

Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais

Health care models: organization
of Reference Teams in the basic health care
system in Betim, Minas Gerais State, Brazil

Sérgio Resende Carvalho ¹
Gastão Wagner de Sousa Campos ¹

¹ Departamento
de Medicina Preventiva
e Social, Faculdade
de Ciências Médicas,
Universidade Estadual
de Campinas.
C. P. 6111, Campinas, SP
13084-100, Brasil.
resende@obelix.unicamp.br
gastao@mpc.com.br

Abstract *This article describes and analyzes a new basic health care system approach termed Reference Teams, or health unit teams accountable for a reference population, organized in Betim, Minas Gerais. Empirical data and other forms of evidence were collected by the authors with the purpose of describing the project's history. Based on this experience and other studies on the subject, some theoretical reflections shaping models for health care reform were formulated.*

Key words *Medical Assistance; Health Services Accessibility; Health Manpower; Health Policy*

Resumo *Este artigo descreve e analisa um novo modo de atenção à saúde denominado Equipes de Referência – equipes de unidades básicas de saúde que prestam atendimento a determinado grupo populacional adscrito –, organizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Betim, MG. Dados primários e evidências diretamente recolhidas pelos autores foram utilizados para reconstruir a história desse projeto de organização dos serviços de saúde. Com base nessa experiência e em outros estudos sobre o tema, elaboraram-se algumas reflexões sobre a reforma de modelos de atenção à saúde.*

Palavras-chave *Assistência a Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Recurso Humanos em Saúde; Política de Saúde*

Introdução

Há um amplo debate no Brasil sobre qual seria o modelo de atenção ideal para organizar a denominada rede básica (atenção primária), viabilizando, na prática, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as diversas propostas experimentadas no País – Ações Programáticas (Schraiber, 1993), Vigilância à Saúde (Mendes, 1996), Saúde da Família (MS/FNS, 1994; Miranda, 1997) –, desenvolveu-se, durante a década de 90, uma formulação denominada de Modelo de Atenção em Defesa da Vida (MDV). Esta foi originalmente elaborada pelo Laboratório de Planejamento (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sendo, posteriormente, aperfeiçoada por trabalhadores e dirigentes de instituições hospitalares e secretarias municipais de saúde de cidades como Campinas, Piracicaba, Ipatinga, Belo Horizonte, Betim, Sumaré, Hortolândia, Volta Redonda e Paulínia.

O MDV está pautado na defesa das diretrizes básicas dos SUS, procurando constituir dispositivos e arranjos institucionais com o objetivo de garantir a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades.

A esses princípios acrescentar-se-iam determinadas concepções com importantes conseqüências operacionais: a) a valorização de ações em microespaços, consideradas estratégicas para a mudança, sem com isso desconhecer-se o papel dos determinantes macroestruturais (Merhy, 1997); b) o entendimento de que sem a participação dos trabalhadores, médicos incluídos, não é possível haver mudanças no setor público de saúde; c) o resgate do usuário como sujeito da mudança, valorizando o papel do mesmo no dia-a-dia dos serviços de saúde, assim como em fóruns de deliberação coletiva, tais como os conselhos de saúde; d) a compreensão de que, se a demanda espelha, por um lado, a oferta de serviços e a ideologia/cultura dominante, por outro, ela traduz as aspirações da sociedade por novos padrões de direitos sociais, revelando elementos da subjetividade do usuário, devendo, portanto, ser criticamente incorporada ao processo de organização dos serviços de saúde (Campos, 1991; Merhy, 1995); e) a necessidade de se reformular a clínica e a saúde pública com base nas reais necessidades dos usuários; f) a importância de se utilizarem, de maneira conseqüente e criativa, tec-

nologias disponíveis em outros projetos assistenciais.

Objeto e método de investigação

Este artigo pretende descrever e analisar o processo de implantação do Projeto de Equipes de Referência (PER), o qual, sob o influxo de princípios e diretrizes do MDV, vem, desde o ano de 1997, orientando a organização da atenção primária à saúde prestada pelo Sistema Único de Saúde de Betim, em Minas Gerais.

