

A AVALIAÇÃO DO PROJETO VIDA E DO ACOLHIMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

EVALUATION OF THE VIDA PROJECT AND RECEPTION IN THE NATIONAL HEALTH SYSTEM IN BELO HORIZONTE

LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO VIDA Y DEL "ACOLHIMENTO" (ACOGIDA) EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD DE BELO HORIZONTE

Deborah Carvalho Malta¹
Emerson Elias Merhy²

RESUMO

O estudo propõe uma metodologia de avaliação de serviços de saúde, entendendo-a como um processo permanente e sistemático, articulada às ações implementadas, com vistas a subsidiar a definição de problemas, mensurar impactos das ações e reorientar as práticas sanitárias. São analisados os dispositivos de intervenção institucional, no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, o Projeto Vida e o Acolhimento, interrogando se os mesmos contribuíram para melhoria das práticas sanitárias, junto à população infantil. São estabelecidas dimensões de avaliação (financiamento, acesso, eficácia, publicização, novas tecnologias de trabalho e sustentabilidade do projeto) e indicadores específicos para cada um deles. São utilizados métodos tanto quantitativos quanto qualitativos, possibilitando integrar enfoques metodológicos diversos. As mudanças consistiram no aumento do financiamento das ações, na ampliação do acesso, publicização da gestão, na utilização de novas tecnologias de mudança do processo de trabalho, na maior eficácia dos serviços no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, especialmente junto à população infantil. O trabalho analisa as mudanças produzidas no modelo de atenção e constrói uma metodologia de avaliação de outras experiências.

Palavras-chave: Serviços de Saúde; SUS(BR); Avaliação-Métodos

ABSTRACT

This study proposes an evaluation methodology for health care services, which are seen as a permanent and systematic process, linked to the work itself, in order to help to define problems, measure the impact of measures taken and guide sanitary practice. We analyze the means for institutional intervention in the Unified Health System (SUS) of Belo Horizonte, known as the "Vida" project and the method of reception, inquiring whether this has contributed to improve sanitary practices among children. The guidelines for evaluation are established - financing, access, effectiveness, publicity, new work technologies and the sustainability of the project, as well as specific indicators for each of them. Both qualitative and quantitative methods are used, making it possible to integrate different methodological approaches. The changes included an increase of funding of the measures, greater access, dissemination of the work being done, the use of new technologies for change in the work process, more effectiveness in the Belo Horizonte Unified Health System, especially in child care. The work analyzes changes in the health care model and builds a methodology to evaluate other experiences.

Key words: Health Services; Unified Health System; Evaluation-Methods

RESUMEN

El estudio propone una metodología de evaluación de los servicios de salud como un proceso permanente y sistemático, articulado con las acciones llevadas a cabo, con miras a subsidiar la definición de problemas, medir impactos de las acciones y orientar mejor las prácticas sanitarias. Se analizan dispositivos de intervención institucional en el Sistema Único de Salud de Belo Horizonte, el Proyecto Vida y el Acolhimento (Acogida). La pregunta básica es si contribuyen o no a mejorar las prácticas sanitarias de la población infantil. Se establecen dimensiones de evaluación (financiamiento, acceso, eficacia, cuán pública es la gestión, nuevas tecnologías de trabajo, sustentabilidad del proyecto) e indicadores específicos para cada uno de ellos. Se utilizaron métodos cualitativos y cuantitativos que permiten integrar varios enfoques metodológicos. Los cambios consistirán en: más financiamiento para las acciones, mayor acceso, gestión más pública, nuevas tecnologías de cambio de los procesos de trabajo y mayor eficacia de los servicios del Sistema Único de Salud de Belo Horizonte, especialmente en relación a la población infantil. El trabajo analiza los cambios producidos en el modelo de atención y construye una metodología de evaluación para otras experiencias.

