moreira
Mestre em Administração Pública. Analista de Políticas Públicas.
Psicóloga Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Correspondência
Rua Bernardo Guimarães 1581 apto. 808
Bairro de Lourdes
Belo Horizonte, MG
CEP. 30140.081
e-mail: heloisahelenasm@yahoo.com.br

RESUMO
Este trabalho analisa a formulação e implantação da proposta de acolhimento nas Unidades de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde - SUS no município de Belo Horizonte no período de 1993 a 1996 e tenta compreender a notável distância entre a proposição e a execução da proposta neste município. Usando contribuições teóricas do campo temático das Políticas Públicas na análise do contexto político-administrativo em que se desenvolveu a proposta, e utilizando as informações obtidas na pesquisa de campo com os principais idealizadores da proposta e alguns trabalhadores e usuários, foram identificadas, na sua formulação e implantação, informações que ajudam a entender a distância observada.

PALAVRAS-CHAVE
Acolhimento. Centros de saúde. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT
This work not only analyzes the formulation and implantation of the reception proposal in the Primary Health Care Units in Belo Horizonte during the period of 1993-1996 but also tries to understand the remarkable distance between the proposition and its execution. According to theoretical contributions of the public policies scope applied to the analysis of the administrative and political context in which this proposal was achieved and the data obtained through field research interviews carried out with the main proposal idealizers, some workers and a few beneficiaries, findings that have helped to understand the distance observed between the formulation and implementation were met.

KEY WORDS
User reception. Health centers. Health services accessibility.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu das reivindicações dos brasileiros por melhores condições de saúde. Para atendê-las foi desenvolvida uma arquitetura institucional que as garantisse e foram sendo implantadas estratégias que corrigissem desigualdades e iniqüidades criadas e mantidas pelo sistema anterior que atendia mais aos interesses privados do que as necessidades da sociedade. Para evitar a iatrogenia dos órgãos de saúde a nova orientação era no sentido de intervir para diminuir as desigualdades existentes, melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. A proposta de acolhimento foi uma dessas estratégias e nas Unidades de Atenção Primária do SUS em Belo Horizonte teve por objetivo garantir o acesso.

O problema que se pretendia solucionar com a proposta de acolhimento se manifestava em enormes filas durante as madrugadas e bem cedo, de manhã, às portas dessas unidades. Essa situação era, indubitavelmente, injusta e desumana e muitas vezes, ocupou o noticiário local por serem frequentes as queixas dos usuários e dos trabalhadores sobre o atendimento deficiente nessas unidades. Esta era uma necessidade social da qual as autoridades públicas do município não podiam escapar. Então não foi gratuitamente, ou por acaso, que este "estado de coisas" se tornou de interesse público e passou a constar na agenda do governo local.

Os regimes democráticos que defendem a alimentação, habitação, educação e saúde pública com um discurso fortemente retórico podem ser submetidos a grandes pressões no sentido de estender os benefícios sociais aos amplos setores da população aos quais se dirigem, e que foram, tradicionalmente, ignorados por governos mais elitistas e autoritários, traduzindo-os, rapidamente, em recompensas políticas tangíveis que demonstrem o seu compromisso com esses segmentos (GRINDLE, 1992).

A repercussão política das filas da madrugada, desencadeada pela mídia, gerou forte pressão sobre a administração municipal e pode ter sido uma variável importante para os gestores do nível central optarem por *abrir as portas* dessas unidades. É provável que esta escolha tenha envolvido cálculos relacionados à disponibilidade de recursos e à definição de prioridades.

Entretanto, para ampliar e humanizar o acesso e acabar com as filas de espera, medidas complementares se faziam indispensáveis como, por exemplo, a garantia de consultas especializadas, o aumento dos leitos hospitalares, a continuidade e maior diversidade na oferta de medicação, o aumento e capacitação do contingente de profissionais. Porém, estas medidas demandariam demoradas negociações com outros níveis de governo e custos muito mais altos.

A *porta aberta* estabeleceu o laço benfeitor/beneficiado traduzindo-se em uma recompensa política tangível: a imediata entrada no serviço. Mas a entrada no serviço não significa, necessariamente, acesso. A obtenção do cuidado necessário à saúde pelo uso dos serviços sempre que houver um problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema, é o que, a rigor define acessibilidade. É a obtenção deste cuidado que concretiza o acesso.