O município em questão, de 270.000 habitantes, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, governado desde 1993 por uma coalizão partidária progressista, tem priorizado o setor saúde conforme pode constatar-se da leitura de alguns indicadores: a) investimento médio anual de mais de 20% da receita municipal no setor saúde; b) inclusão de Betim no primeiro grupo de municípios brasileiros que instituíram a gestão semiplena em 1994; c) aumento significativo da área física e capacidade instalada das 35 unidades assistenciais do município mediante, entre outros, a construção de duas unidades hospitalares, com mais de 330 leitos, e de 12 unidades ambulatoriais de distintas complexidades (Rollo & Almeida, 1997); d) incorporação substancial de novos profissionais por meio da realização de concursos públicos.

Além dos investimentos realizados, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vem buscando, desde 1993, constituir um modelo assistencial – aqui entendido como arranjo organizacional que faça a mediação entre princípios ético-políticos e as práticas de saúde –, que se traduza numa ruptura radical com o padrão burocratizado e ineficaz de funcionamento dos serviços públicos de saúde. Nesse processo, princípios e elementos organizativos utilizados pelo MDV foram, a partir de 1995, gradativamente incorporados ao SUS-Betim, entre os quais:

- Programa de Desenvolvimento Gerencial, objetivando capacitar dirigentes e delinear linhas estratégicas de atuação da SMS-Betim, desenvolvido em 1995 (Bueno, 1997);
- Planejamento Estratégico Situacional, modificado com a incorporação de técnicas do ZOPP (Planejamento de Projetos por Objetivos) implementado a partir de 1995 (Cecílio, 1994);
- Avaliação da implantação do modelo assistencial por meio de planilhas e questionários dirigidos a trabalhadores e usuários da rede básica, aplicados a partir de 1995 (Carvalho, 1997);

- Instâncias coletivas de deliberação – Colegiados de Gestão, Fóruns-Saúde, Grupos de Apoio à Gestão (Campos, 1992, 1997) – implementadas a partir de 1995 junto a distintos setores da SMS;
- Equipes de acolhimento, constituídas a partir de 1996 em todas as unidades da rede básica com o objetivo de ampliar o acesso dos usuários, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho das equipes locais (Merhy, 1994; Carvalho, 1997; Franco et al., 1997);
- Equipes de referência (ER) multiprofissionais, responsáveis pela atenção a determinada clientela adscrita (Campos, 1992).

Este último arranjo deu origem ao Projeto de Equipes de Referência (PER), objeto de nossa investigação. Para a reconstrução histórica do PER, coletamos dados de documentos institucionais, monografias, artigos e teses que tiveram como objeto o SUS-Betim, além de contarmos com evidências fornecidas pela observação direta da dinâmica institucional da Secretaria de Saúde, fruto da inserção profissional dos autores deste artigo – o primeiro ocupando funções gerenciais (sanitarista de carreira e membro da direção central da SMS) e o segundo como assessor externo mediante convênio UNICAMP/SMS-Betim.

Realizaram-se também entrevistas semi-estruturadas, gravadas em fitas cassetes, com dirigentes do nível central da SMS (secretário, secretária-adjunta, coordenadora de saúde, assessores técnicos) e gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde o processo de implantação do Projeto já se encontrava adiantado (ER formadas, maior número de adscritos etc.), assim como observação direta do processo de trabalho nas unidades escolhidas.

O Projeto de Equipes de Referência: da teoria à prática

Contexto institucional e a elaboração do Projeto de Equipes de Referência

Tendo apresentado entre 1993 e 1995 avanços significativos no que se refere à implementação do Fundo Municipal da Saúde, reestruturação do organograma institucional, ampliação da rede física, contratação de pessoal, fortalecimento das estruturas de controle social e delineamento de um novo projeto assistencial, a SMS passa por um período (agosto 1996/março de 1997) de relativa paralisia institucional, motivada, entre outros, pelo quadro político local marcado por eleições para prefeito e ve-

readores e pelo processo de transição para o novo governo (a antiga administração elegera o seu sucessor).

Com o intuito de retomar a iniciativa e aprimorar o modelo assistencial existente, o grupo dirigente da Secretaria de Saúde desencadeia, em abril de 1997, um amplo processo de discussão com os trabalhadores de saúde, a fim de atualizar o diagnóstico do modelo assistencial em implantação e delinear um novo plano operacional que respondesse às insuficiências observadas.