Palabras clave: servicios de salud; SUS(BR); evaluación-métodos

¹ Médica, Professora Adjunta do Dep. Materno Infantil e Saúde Pública da Escola Enfermagem da UFMG, Doutora em Saúde Coletiva (Administração e Planejamento)

² Médico, Professor Livre Docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Endereço: Av. Alfredo Balena 190, sala 519, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte-MG - E-mail: dcmalta@ufmg.br

INTRODUÇÃO

O atual trabalho se propõe investigar projetos de intervenção que buscaram efetivar princípios constitucionais do SUS, analisando os processos institucionais, as diferentes tecnologias utilizadas, especialmente as ações nos campos da formulação, decisão de políticas e da gestão organizacional.

A avaliação de serviços de saúde possui obstáculos, tanto conceituais quanto operacionais, que vão da complexidade do objeto, da dificuldade na sistematização de ferramentas que possam contribuir na sua apreensão, à obtenção dos dados, fontes, documentos e informações confiáveis.

O processo de avaliação, discutido por diversos autores, envolve, necessariamente, um julgamento, uma atribuição de um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação a uma política ou programa. A avaliação é entendida, por autores como Sulbrandt (1), como instrumento para melhorar o desempenho dos programas sociais, tornando-se uma instância de aprendizagem que permite reelaborar e melhorar esses programas. Assim, a avaliação de uma intervenção deve permitir o julgamento de sua eficácia, mas também dos fatores explicativos dos resultados obtidos, tendo em vista modificações posteriores.(2,3)

Avaliar é atribuir valor, entretanto, nem sempre estão estabelecidos de modo claro os critérios sobre os quais se determina esse valor e tampouco os objetos que serão valorizados. Além disso, a avaliação não é imparcial, dotada de suposta neutralidade técnica, pois depende da visão de mundo daqueles que a realizam. A maneira como se estrutura o sistema de informações subordina-se a alguma concepção de modelo assistencial. A própria construção da análise dessas informações, igualmente é dotada de intencionalidade e direcionalidade. Da mesma forma, não há um único caminho avaliativo, ou seja, não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais, sendo muitas vezes selecionadas algumas dimensões para a análise, em detrimento de outras. Os seus resultados são uma aproximação à realidade e podem ser operacionalizados por vários caminhos.

Entre as diversas metodologias de avaliação, Donabedian (4) usa as categorias: estrutura (atributos materiais e organizacionais), processos (meios e recursos utilizados) e resultados (grau de consecução dos objetivos propostos). Sulbrandt (1) adota outras: a análise de metas (grau de obtenção), processos (usando a monitorização sistemática na medição da cobertura do programa social) e impacto (efeitos do programa sobre a população alvo). O desenho deve medir a situação no início e ao final do programa.

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO EMPREGADA

O trabalho atual avalia dispositivos institucionais no SUS/BH. Entendem-se os dispositivos institucionais como novas práticas de saúde ou combinações variadas de recursos que alteram o funcionamento organizacional, mas que não fazem parte da estrutura das organizações.(5) Para a análise em questão poderíamos escolher a

totalidade dos projetos ou parte deles. Optou-se por investigar o Projeto Vida e o Acolhimento, descrevendo e analisando a reorganização da atenção à criança e os mecanismos e ferramentas utilizados na implantação da mudança do processo de trabalho em saúde, avaliando se esses projetos contribuíram na ampliação do acesso, humanização e melhoria da qualidade dos serviços prestados.

O Projeto Vida, implantado a partir de 1994, propôs-se reorganizar a assistência à gestante e à criança no município. As ações incluíam: assistência integral à saúde da criança, com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; programas de imunização, vigilância aos recém-nascidos de risco, priorizando a captação e o acompanhamento de recém-nascidos de risco residentes em áreas de risco; projeto de atenção às doenças respiratórias na infância; combate à desnutrição de crianças, gestantes e nutrízes; reorganização do atendimento pré-natal, prevendo a captação precoce e o acompanhamento das gestantes, referenciamento ao parto, ampliação dos leitos de risco de assistência ao recém-nascido, entre outros.