JUSTIFICATIVA

A proposta de acolhimento surgiu, em Belo Horizonte, num contexto de grandes mudanças iniciadas pelo governo da Frente-BH-Popular que alimentou muitas expectativas ao anunciar novos rumos para o período para o qual foi eleita - 1993 a 1996. No intuito de

atendê-las, vários projetos e programas foram desenvolvidos nos diversos órgãos e secretarias municipais tendo em vista a prioridade para aquela gestão: a criança. Na Saúde, uma das áreas mais destacadas no plano de governo, uma das questões que reclamava uma nova orientação era o alto índice de mortalidade infantil do município.

Um grupo de discussão foi criado no nível central da Secretaria Municipal de Saúde - SMSA da Prefeitura de Belo Horizonte - PBH visando solucionar este problema. A conclusão desse grupo foi que o acesso estava sendo barrado por uma regra que estipulava um número pré-determinado de consultas, atendidas por ordem de chegada, em respeito a um acordo burocrático firmado com o Sindicato dos Médicos, mas também, por uma compreensão, por parte dos trabalhadores destas unidades, de que não lhes cabia atender urgências, ou seja, casos agudos que eram identificados por eles como urgências.

Estes problemas foram encaminhados à IV Conferência Municipal de Saúde que votou, segundo Queiroz (1998), a proposta de elaboração e implementação de um projeto que tivesse como prioridade o atendimento ao agudo em todos os Centros de Saúde[1]. A proposta foi eleita como a prioridade da Saúde naquela conferência. Assim teve início, em 1994, o Projeto Vida cujas ações se voltaram para a reorganização da assistência à gestante e à criança no município.

No entanto, no I Seminário de Avaliação do Projeto Vida constatou-se que as dificuldades de acesso aos Centros de Saúde e de priorização do agudo ainda persistiam, continua Queiroz (1998). Tanto que, no II Seminário de Avaliação deste mesmo projeto a principal proposta referia-se à formulação de uma nova forma de organização dos serviços. Esta nova proposta foi chamada, posteriormente, acolhimento, e pretendia *abrir a porta* dos Centros de Saúde na expectativa de solucionar as dificuldades de acesso e acabar com as filas à porta dessas unidades.

A despeito do empenho da SMSA/PBH para institucionalizar o acolhimento, concretizado em apresentações do tema em seminários para toda a rede, nas discussões em reuniões regulares com os gestores e em farta documentação sobre sua conceituação e importância, sua metamorfose distanciou a proposta da definição e dos princípios defendidos no seu desenho original. De fato, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte, o acolhimento vem acontecendo no formato de um procedimento, dentro de um limite temporal e espacial designados como *horário e sala do acolhimento* e vem sendo executado por trabalhadores *escalados para acolher*. Saber por que o acolhimento não se institucionalizou da forma como foi concebido e assumiu essa forma ritualizada é a finalidade deste trabalho.

A pesquisa de campo, com entrevistas semi-estruturadas, foi utilizada primeiramente com três atores que participaram ativamente da construção da proposta: dois gestores e um consultor. Posteriormente, foi entrevistada uma equipe de PSF de cada uma das duas Unidades de Atenção Primária, nas quais a prática do acolhimento foi apontada, pelo nível central da SMSA/PBH, como mais próxima e mais distante da proposta. Para ouvir alguns usuários foi utilizado o método de saturação nas entrevistas semi-estruturadas.

A pesquisa realizada possibilitou conhecer, concretamente, como está sendo desenvolvido o acolhimento nas Unidades de Atenção Primária do SUS em Belo Horizonte nos dias atuais. Foram analisadas sua formulação e implantação procurando obter informações que

[1] Centro de Saúde é outra denominação para Unidades de Atenção Primária.

pudessem explicar o distanciamento de sua concepção original.