Valendo-se dos dados coletados nas dezenas de reuniões realizadas, a SMS concluiu que, apesar dos avanços do sistema de saúde como um todo, era necessário um salto de qualidade nas ações de saúde prestadas, tendo como objetivo cumprir as diretrizes delineadas pela 3ª Conferência Municipal de Saúde, de julho de 1995, que propugnava, em seu relatório final, que: “... a lógica da organização do sistema de saúde de Betim deve garantir ao usuário acesso, acolhimento e vínculo. Para isto (...) o agendamento deve ser definido em parceria com o usuário, garantindo o atendimento médico durante todo o funcionamento do serviço, (...) a criação de mecanismos que garantam a ampliação da oferta de serviço, a resolubilidade e a humanização do atendimento, favorecendo o vínculo da equipe com a população e a qualidade dos serviços... .

... assegurar o vínculo dos usuários com as Unidades Básicas de Saúde de seu território só será viável com a fixação de profissionais e com a responsabilidade da Unidade com as demandas de sua região, atendendo a população da área de abrangência na sua integralidade, fazendo visitas domiciliares, quando necessário, responsabilizando-se pela vigilância à saúde, fazendo busca ativa, trabalhos internos e atividades extramuros... .

... é preciso construir aliança entre trabalhadores e usuários na consolidação da rede municipal de saúde. Para isto é necessário (...) incluir questões como: processo de trabalho (...), criação de espaços de discussões internas para os trabalhadores (...), avaliação de serviços, implementação do Colegiado Gestor nas Unidades...” (CMS-Betim, 1995:22-33).

Nesse sentido, o grupo dirigente da Secretaria, contando com assessoria do LAPA, buscou aprimorar o modelo em construção, elaborando, para isso, o Projeto de Equipes de Referência, que veio incorporar criticamente elementos do Projeto Escolha seu Médico do Município de Sumaré, São Paulo (SMS-Sumaré, 1997), do Projeto de Acolhimento da rede básica local, dos fóruns de gestão colegiada da

SMS-Betim, assim como da experiência de equipes de referência por leito que vinha se realizando no Hospital Regional Público de Betim – HPBR (SMS-Betim, 1997). Esse Projeto constituiu o núcleo estratégico do modelo assistencial de Betim que passou, a partir de 1998, a ser conhecido como Programa Saúde para Todos (SMS-Betim, 1998a).

Discutido e aprimorado em seminários com a presença dos quadros dirigentes intermediários e representantes dos trabalhadores, o PER é levado, como proposta da Secretaria, às reuniões preparatórias para a 4ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em agosto de 1997, cujo tema era: SUS Betim – Construindo a qualidade dos serviços de Saúde. Como resultado desse processo, o Projeto de Equipes de Referência, após modificações, recebe a chancela para a sua implementação por parte dos delegados presentes à 4ª Conferência (CMS-Betim, 1997).

A implantação do Projeto de Equipes de Referência

Em setembro de 1997, a Secretaria de Saúde constituiu um grupo de apoio técnico que tinha como missão coordenar o aprimoramento e a implantação do PER nas 18 UBS e em dois dos quatro Pronto-Atendimentos do município (SMS-Betim, 1998b).

Esse grupo acompanhou as discussões realizadas pelas equipes locais, que tiveram como norte a constituição das equipes de referência, a organização do processo de adscrição dos usuários e a formulação de planos locais. Entre as estratégias observadas para essa etapa, cabe mencionar a realização, por parte do conjunto de trabalhadores, múltiplos debates, cujos temas centrais eram: conceito de campos e núcleos de competência profissional (Campos, 1997); projetos terapêuticos interdisciplinares; a atenção aos casos agudos na rede básica e dinâmica de funcionamento da unidade (fluxogramas).

Com o objetivo de garantir a integralidade do sistema, esse processo irá ocorrer de modo articulado a outras atividades e projetos da SMS, entre os quais a consolidação da rede hospitalar própria (Hospital Público Regional de Betim e Maternidade Municipal), o Programa de Internação Domiciliar; o Programa de Atenção Domiciliar, a redefinição do papel das Unidades de Atendimento Imediato; a reformulação do Sistema de Informação Integrado e a consolidação da Coordenadoria de Vigilância à Saúde.

O processo de adscrição dos usuários às equipes de referência

• Proposta original

A adscrição deveria ser voluntária para os usuários em geral e induzida para aqueles que fizessem parte de algum grupo de risco. Mulheres em idade fértil poderiam optar por se adcrever em duas ER: da mulher (gineco-obstetrícia) e do adulto (Clínica Médica).

A adscrição da clientela por local de moradia (territorialização) seria induzida mas não obrigatória, procurando otimizar ações extramuros e respeitar, dentro do possível, a escolha da equipe de referência pelo usuário.