O Acolhimento foi implementado na rede pública municipal de Belo Horizonte, em 1995, constituindo-se numa estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando sua intervenção. Esse processo possibilitou ainda uma reflexão sobre a saúde como direito de cidadania, resgatando no cotidiano dos serviços a ampliação do acesso, a integralidade na assistência, a resolubilidade, a responsabilização clínica e sanitária; através das mudanças na micropolítica do processo de trabalho em saúde, desenhando esse "novo" fazer em saúde.

Utilizamos métodos tanto quantitativos quanto qualitativos, possibilitando integrar enfoques metodológicos diversos, captando as pautas de interação dos atores sociais e a forma como eles afetaram o programa e suas consecuições. Segundo Sulbrandt (1) o uso combinado de métodos permite ao avaliador uma variedade de enfoques para examinar diferenças sutis que de outra maneira escapariam da sua atenção. Além disso, aumenta a legitimidade do estudo e a possível utilização dos resultados da pesquisa.

Empregamos uma metodologia que se propôs interrogar os processos institucionais segundo determinadas dimensões de avaliação: financiamento, acesso, eficácia, publicização, novas tecnologias de trabalho e sustentabilidade do projeto. Essas dimensões têm origem na discussão de determinados grupos sociais implicados na Reforma Sanitária Brasileira e tomam como pressuposto de mudança, diretrizes como: a garantia do acesso universal, a equidade e as bases do financiamento.

O uso do financiamento como categoria de avaliação de determinado modelo assistencial fundamenta-se no fato de que a aplicação de recursos define a intencionalidade

do governo. O gasto em saúde define campos, demarca interesses conflitantes, como a disputa pela ampliação do modelo hegemônico (expansão da indústria capitalista e procedimentos, ao lado do financiamento de ações simplificadas e focalizadas para grupos excluídos), ou, por outro lado, o entendimento da saúde como política universal, integral e equânime, comprometida com a vida.

O acesso é conceituado por Donabedian (4) como a "capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente". O estudo da acessibilidade permite apreender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população, em termos de ações de saúde e a oferta de recursos para satisfazê-las. Utilizamos medidas indiretas do acesso, que indicam a oferta de serviços e, conseqüentemente, a maior facilitação do mesmo.

Eficácia é entendida como o poder de produzir um efeito, ou seja, o benefício ou utilidade para o indivíduo, por meio de um serviço, tratamento, medida preventiva ou controle. Pode ser conceituada também como a capacidade de intermediar a produção de resultados melhores ou ainda não alcançados anteriormente.(6)

Segundo o dicionário Aurélio, publicar diz respeito a tornar público, manifestar, divulgar, espalhar, propalar.(7) O termo publicizar ainda não foi incorporado à língua portuguesa, embora seja de uso freqüente na linguagem oral e jornalística. Souza (8) utiliza o termo publicização no sentido de socialização da informação, de tornar público e comum o que não era. Optamos por incorporá-lo, mesmo constituindo um neologismo. No atual estudo nos referimos a publicização de um modo ainda mais amplo, ou seja, a efetiva forma de participação popular nas definições e no controle das ações de governo, a construção coletiva das propostas com o conjunto dos trabalhadores da saúde, a capacidade de gerir o setor conveniado/contratado de forma a subordiná-lo ao interesse público, enfim tornar democrática a gestão e partilhando o processo decisório.

Usualmente o conceito de novas tecnologias é como o conjunto "de produtos biotecnológicos, drogas e equipamentos médicos, procedimentos terapêuticos e sistemas de apoio à decisão".(9) Neste estudo o empregamos como sendo a utilização de novas ferramentas que possibilitam intervir no processo de trabalho buscando respostas e saídas sobre o fazer em saúde, abordando a micropolítica do trabalho em saúde. Essas ferramentas visam publicizar o espaço, transformando-o com novos sentidos e formatos, instrumentalizando os trabalhadores na gestão efetiva do seu processo de trabalho.(10)

O conceito de sustentabilidade começou a ser difundido a partir da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente, em 1972, e tem sido gradualmente incorporado à gestão pública, no sentido de "satisfazer as necessidades da geração atual sem comprometer as necessidades das gerações futuras"; envolve, portanto, equidade intergeracional.(11) No estudo tomamos emprestado o elemento do fluxo, da responsabilidade da transmissão entre gerações, da reflexão colocada sobre os determinantes da auto-sustentação, da continuidade,

dos garantidores. O trabalho visa interrogar o porquê de desmontes, mesmo no caso de projetos que mostram avanços, bem como interrogar sobre a forma de garantir a sustentabilidade desses projetos.