A FORMULAÇÃO DA PROPOSTA

A experiência prévia de um dos componentes do grupo de discussão do nível central da SMSA/PBH com o Projeto Porta Aberta na cidade de Ipatinga, Minas Gerais, e o estudo que este grupo vinha desenvolvendo a respeito do Modelo de Defesa da Vida de Campinas, São Paulo, considerados bem sucedidos por este grupo de discussão, passaram a fundamentar e pautar a formulação do acolhimento. Este tipo de referência, segundo Carneiro (2004), não se apresenta como uma boa credencial para substituir a previsão e dedução teóricas como ferramentas na produção do conhecimento. Esta pode ter sido uma das razões porque a proposta de acolhimento tomou rumos indesejáveis e inesperados tornando o que vem sendo praticado inaceitável, segundo as Recomendações para Organização da Atenção Básica na Rede Municipal SMSA/PBH-2003.

Outra razão para as dificuldades de concretização da proposta de acolhimento parece estar relacionada às falhas na própria concepção da estratégia. Ela não define claramente seus princípios e objetivos e não aponta indicadores claros e precisos dos resultados e impacto. Inicialmente associada ao Projeto Vida, um projeto da clínica pediátrica que tinha como objetivo a priorização do agudo com vistas a reduzir a mortalidade infantil, a estratégia de acolhimento foi, após várias deliberações das Conferências Municipais, se difundindo para outras clínicas e ampliando seus objetivos para universalização do acesso e humanização do atendimento (QUEIROZ, 1998).

A compreensão do que trata realmente o acolhimento, se priorização de crianças em processo agudo, se recepção do usuário ou uma postura acolhedora em todas as atividades parece ter dificultado, sobremaneira, sua prática. Para Queiroz, no entanto, um dos principais motivos das controvérsias em relação à proposta de acolhimento reside no fato de que os problemas que ela se propõe resolver são tão amplos que a estratégia torna-se insuficiente para abordá-los, tornando a sua solução impossível.

Pode-se perceber também, através das declarações dos idealizadores do acolhimento que a formulação da proposta desenvolveu-se de acordo com o modelo vertical de formulação de políticas, ou seja, *up down*, de cima para baixo, do grupo gestor do nível central da SMSA/PBH para os outros níveis.

> Começamos a pautar essa discussão e dentro disso foi gestada a concepção do acolhimento. A concepção do acolhimento ela foi dentro de um grupo gestor. Foi dentro do grupo gestor do Projeto de Vigilância à Mortalidade Infantil. (Informação verbal)[2]

Segundo Molina (2002), a construção de uma política envolve diferentes visões e interesses que, diga-se de passagem, são responsáveis por uma boa dose de conflitos. Por isto a definição do problema, a geração e seleção da alternativa de ação, fatores fundamentais para conferir sustentabilidade e legitimidade à política devem se desenvolver de forma transparente e consensual. No modelo vertical, no entanto, a política decide e a administração implementa. Na verticalidade do modelo está implícito que, à medida que se desce na aplicação da política, ou seja, do nível central para a base, as atividades vão perdendo força e interesse e os envolvidos em sua aplicação se sentem desvinculados da proposta e descomprometidos com os seus resultados.

[2] Entrevista dos idealizadores do acolhimento à autora. Brasília/Belo Horizonte, Novembro de 2005.

A verticalidade do modelo de construção da proposta de acolhimento contribuiu de forma decisiva para o envolvimento parcial e comprometimento insuficiente dos trabalhadores porque, principalmente aqueles que deveriam implementá-la, os trabalhadores de base, não participaram da definição do problema nem da construção de sua solução. O grupo de discussão do nível central da SMSA/PBH já havia definido que o problema era acesso. Para este grupo a solução para o acesso parecia ser sinônimo de porta e agenda abertas e, baseados em experiências anteriores, definiram a estratégia de acolhimento para solucioná-lo.

> Na verdade, a equipe dirigente da Secretaria, ela identificava o problema e ela também sabia qual ia ser é... se o problema é acesso você tem que mexer na estratégia de trabalho. Então a gente, de alguma forma já tinha também como. (Informação verbal)[3]

Na Plenária Municipal de Saúde em maio de 1998 ficou decidido, sob um clima bastante conflituoso, que a continuidade do acolhimento não seria colocada em votação por não existir informação suficiente sobre seus resultados. O documento que continha as propostas dos trabalhadores era pessimista em relação à proposta de acolhimento: reivindicava a solução de sua continuidade. Mas esse documento não foi encaminhado para discussão nesta Plenária sob a alegação de que não era representativo dos trabalhadores (QUEIROZ,1998).