Pretendia-se realizar uma adscrição gradativa da clientela, evitando-se criar desequilíbrios numéricos entre as diferentes ER, tendo sido sugerida uma meta inicial de quinhentos usuários adscritos por equipe. Quando essa meta fosse atingida por todas as ER, seria feita a abertura de novas vagas.

• Proposta implementada: resultados do processo de adscrição

Várias unidades constituíram suas ER no primeiro semestre de 1998, iniciando a adscrição de usuários que procuravam espontaneamente a unidade de saúde. A demora na adscrição e a falta de homogeneidade no processo determinaram, posteriormente, um ajuste operativo traduzido na decisão de se realizar um cadastramento ativo de toda a população do município e uma melhor divulgação do Projeto.

Dessa forma, um grupo de sessenta funcionários, especialmente contratados e treinados, realizaram, de julho a dezembro de 1998, o cadastro, casa por casa, de aproximadamente 270.000 habitantes residentes em 68.000 moradias do município (Normand, 1998). No ato do cadastramento, os usuários foram informados sobre o Programa Saúde para Todos e orientados a procurar a unidade ambulatorial mais próxima para que pudessem, mediante a apresentação de um canhoto de identificação, escolher um médico (e indiretamente uma microequipe) que iria cuidar de sua saúde.

Em quatro UBS, os usuários passaram a receber um cartão personalizado informatizado, com leitura tipo código de barra, contendo o número do prontuário, o nome do usuário e dos membros da equipe de referência responsável por seu acompanhamento. Nas demais unidades, foram entregues cartões provisórios que deveriam ser substituídos pelo cartão informatizado até julho de 1999. A expectativa é

de que, a médio prazo, a leitura ótica destes cartões facilitará o acesso aos dados clínicos dos usuários por parte dos profissionais da rede e que os usuários poderão mais facilmente receber, através de cópias impressas, as principais informações contidas nos prontuários (Silva, 1998).

Dados de dezembro de 1998 davam conta de que mais de 100.000 usuários haviam escolhido uma equipe de referência (Normand, 1998). Todavia, o ritmo de adscrição ocorreu de maneira desigual segundo realidades específicas (maior tempo dos profissionais na rede, vínculos existentes entre usuário e médico, organização interna, grau de adesão ao projeto etc.), levando a medidas gerenciais posteriores com o intuito de reequilibrar o fluxo da demanda de acordo com a oferta de serviços pela unidade.

Foi observado que apenas uma minoria de usuários optou pela não-adscrição (menos de 2% na Unidade Básica de Saúde Angola) e que os usuários residentes em outros municípios continuaram a ser normalmente atendidos, mas sem que os mesmos fossem adscritos a qualquer equipe em conformidade com o projeto original da Secretaria.

Ao contrário do inicialmente planejado, decidiu-se que a mulher em idade fértil deveria se adscriver apenas a uma ER (do adulto ou da mulher) e, quando necessário, deveria ser referenciada a outra equipe. Pesou nessa decisão a preocupação com a otimização do trabalho médico e o temor que a dupla adscrição levasse à desresponsabilização dos profissionais em relação à usuária.

Processo de trabalho e gestão das equipes de referência

• Proposta original

A unidade deveria funcionar com diferentes tipos de equipes de referência constituídas de três áreas de atenção (criança, adulto e mulher), contando, no mínimo, com um médico (clínico, pediatra ou gineco-obstetra) exercendo sua especialidade, um auxiliar de enfermagem e um enfermeiro, este último trabalhando de forma matricial (apoiando várias ER). A incorporação de outros profissionais, particularmente de nível superior, estaria pendente das necessidades e da disponibilidade de pessoal.

Cada equipe deveria se responsabilizar pelos cuidados de saúde de um grupo populacional adscrito, de 1.200 a 2.000 usuários, número que poderia variar segundo a morbidade, características tecnológicas da unidade e a reali-

dade socioeconômica local. Para projetar esse cálculo, a SMS-Betim tomou como referência parâmetros que vinham sendo utilizados em outras experiências (SMS-Sumaré, 1997).

No caso dos usuários adscritos, a equipe de referência buscava se responsabilizar pela integralidade e qualidade do atendimento prestado, devendo, para isso, disponibilizar, de acordo com o caso, diferentes tecnologias – acolhimento, consultas individuais, grupos educativos, atendimento domiciliar, trabalhos comunitários, ações programáticas, ações de vigilância à saúde etc. –, assim como designar um dos profissionais da equipe como responsável pelo acompanhamento do projeto terapêutico do usuário.