Dados os conceitos referenciais das diversas dimensões de análise, procurou-se interrogá-las construindo indicadores que medissem possíveis mudanças ocorridas. Os indicadores propostos, ou os instrumentos de medição, têm por finalidade dimensionar a mudança, os resultados ou o impacto de uma atividade, de um projeto ou de um determinado programa. O Quadro I relaciona os indicadores selecionados e suas medidas, em cada uma das dimensões avaliativas propostas.

As fontes de pesquisa constaram de documentos institucionais que descreviam a implantação do processo, documentos do Conselho Municipal de Saúde (publicações periódicas, jornais, atas, relatórios das conferências, pesquisas), monografias e trabalhos de instituições de pesquisa; avaliações institucionais e documentos de entidades de classes, além de relatórios das bases de dados como: o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), sistemas de avaliação existentes na instituição como o Sistema de Avaliação de Desempenho - SADE, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Sobre Nascidos (SINASC). O período de análise será de 1993 a 1996, estendendo-se até 1997 em alguns momentos em função das bases de dados existentes.

A utilização de múltiplos instrumentos e focos de observação é também considerada uma forma de avaliar a coerência dos resultados, sugerindo uma maior confiabilidade interna dos dados utilizados, aumentando assim a validade interna.(3) Na articulação dessas diversas fontes, as informações quantitativas foram subordinadas à análise qualitativa. Na contemplação das múltiplas fontes, buscou-se compensar a insuficiência de uma fonte pela informação de outra fonte. Dessa forma estaremos operando com indicadores sinérgicos, ou seja, indicadores que mesmo não sendo robustos, vão reforçando uma determinada linha de análise, por apontarem sempre no mesmo sentido e por trazerem embutidos indícios semelhantes. Estaremos buscando indícios de mudanças através de dados que, se isolados, muitas vezes seriam insuficientes.

RESULTADOS

Optamos por apresentar apenas os principais resultados em cada dimensão analisada, em função da extensão do texto. Na dimensão do financiamento houve uma importante alteração nos recursos investidos, em função do acréscimo dos investimentos municipais e recursos federais. Estes últimos foram resultantes da adesão do município à Gestão Semiplena, elevando o teto em função do aumento da produção de serviços e melhora do registro. Os recursos próprios oriundos do tesouro municipal, passaram de 8,7% em 1992 para 12,4% em 1996. Outro aspecto importante foi o aumento do gasto ambulatorial, que, comparado ao recurso hospitalar, sofreu uma inversão, passando de 49,5% em 1994 para

53,3% em 1996, mostrando o maior investimento da gestão na assistência ambulatorial.

Houve um aumento na folha de pagamentos, passando de 15,9 milhões (1993) para 121,6 milhões (1997) e ampliação em mais de 1000% na compra de medicamentos. Foram contabilizados investimentos na ordem de 40,4 milhões de reais ou 10% dos recursos do SUS no município, em gastos referentes ao Projeto Vida e Acolhimento, em 1996. Por dificuldades metodológicas de acompanhamento ao longo do período, não conseguimos avaliar o incremento, mas observamos que o mesmo foi ampliado, especialmente em: Recursos Humanos, medicamentos, imunização, leitos de risco. Além de ser efetivamente acrescido por gastos não existentes anteriormente como: teste do pezinho, convênio com a Pastoral da Criança, programas como doenças respiratórias e desnutrição e o acolhimento.