Em algumas entrevistas, os atuais trabalhadores de base revelam, de forma muito clara, como eles percebem a proposta de acolhimento nas Unidades de Atenção Primária nos dias de hoje:

> É muito serviço burocrático. A gente não tem tempo para trabalhar a intersetorialidade que é o que poderia fazer alguma diferença no morro. Outro estrangulamento é a deficiência das especialidades. As deficiências da saúde eles jogam prá cima da gente e o paciente vem discutir e queixar do serviço aqui. Às 7 horas da manhã a gente chega e aquela quantidade de gente... tem que ser rápido e não dá prá ser de qualidade. O problema de atender muito rápido é que muitas vezes eu vejo um outro problema, por exemplo, de alimentação, e não dá tempo de abordá-lo. Este problema irá aparecer 10 anos depois. Então, medicina preventiva não dá prá fazer. A parte mais difícil que tem na unidade é o acolhimento. Em toda unidade o que mais atormenta é o acolhimento. Tinha que estipular um número de consultas por dia. Passa umas 40 pessoas por dia pelo acolhimento. O usuário fica insatisfeito, o médico fica insatisfeito porque não tem como atender bem, fica uma consulta muito corrida. (Informação verbal)[4]

Na visão dos usuários a situação não é muito diferente. Suas declarações, de certa forma, fazem uníssono com as declarações dos trabalhadores:

> É muito rápido. Não dá pro médico saber o que a gente tem. Tinha que ter mais agentes para atender; tem vez que a gente fica muito tempo esperando. A Dra. sempre está muito cheia. Tenho dó dela. Por que a consulta especializada demora tanto? Acho que devia melhorar a consulta especializada. Às vezes a gente precisa com urgência e demora 6 meses ou 1 ano. (Informação verbal)[5]

[3] Entrevista dos idealizadores do acolhimento à autora. Brasília/Belo Horizonte, Novembro de 2005
[4] Número médio diário por cada equipe de saúde da família.
[5] Entrevista dos trabalhadores à autora. Belo Horizonte, Maio de 2006.

O Estudo de Demanda do Acolhimento do Centro de Saúde Pedreira Prado Lopes (2004) entrevistou 224 usuários dos quais 46,4% consideraram a demora no atendimento como o fator de maior aborrecimento, 18,3% sugeriram aumentar o número de profissionais na unidade e 15,2%, melhorar a agilidade no atendimento. Estes percentuais são significativos mesmo se considerados isoladamente. Pode ser facilmente verificado, no entanto, que essas três categorias de respostas estão tratando da mesma questão: a demora no atendimento. Desta forma, somando-se estes percentuais eles tornam-se ainda mais significativos.

Pressupor que a formulação de uma política se baseia num diagnóstico essencialmente correto, obtido por um modelo causal válido, sustentado por todas as informações necessárias pode constituir um equívoco do *policy cycle*. Muito freqüentemente, os modelos causais não levam em conta o fenômeno em si, mas determinados fatores que atuam sobre ele e provocam sua redução ou aumento. Um modelo causal equivocado implica um diagnóstico incorreto da situação e terá como conseqüência distorções na formulação da política (SILVA ; MELO, 2000).

No que se refere ao modelo causal da proposta de acolhimento pode-se perceber, nas entrevistas dos idealizadores, que o problema acesso aparece vinculado ao número limitado de consultas pré-determinadas. "*Garantir* e *ampliar o acesso que era limitado por um número de consultas pré-determinado*. (Informação verbal)[6]. Ao fazê-lo, fica estabelecida uma causa para a dificuldade de acesso aos serviços das Unidades de Atenção Primária do SUS em Belo Horizonte: as consultas médicas limitadas. Porém, tendo-se em conta que a demanda é sempre maior que a oferta nas unidades de saúde pública em todos os países e que a possibilidade de atender a todos é sempre muito limitada, as consultas médicas negociadas em Belo Horizonte podem ter funcionado como uma tentativa de viabilizar o atendimento numa organização de trabalho que era centrada na consulta médica.