Complementando a maneira de o usuário relacionar-se com a unidade e mudando a maneira de a unidade relacionar-se com a clientela, sugeriu-se, também, que o prontuário ficasse sob a guarda de cada usuário, o qual deveria trazê-lo à consulta, tanto no serviço onde se inscrevera, como em qualquer outro que frequentasse. Acreditava-se que essa dinâmica contribuiria para aumentar a autonomia do usuário.

Em relação à gestão das UBS, a expectativa era de que as ER induziriam ao fortalecimento do processo de gestão colegiada existente, na medida em que as microequipes teriam autonomia, dentro dos limites das diretrizes gerais colocados pela SMS e pela unidade básica, para se organizarem segundo realidades específicas. Como recomendações, o PER sugeria, por parte dos órgãos gestores locais, a adoção de mecanismos ágeis de funcionamento de serviços, a utilização criativa das informações disponibilizadas pelo Sistema de Informações de Saúde de Betim (SIS-Betim) – com destaque para os dados recolhidos pelos prontuários informatizados – e, finalmente, a reestruturação dos Colegiados Gestores dos centros de saúde por uma lógica de representante por unidade de produção, em lugar da representação setorial.

• Proposta implementada: resultados

Em 18 UBS e em dois Pronto-Atendimentos organizaram-se, até dezembro de 1998, cerca de cem equipes de um total de 172 previstas, tendo ocorrido um aumento significativo das mesmas, já que os usuários, induzidos pelo processo de cadastramento, buscaram se vincular a uma microequipe de referência.

Processo de trabalho

Todos os profissionais das microequipes vinham, de alguma forma, envolvendo-se com as tarefas do acolhimento (arranjo tecnológico no qual se procura garantir o acesso dos usuários às ER mediante uma primeira atenção que busca escutar todos os pacientes, solucionar os problemas mais simples e/ou garantir o encaminhamento pertinente), consultas individuais, atenção domiciliar e planejamento de atividades de equipe.

Os papéis e tarefas específicas de cada profissional na equipe de referência variavam segundo as características da unidade de produção, a disponibilidade de pessoal, perfis profissionais e demandas gerais da UBS.

Auxiliares de enfermagem ampliaram seu campo de atuação ao realizarem as tarefas acima mencionadas sem com isso deixar de realizar outras, mais tradicionais, como coleta de exames, curativo, vacinação, esterilização, atividades extramuros e outros. Um facilitador para esse novo perfil profissional tem sido a adesão dos auxiliares ao projeto. Por outro lado, constatou-se que o PER tem trazido novos desafios no que se refere à necessidade de se aperfeiçoarem mecanismos de supervisão e capacitação dos auxiliares, bem como buscar uma melhor definição de papéis e mecanismos de comunicação internos às ER.

O corpo de enfermagem tem sido fundamental para o bom funcionamento das equipes, tendo sido observado que esse setor vem desempenhando diferentes atividades, entre as quais o trabalho administrativo e supervisão setorial, como também, com especial ênfase, tarefas referentes ao atendimento individual e coletivo, apoio ao acolhimento, capacitação em serviço e participação no planejamento das atividades das ER.

Foi também relatado um progressivo envolvimento dos profissionais médicos ao processo, uma vez que estes passavam a ter um diálogo mais freqüente com os demais profissionais da ER e vinham tendo uma presença mais ativa nas discussões clínicas e organizativas de sua equipe. Se é verdade que esse setor é o que vem apresentando maior resistência a alterações no processo de trabalho, não se pode negar que a organização por equipe, a vinculação da clientela, a maior divulgação do trabalho da equipe de referência – os usuários passam a saber exatamente quem são os profissionais responsáveis por sua saúde e o horário de funcionamento da microequipe – e a maior oportunidade de contato com as realidades locais – visitas locais, por exemplo – vêm se constituindo em

dispositivos indutores de mudança da prática médica.

O acesso a serviços

O cadastramento ativo e a divulgação casa por casa do Projeto gerou um incremento da demanda no primeiro mês de funcionamento do PER devido, entre outros, a um aumento significativo de usuários que procuravam a unidade pela primeira vez. Foi relatada, durante as entrevistas, a adscrição de parcela de usuários que normalmente não usufruíam dos serviços da rede básica de saúde, advindos da classe média e/ou de estratos populacionais que usufruem de planos privados de saúde.