A medida do acesso é complexa, pois a rigor teríamos que estabelecer a capacidade de o paciente obter, quando necessário, o cuidado com a saúde. Recorremos então a medidas indiretas que indicaram o aumento da oferta de serviços e, conseqüentemente, a maior facilitação do acesso, mas não o acesso em si. Ocorreu no período um aumento da capacidade instalada, demonstrada pela ampliação de diversas unidades, entre elas: Centros de Saúde que passaram de 118 (1992) para 126 (1996); as unidades de Urgência passaram de 2 para 4 no mesmo período; foram criados serviços de saúde mental, especialidades, laboratórios, entre outros. Ocorreu no período redução de 10.925 para 7.832 leitos, em função de maior rigor na regulação pública, controle de fraudes e internações desnecessárias. Houve também no período de 1993 a 1996, aumento na produção de procedimentos ambulatoriais. Os atendimentos básicos passaram de 6,7 milhões para 14,8 milhões; os procedimentos radiodiagnósticos de 66 mil para 144 mil, os exames complementares: 1,1 milhão para 2,3 milhões e as consultas médicas 1,4 milhão para 2,3 milhões (12, 13). Apesar do aumento, a oferta de consultas médicas foi de 1,77 consultas/hab/ano; abaixo dos parâmetros do Ministério da Saúde (2 a 3 cons./hab/ano). As consultas pediátricas foram 0,33 cons./hab/ano, dentro do esperado (0,31 a 0,47 cons./hab/ano).(14)

O investimento em Recursos Humanos foi realizado por meio da contratação por concurso e terceirização. O número de postos de trabalho em dezembro de 1992 era de 6.432, ampliado para 9.685 em fevereiro de 1997, representando um acréscimo de 50,2%. Esse aumento resultou principalmente da incorporação de pessoal do quadro próprio concursado. Paralelamente houve redução do quadro de servidores estaduais e federais. Observamos também iniciativas importantes na capacitação de pessoal.

O indicador, incorporação de outras necessidades no atendimento, buscou avaliar em que medida as portas da rede se abriram para as novas demandas colocadas pelos usuários. O indicador possibilitou detectar propostas e projetos que conseguiram incorporar necessidades novas, buscando atenção integral, resolutive e universal. O evento estudado foi o programa de acompanhamento das crianças com doença respiratória, que propiciou o aumento do

vínculo e da responsabilização da equipe com as crianças inscritas. Esse projeto reduziu em 21% a reinternação hospitalar em 601 crianças acompanhadas no período.

Para os indicadores de eficácia, optamos por descrever apenas alguns dos principais resultados, em função da extensão dos mesmos. Os dados de morbidade ambulatorial analisados revelam o crescimento dos atendimentos de casos mais agudos, que cresceram na rede, de uma média de 49,7% dos atendimentos em 1994, para 57,5% em 1996. Esses diagnósticos se referem principalmente às doenças respiratórias leves e moderadas, otites e asma, traduzindo uma mudança no perfil ambulatorial, com maior captação de agravos e riscos, principalmente na pediatria. Quando comparado o percentual de atendimento aos agudos em 5 CS que implantaram acolhimento, esse percentual ampliou de 45% para 58%, enquanto em outros 5 que não implantaram, o atendimento aos agudos reduziu de 45% para 42% no mesmo período.

A análise dos dados do SIH mostrou redução das internações gerais em Belo Horizonte no período de 1993 a 1996, da ordem de 18%. No que se refere às internações de menores de 28 dias, no período de julho a dezembro de 1993 e igual período de 1996, encontrou-se uma redução das internações de residentes em Belo Horizonte em (-40,2%), permanecendo a mesma proporção de internações na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Esse quadro repetiu-se em crianças entre 28 dias e menores de 1 ano, ocorrendo redução nas internações por: pneumonias (-34,8%), diarreia (-64,5%), septicemia (-62,2%), bronquite/asma (-29,2%) e desnutrição (-84,6%), ocorrendo uma redução global de (-40,9%) das internações em residentes em Belo Horizonte, enquanto na RMBH a redução foi de (-7,3%).(13)