Portanto, o número de consultas médicas limitadas a 12, por efeito de um acordo com o Sindicato dos Médicos, apenas aumentou a dificuldade de acesso. O fenômeno em si, dificuldade de acesso aos serviços de atenção primária à saúde, não foi solucionado com a abertura da agenda do médico. A abertura desta agenda solucionou o problema das filas da madrugada, deu destaque ao critério de risco e desencadeou um processo de melhor aproveitamento do potencial da maioria dos trabalhadores que eram subutilizados na assistência, melhorando o fluxo de trabalho nas unidades. A abertura da agenda médica foi o *start* para outras mudanças que redundaram na melhoria da assistência.

Porém, nestas unidades foram e ainda são oferecidas condições em que

> [...] receber o paciente o dia todo não é possível. Como a gente recebe um número muito grande de pacientes por dia a gente não dá conta de atender todo mundo e isto está gerando tumulto.(Informação verbal)[7].

De fato, o acesso é uma variável dependente de múltiplos fatores e é disto que advém a sua complexidade. Tanto assim que, tendo havido crescimento nos recursos investidos, tanto municipais quanto federais, foi possibilitada a ampliação dos serviços e a melhoria do acesso.

A folha de pagamento, por exemplo, passou de 15,9 milhões em 1993 para 121,6 milhões em 1997. O investimento em recursos

[6] Entrevista dos idealizadores do acolhimento à autora. Brasília/Belo Horizonte, Novembro de 2005.
[7] Entrevista dos trabalhadores à autora. Belo Horizonte, Maio de 2006.

humanos se deu por concurso e terceirização e significou um aumento dos postos de trabalho de 6432 em dezembro de 1992 para 9685 em fevereiro de 1997 – um acréscimo de 50,2% - além do aumento na compra de medicamentos (MALTA, 2001).

Portanto, o acesso não implica apenas que a porta da unidade e a agenda fiquem abertas durante todo o dia. Esta abertura tem que resultar, efetivamente, na entrega de um serviço. A ênfase no número de consultas negociadas junto à categoria médica, no entanto, colocou como coadjuvantes os fatores que poderiam ser, de fato, os protagonistas da falta de acesso, obscurecendo a compreensão e análise do contexto responsável pelas intermináveis filas nas Unidades de Atenção Primária *[...] não se trabalhou muito aprofundadamente, pelo menos que eu me lembre, no levantamento de causas do problema*. (Informação verbal)[8].

E, quanto ao pacto sobre o papel da atenção básica a que se referiu um dos gestores entrevistados, seu fundamento parece residir no fato de que a condição de saúde da população-alvo atendida no SUS pode transformar um resfriado, repentinamente, em pneumonia, o que torna o atendimento do agudo um caso potencial de urgência. Como o atendimento de urgência não é competência das Unidades de Atenção Primária e essas unidades não dispõem do equipamento necessário para fazê-lo, um dos maiores receios desses trabalhadores é que um paciente venha a óbito. Além do ônus emocional que isto pode representar para o trabalhador, paira o tempo todo sobre eles a ameaça de denúncias ou processos por negligência ou imperícia, mesmo na ausência de um óbito.

A IMPLANTAÇÃO DA PROPOSTA

Quanto à implantação da proposta de acolhimento nas Unidades de Atenção Primária do SUS em Belo Horizonte, ela parece ter se desenvolvido, também, de acordo com o modelo vertical de implantação de políticas. Ou seja, do grupo gestor do nível central da SMSA/PBH para os outros níveis. "Na implantação tem uma coisa que é o ator dirigente, né? Que move isto, que puxa." *[...] a implantação é essencialmente uma diretriz desse grupo dirigente [...]. "É uma proposta da direção, e isto tem que ficar bem claro" [...]* (Informação verbal)[9]. Desta forma, a implantação da proposta de acolhimento parece ter se desenvolvido também *top down*, de cima para baixo.