Constatou-se a abertura de novas vias de acesso aos serviços em virtude da desburocratização do processo – o usuário passava a negociar diretamente a sua entrada no sistema com os profissionais da equipe de referência – e pela multiplicação de arranjos, tais como as equipes de acolhimento, dentro das diversas ER constituídas.

Tecnologias previstas pelo projeto original estavam sendo gradativamente garantidas pelas unidades básicas através dos grupos educativos – mantendo e ampliando programas tradicionais e criando novos grupos no âmbito de uma miniequipe –, da multiplicação de equipes de acolhimento por unidade de produção, de consultas individuais e pela ampliação das atividades extramuros. Dentre estas, destacam-se as visitas domiciliares e uma maior incorporação dos profissionais das ER ao Programa de Atenção Domiciliar (PAD) da Secretaria de Saúde, que buscava prestar atendimento a pacientes com patologias crônicas acamados e/ou com dificuldades psicofísicas para se locomover até a UBS.

De maneira muito incipiente, foi observado um esforço de formação de equipes de vigilância à saúde constituído por profissionais das UBS, não especialistas, que teriam como função articular e supervisionar as ações específicas com bastante atenção na identificação de grupos e situações de riscos. Esses profissionais, que não assumiriam função de polícia sanitária, devem constituir um elo entre as estruturas de nível central e as equipes das UBS.

Embora não fosse meta inicial do Projeto de Equipes de Referência, deve-se mencionar que a SMS-Betim vinha discutindo a pertinência e oportunidade de se implementar, dentro da lógica de funcionamento do PER, o Programa de Agentes Comunitários em Saúde, com o objetivo de atuar de maneira mais contundente sobre os problemas que requerem ações pre-

ventivas e de promoção, assim como uma maior articulação com as comunidades locais.

A gestão das unidades locais

As instâncias de gerenciamento participativo de nível local (colegiados gestores, fóruns de trabalhadores etc.) e de nível central (Grupo de Direção Estratégica, Colegiado Gestor da Secretaria, Grupo de Apoio Técnico), constituídas a partir de 1995, facilitaram a implementação do PER. Isso se deu em virtude da existência de uma cultura gerencial que valorizava a maior descentralização do processo decisório e a incorporação dos trabalhadores na gestão cotidiana das diferentes instâncias do sistema.

O PER levou a uma mudança do perfil gerencial, na medida em que exigiu-se dos dirigentes uma maior capacidade de diálogo e de coordenação dos diferentes interesses que permeiam a unidade de saúde. Gerentes entrevistados relataram que o processo vem exigindo um monitoramento constante das atividades prestadas e o fortalecimento das instâncias participativas locais (com inclusão de representantes de ER), repercutindo, conseqüentemente, no melhor funcionamento do Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde.

No período pesquisado – seis meses de funcionamento do projeto –, percebeu-se uma multiplicação dos microespaços decisórios e o aumento da comunicação horizontal entre os diferentes setores das unidades de saúde. Exemplo dessa nova postura foi observado no modo como o processo de agendamento vinha se conformando, notando-se que as agendas passaram a ser de responsabilidade direta das próprias ER, as quais vinham buscando planejar suas atividades de acordo com as características internas das mesmas (perfil e disponibilidade de pessoal), necessidades dos usuários e princípios gerais de funcionamento da unidade de saúde.

No que se refere aos projetos terapêuticos interdisciplinares, a investigação constatou pequeno avanço, já que os mesmos continuavam, na maioria dos casos, centralizados no profissional médico. Experiências pontuais, particularmente com pacientes crônicos ou de risco, mostraram ser factível a ampliação dessa proposta para toda a rede básica enquanto estratégia de qualificação das ações de saúde e mecanismo de controle sobre uso desnecessário, e mesmo prejudicial, de determinados serviços de saúde.

Informatização dos prontuários

Diferentemente do originalmente previsto, a SMS optou por implantar cartões informatizados na rede com o objetivo de agilizar o fluxo de informações dos usuários do sistema. Com base nas informações cadastrais (dados sócio-demográfico-sanitários), seriam confeccionados até julho de 1999 cerca de 200.000 cartões a serem distribuídos aos usuários do SUS-Betim.

Nesse sentido, foram priorizados investimentos na informatização do Programa Saúde para Todos, a qual incluiu o *software*, a confecção de cartões magnéticos (custo médio de 35 centavos por unidade), implantação do banco de dados, interligação em rede dos terminais de computador e instalação de *hardwares* (computadores, impressoras e leitora de códigos de barra) na rede de saúde. Com o processo completo, calcula-se que todo o atendimento passará a ser informatizado a um custo médio de um real por usuário (Lindenberger, 1998).

A expectativa é de que, no momento em que o sistema estiver plenamente implantado, dados dos usuários possam ser reconhecidos por qualquer trabalhador da rede, permitindo o acesso, via computador, a informações como: atendimentos recebidos, equipe responsável, medicação utilizada e diagnósticos principais. Além dos potenciais ganhos na qualidade da atenção prestada, a SMS espera que a utilização do cartão permita um salto de qualidade nas ações gerenciais, tanto pela otimização do sistema de referência/contra-referência do SUS-Betim, quanto pela possibilidade de estruturação de um banco de dados contendo informações fundamentais para o planejamento e a avaliação dos serviços de saúde.

A pesquisa realizada permitiu observar, em razão do período investigado, apenas resultados preliminares desse processo – satisfação dos usuários com o recebimento do cartão informatizado e incorporação dessa tecnologia por parte dos trabalhadores das unidades-piloto do sistema –, sendo necessária uma análise *a posteriori* dessa importante e pioneira experiência de informatização de um sistema local de saúde.

Considerações finais

As propostas de organização de serviços aqui apresentadas têm sua potencialidade aumentada se entendidas como projetos em construção, sujeitos a alterações no que se refere a aspectos conceituais e à sua aplicação prática devidoras de realidades histórico-sociais específicas.

A proposta de Equipes de Referência buscou a superação/aperfeiçoamento do modelo existente em Betim e, embora respondendo a uma realidade concreta, parece-nos que se insere com bastante propriedade no debate contemporâneo sobre formas de organizações dos serviços de saúde, no qual vem ganhando espaço, sobre o impulso das políticas oficiais e o apoio de agências multilaterais, propostas como Cidade Saudável, Saúde da Família e Vigilância à Saúde.

Ao coincidir com elementos substantivos destas últimas formulações no que se refere à crítica ao modelo biologicista médico-centrado e à fragmentação das práticas em saúde, à valorização de ações de promoção e prevenção, à importância do trabalho interdisciplinar e do fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários para qualificar as ações de saúde, a proposta de equipes de referência apresenta peculiaridades quando:

- Propõe um novo formato de equipe de saúde, valorizando os campos e núcleos de saberes dos diferentes profissionais, médicos e não-médicos, e constituindo projetos terapêuticos;
- Preconiza a participação nas equipes de profissionais das especialidades médicas básicas (pediatra, clínico, gineco-obstetra). Julgamos que a ampliação e efetiva operacionalização do conceito de médico generalista para o Brasil se justifica pela complexidade das demandas, pela necessidade de se garantir organicamente a integralidade do atendimento primário-secundário, assim como pela diversidade das realidades locais;
- Insiste na pertinência de se valorizarem as experiências acumuladas nos milhares de cen-

tros de saúde existentes em nosso país, particularmente no que se refere ao contexto das cidades de médio e grande porte;

- Valoriza a co-gestão dos serviços de saúde, tanto no espaço das microequipes, quanto no do coletivo do centro de saúde.
- Trabalha o processo de adesão com flexibilidade, procurando otimizar recursos e favorecer vínculo, ao mesmo tempo que garante um espaço de liberdade de escolha ao usuário, buscando respeitar a sua individualidade e favorecer o exercício do microcontrole social sobre as ações de saúde.

O caráter urbano do país, a mudança do perfil de morbi-mortalidade (aumento de causas violentas), a demanda de serviços resolutivos por parte de uma população cada vez mais reivindicativa e consciente de seus direitos, a concentração populacional em médios e grandes centros, a existência – dados de 1992 – de mais de 14 mil centros de saúde com uma média de 16 profissionais/estabelecimento atendendo nas três especialidades básicas e desenvolvendo atividades programadas (Viacava & Bahia, 1996), o fato de que mais de um terço da categoria médica tem como especialidade a Clínica, a Pediatria e a Gineco-Obstetrícia (Machado, 1996) e a importância crescente dos papéis das categorias não médicas no atendimento ao paciente são aspectos que trazem desafios complexos no que se refere à construção de um novo modelo assistencial.