Parece ter se fundamentado na suposição ingênua e irrealista de *um mecanismo operativo perfeito* que pode assegurar a fidelidade de implantação da política ao seu desenho original *como um jogo de uma só rodada*. Porém, muitas mudanças foram acontecendo ao longo do processo de implantação do acolhimento em Belo Horizonte e seus resultados se mostraram diferentes daqueles esperados na proposta original. Todavia, resultados diferentes do esperado e desviados do desenho original não são, necessariamente, indesejáveis. Se, ao contrário, essas mudanças no desenho e nos resultados tivessem sido percebidas como uma sinalização para a necessidade de adaptações da proposta, isto poderia ter contribuído para enriquece-la e adequá-la às mudanças do contexto.

Na visão estratégica da implantação de políticas, a idéia de rota como trajetória pré-concebida é, segundo Silva e Melo (2000), substituída pela compreensão que decisões autônomas induzem um processo de aprendizagem

[8] Entrevista dos idealizadores do acolhimento à autora. Belo Horizonte, Outubro 2005.
[9] Entrevista dos idealizadores do acolhimento à autora. Belo Horizonte, Outubro 2005.

na implantação que tanto pode contribuir para reformular como pode também, no seu limite, levar à reversão ou substituição da política.

Pelo fato de envolver mudanças de valores, atitudes e comportamentos do trabalhador de saúde objetivando a sua interação com o usuário, a proposta de acolhimento acarreta custos e riscos pessoais e, por esta razão, é altamente dependente da cooperação desses trabalhadores. De acordo com Nogueira (1998), as políticas que envolvem mudanças de valores, atitudes e comportamentos dependem de um longo tempo para sua execução e por isto requerem, dos seus atores, um compromisso continuado, mesmo quando os resultados não são imediatamente visíveis. Por esta razão, é muito importante que seja dada uma considerável atenção também à questão da motivação durante a sua execução.

A implantação de políticas públicas sempre envolve também perdas ou ganhos, concentrados ou difusos, que atingem os atores nela envolvidos. Se as perdas ou ganhos convergem para um universo de atores cujo número é irrestrito

isto é menos significativo para o seu êxito. Porém, se as perdas ou ganhos convergem para um grupo delimitado e específico de atores, o êxito dessas políticas dependerá de estratégias de apoio e compensação das perdas (MENY; THOENIG,1992).

O princípio do acesso universal e a proposta de acolhimento situam os usuários do SUS no grupo de atores cujo número é irrestrito. Esse grupo obteve ganhos com a priorização do agudo, com a abolição das senhas e do comércio de lugares nas filas e o término das filas da madrugada. Todavia, o que parece ter colocado em risco o êxito da proposta de acolhimento foi o fato de o grupo, específico e limitado, de trabalhadores das Unidades de Atenção Primária ter qualificado os custos e riscos pessoais inerentes à proposta de acolhimento como perdas.

A perda mais significativa sofrida por este grupo foi a extinção do número limitado de atendimentos diários, 12 consultas por turno, ou seja, a perda da autonomia burocrática que lhes possibilitava a organização do próprio trabalho. Parece que eles vêm tentando recuperá-la através da "ritualização do acolhimento". Horário, dia, local e equipe de acolhimento possibilitam a retomada da organização e planejamento da demanda que chega até às Unidades de Atenção Primária diariamente.

> Acolhimento não tem número, e quando você tem outras coisas para fazer, fica difícil. Temos que ter horário para acolhimento, senão não damos conta. O Acolhimento é primordial para organização. Eu vejo acolhimento como planejamento. (Informação verbal)[10]

Por pressupor custos, riscos e perdas pessoais para os trabalhadores a sustentabilidade da proposta de acolhimento dependeria do envolvimento e da adesão destes trabalhadores desde o momento da definição do problema até à avaliação dos resultados e impactos. Sendo assim não foi suficiente que a proposta de acolhimento tivesse se tornado um projeto de governo, embora seja indiscutível que a adoção de uma política pelo governo é, e sempre será, fundamental para a sua sustentação. Envolvimento e adesão são obtidos em espaços híbridos de definição dos problemas nos quais a tolerância ao dissenso é calculada coletivamente e a análise sobre a natureza do *trade off* implicado nas decisões é compartilhada. Os trabalhadores das Unidades de Atenção Primária do SUS em Belo Horizonte não participaram da definição do problema: o aces-

[10] Entrevista dos trabalhadores à autora. Belo Horizonte, Maio de 2006.

so. E nem da escolha da estratégia para sua solução: a decisão de abrir a porta e as agendas dessas unidades.

Desde a definição do problema até a sua implantação, a proposta de acolhimento esteve, predominantemente, associada à questão da organização e melhoria do processo de trabalho. Portanto, é de se esperar que ela continue sendo, predominantemente, utilizada como organizador do fluxo e planejamento do trabalho. Porém, a qualificação da relação trabalhador-usuário com vinculação responsável e o refinamento da escuta também são mencionados como objetivos da proposta de acolhimento.

Ao adotar diretrizes e ações mais participativas, descentralizadas e focalizadas a reforma da saúde no Brasil privilegiou as Unidades de Atenção Primária como porta de entrada do sistema de saúde. Localizadas, em sua maioria, dentro do próprio território de vida e trabalho das pessoas, ou o mais próximo possível dele, esta proximidade geográfica encurta as distâncias entre trabalhadores e usuários e, não garante, mas facilita uma aproximação física e emocional que, dificilmente, poderia ser obtida de outra forma.

A utilização da territorialização e adscrição para organização e dimensionamento das áreas de abrangência das Unidades de Atenção Primária, estratégias do Programa de Saúde da Família – PSF, promoveu maior verticalidade no conhecimento dos usuários, elemento essencial à qualificação da relação trabalhador-usuário, possibilitando assim, a vinculação responsável e o desenvolvimento de uma cultura de pactuação e responsabilização das equipes de saúde pelo círculo de cuidado.

> A complementariedade encontrada nas propostas do PSF e do acolhimento é fato a se destacar. A territorialização parece ajudar sobremaneira a um acolhimento formador de vínculos (SILVA; PEREIRA, 2003, p.15).

CONCLUSÃO

A proposta de acolhimento tem a finalidade de permitir que o usuário fale de seus anseios, seus desejos, seus sonhos, suas crenças, seus valores, das relações com seus semelhantes, com o seu meio e com a vida. Ainda que num contexto de distribuição massiva do benefício, como é o caso do SUS, esta tarefa exige do trabalhador da saúde uma escuta especializada, individualizada e personalizada apoiada em um elevado grau de autonomia discricionária.

Essa escuta implica habilidades tão complexas e tantas obrigações comparadas aos recursos disponíveis que os trabalhadores de base necessitam determinar, eles mesmos, as suas prioridades. E é justamente devido a essa complexidade que as regras e instruções não podem representar, para esses trabalhadores, uma limitação de alternativas. Assim, afirma Lipsky (1996), os trabalhadores de base podem considerar legítimo o direito de estabelecer suas próprias regras e, ilegítimos, os objetivos das políticas elaboradas por seus superiores. Isto faz com que a discricionariedade e a não conformidade passem a ser as principais características do seu trabalho.

Este elevado nível de autonomia acabou criando um estilo individual de atuação que foi sendo incorporado ao comportamento da organização alterando assim, o desenho original da proposta de acolhimento. Esta pode ser a forma encontrada pelos trabalhadores das Unidades de Atenção Primária do SUS em Belo Horizonte de participar da formulação desta política de acesso, já que não participaram da sua elaboração.

Essa é uma questão paradoxal, pois, o não cumprimento de ordens superiores é uma maneira que os trabalhadores de base encontram de fazer frente às pressões que sofrem para seguir normas que, muitas vezes, desconsideram as peculiaridades do seu trabalho. Através

desse comportamento, que aparentemente poderia ser interpretado como contrário aos objetivos da organização, continua Lipsky (1996), esses trabalhadores tornam possível a sobrevivência da própria organização.

À primeira vista, a ritualização do acolhimento poderia ser interpretada como contrária aos objetivos da SMSA/PBH. Mas, de fato, ela pode estar funcionando como um mecanismo de balizamento que os trabalhadores das Unidades de Atenção Primária utilizam para controlar o fluxo de entrada no sistema de saúde pública do município, evitando o seu colapso, alongando sua sobrevida, e tornando possível a sua continuidade ao mantê-lo em níveis suportáveis.