Sendo assim, consideramos que as propostas que vêm sendo trabalhadas pela SMS-Betim, embora passíveis de aperfeiçoamento, guardam em si elementos que ajudam a pensar criativamente soluções para a crise do setor saúde.

Agradecimentos

Aos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Betim – especialmente os da UBS Jardim Petrópolis –, pela convivência durante o processo de formulação e implementação do Projeto de Equipes de Referência. Ao grupo de direção da SMS, pelas informações prestadas e intercâmbio de impressões realizadas. Agradecimento especial aos dirigentes do nível central – Ivan, Rosa e Roseli – e do nível local – Eleonora, Leonor, Maria Tuci e Rosângela –, pelas informações prestadas na última etapa da investigação.

Referências

- BUENO, W. S., 1997. Betim: Construindo um gestor único pleno. In: *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 170-196, São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial.
- CAMPOS, G. W. S., 1991. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Editora Hucitec.
- CAMPOS, G. W. S., 1992. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- CAMPOS, G. W. S., 1997. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 229-266, São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial.
- CARVALHO, S. R., 1997. *O Desafio da Mudança: Instrumentos de Avaliação como Analisadores do Processo de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Betim*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- CECÍLIO, L. C. O., 1994. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. In: *Inventando a Mudança na Saúde* (L. C. O. Cecílio, org.), pp. 235-333, São Paulo: Editora Hucitec.
- CMS-Betim (Conselho Municipal de Saúde de Betim), 1995. *Deliberações da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Betim*. Betim: Conselho Municipal de Saúde.
- CMS-Betim (Conselho Municipal de Saúde de Betim), 1997. *Relatório Final da 4ª Conferência Municipal de Saúde de Betim*. Betim: Conselho Municipal de Saúde.
- FRANCO, T.; MERHY, E. E. & BUENO, W., 1997. *O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim/MG*. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas. (mimeo.)
- LINDENBERGER, C., 1998. Saúde para todos os mineiros: Programa que garante atendimento personalizado pode ser estendido a todo o Estado. *Hoje em Dia*, Belo Horizonte, 30 dez., Caderno Gerais, p. 8.
- MACHADO, M. H., 1996. *O Perfil dos Médicos no Brasil: Análise Preliminar*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Conselho Federal de Medicina/PNUD.
- MENDES, E. V., 1996. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- MERHY, E. E., 1994. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: *Inventando a Mudança na Saúde* (L. C. O. Cecílio, org.), pp. 113-160, São Paulo: Editora Hucitec.
- MERHY, E. E., 1995. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: *Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade* (E. Gallo, org.), pp. 117-119, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
- MERHY, E. E., 1997. 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/Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MIRANDA, A., 1997. *Programa Saúde da Família: Entre a Panacéia e o Preconceito*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. (mimeo.)
- MS/FNS (Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde), 1994. *Programa da Saúde da Família: Saúde dentro de Casa*. Brasília: MS/FNS.
- NORMAND, G., 1998. Saúde para todos promete revolucionar o atendimento público no município. *ViverBem*, Betim, dez., p. 3.
- ROLLO, A. & OLIVEIRA, R. C., 1997. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 321-352, São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial.
- SCHRAIBER, L. B., 1993. *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Editora Hucitec.
- SILVA, R. E. C., 1998. Atendimento mais humano para a saúde: Modelo que Itamar pretende adotar tenta mudar a lógica do SUS. *Estado de Minas*, Belo Horizonte, 20 dez., Caderno Política, p. 4.
- SMS-Betim (Secretaria Municipal de Saúde de Betim), 1997. *Projeto de Qualificação do SUS-Betim*. Betim: Grupo de Direção Estratégica. (mimeo.)
- SMS-Betim (Secretaria Municipal de Saúde de Betim), 1998a. *O Programa Saúde para Todos. Betim*. Betim: SMS-Betim. (mimeo.)
- SMS-Betim (Secretaria Municipal de Saúde de Betim), 1998b. *A Saúde Vai Bater à sua Porta*. Betim: SMS-Betim. (mimeo.)
- SMS-Sumaré (Secretaria Municipal de Saúde de Sumaré), 1997. *A Construção do Sistema Único de Saúde em Sumaré: Um Compromisso em Defesa da Vida*. Sumaré: Secretaria Municipal de Saúde de Sumaré. (mimeo.)
- VIACAVA, E. & BAHIA, L., 1996. Assistência médico-sanitária: Os serviços de saúde segundo o IBGE. *Dados*, 20:7-19.