Porém, o que mais se destacou na análise da formulação e implantação da proposta de acolhimento nas Unidades de Atenção Primária do SUS em Belo Horizonte foram as dificuldades de institucionalização decorrentes do fato de esses dois processos, mas principalmente a formulação, terem se dado *up down*, de cima para baixo, do grupo gestor do nível central da SMSA/PBH para essas unidades.

Foram identificadas informações que levam a pensar que a ritualização do acolhimento é uma tentativa dos trabalhadores de resgatar a autonomia que foi perdida com a implantação do acolhimento. Pode-se concluir, portanto, que a proposta de acolhimento atingiu o nível de uma solução possível em contraposição à alternativa mais eficiente. Ela é a modificação relativa do perfil da situação anterior, e também é aquilo que o dissenso pode tolerar.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde **Recomendações para a Organização da Atenção Básica na Rede Municipal**. Belo Horizonte: 2003. 25 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH:** acolhimento com classificação de risco. Brasília/DF, 2004. 44 p.

CARNEIRO, Ricardo. O planejamento na esfera pública: fundamentos teóricos, possibilidades e limites operacionais. In: CARNEIRO, Carla Bronzo; COSTA, Bruno Lazzarotti Diniz. **Gestão Social**: o que há de novo? Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004. p. 47-68. v. 2, cap. 3

EQUIPE DE SAÚDE DO CENTRO DE SAÚDE PEDREIRA PRADO LOPES. Estudo de demanda do acolhimento do Centro de Saúde Pedreira Prado Lopes. In: SEMINÁRIO ATENÇÃO BÁSICA SUS. 2004, Belo Horizonte. **Resumos**.. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2004. p. 5.

GRINDLE, Merilee S. Restricciones políticas en la implementación de programas sociales: la experiencia latinoamericana. In: KLIKSBERG, Bernardo (Org.). **Como enfrentar la pobreza?** Aportes para la acción. Grupo Editor Latinoamericano, 1992. p. 109-125.

GUIMARÃES, Eneida Maria Gomes Torres. Acolhimento no Centro de Saúde Noraldino de Lima: investigação sobre o acesso e resolutividade. Trabalho Conclusão do Curso (Especialista de Enfermagem de Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1997.

LIPSKY, Michael. Los empleados de base en la elaboración de políticas públicas. In: **Lecturas de Gestión Pública**. Madrid: INAP/Boletín Oficial del Estado, 1996. Cap. 13, p. 281-297.

MALTA, Deborah Carvalho. **Buscando novas modelagens em saúde**: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. 2001. 46 f. Síntese da Tese de (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. Mimeografado.

MENY, Ives; THOENIG, Jean Claude. El marco con-

ceptual. In: **Las Políticas Públicas**. Barcelona, Ariel, 1992. Cap. 3, p. 89-127.

MOLINA, Carlos Gerardo. Modelo de Formação de Políticas e Programas Sociais. In: **Diseño y Gerencia de Políticas y Programas Sociales**. INDES, 2002. p. 1-23.

NOGUEIRA, Roberto Martinez. Los Proyectos Sociales: de la certeza omnipotente al comportamento estratégico. **Serie Políticas Sociales**, Santiago de Chile, n. 24, p. 5-34, Jun.1998.

QUEIROZ, Thaís de Melo. **Implantação da estratégia do acolhimento no Centro de Saúde Serra Verde**. Trabalho de Conclusão do IV Curso Superior (Administração Pública – Escola de Governo). Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 1998.

SILVA, Érika Marques Guimarães; PEREIRA, Rodrigo Pastor Alves. **Acolhimento**: das bases conceituais à organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família do Centro de Saúde Vera Cruz. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização em Saúde da Família) . Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

SILVA, Pedro Luiz Barros; MELO, Marcus André Barreto de. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil**: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/UNICAMP, 2000, p. 2-16.

VELLOSO, Bianca Guimarães; MATOS, Sonia Gesteira. A Complexa construção do SUS-Belo Horizonte-os desafios que ele propôs. In: REIS, Afonso Teixeira dos et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. 1. ed. São Paulo: Xamã, 1998. Parte II, cap.1, p. 83-102.