A cobertura vacinal mostrou-se adequada, situando-se acima de 90% em todas as vacinas, durante o período, o que resultou inclusive na redução de doenças imunopreveníveis como difteria, coqueluche, caxumba e rubéola. O programa de combate à desnutrição apresentou bons resultados no período observado, 1993 a 1996. Houve aumento da inscrição/captação de desnutridos de 7.470 crianças para 14.705 inscritos, declínio da desnutrição nos atendimentos ambulatoriais de 3,7% (1994) para 3,3% (1996), diminuição das internações por desnutrição, em -84,6% e da mortalidade infantil por desnutrição de 12,3% para (4,8%), ambas no período de 1993 a 1996.(13)

Observamos redução do coeficiente de mortalidade infantil no município (CMI), distritos e áreas de abrangência. Verificamos redução do CMI global do município em 24,4%, que passou de 34,4/1000 (1994) para 25,8/1000 (1996). Também ocorreu redução do CMI nas áreas de abrangência. A redução ocorreu em conseqüência da diminuição do componente pós-neonatal causado por pneumonias, infecções intestinais, desnutrição e outras mais facilmente evitáveis.

A análise das condições de saúde referenciadas territorialmente constitui-se em importante campo de estudo para evidenciar as desigualdades regionais e intra-urbanas. Visando identificar os diferenciais intra-urbanos

em Belo Horizonte, estudamos o CMI nas diversas áreas do município, avaliando sua evolução no período 1994/1996. Foram utilizados os dados do SINASC e SIM dos anos de 1994 e 1996, bem como mapas temáticos, com o recorte geográfico das "área de abrangência" dos centros de saúde. Para o cálculo dos CMI dessas áreas, visando corrigir possíveis flutuações aleatórias, em decorrência de números pequenos e instáveis, aplicou-se o método Bayesiano empírico. Também ocorreu redução do CMI nas áreas de abrangência. Em 1994, oito áreas apresentaram CMI acima de 50/1000, e em 1996 não foi observada nenhuma área com esse coeficiente; em 1994, vinte e nove áreas apresentaram CMI entre 35 a 50/1000, caindo para apenas quatro áreas em 1996; em 1996, observamos um maior número de áreas com CMI abaixo de 35/1000 em relação a 1994. Em 1996, verificamos maior homogeneidade na distribuição dos CMI, reduzindo as desigualdades intra-urbanas. Maiores detalhes poderão ser obtidos em outra publicação sobre esse tema.(15)

Os indicadores de publicização encontram-se listados no Quadro I. No período ocorreu efetiva participação popular tanto nas definições, quanto no controle e fiscalização das ações de governo. Esta asseveração é confirmada, por exemplo, pela ocorrência de inúmeros fóruns coletivos, pelo crescimento da população envolvida no processo, pelo compromisso com as deliberações das Conferências Municipais, pela interlocução com os fóruns instituídos e pelo papel do CMS, importante interlocutor e ator político. A participação popular se deu nas definições, no controle e fiscalização das ações de governo. Eram 20 Comissões Locais de Saúde em 1993, passando para 108 em 1996; além de se organizarem Conselhos Distritais em todos os 9 Distritos Sanitários. Houve crescimento da população envolvida no processo. Houve também a preocupação com a construção coletiva das propostas, envolvendo os trabalhadores nos projetos institucionais, bem como a criação de colegiados nas diversas instâncias.

A implantação do Acolhimento tornou-se um bom marcador do processo, tendo aprovação consensual nos diferentes fóruns de participação popular (Conselhos e Conferências). Sua implantação, no entanto, esbarrou em entraves relacionados às pressões corporativas por parte dos trabalhadores da saúde, por ser um dispositivo que altera o processo de trabalho. Pesquisa qualitativa de avaliação do Acolhimento, conduzida pelo CMS, mostrou que 95% dos Gerentes e 72,7% dos trabalhadores preferiam o atendimento na unidade com o acolhimento. Dentre os pontos positivos, destaca-se a mudança do acesso aos casos agudos nas unidades, maior humanização no atendimento, ampliação do acesso, o aumento do vínculo entre usuários e equipe, a otimização do trabalho da enfermeira e do trabalho médico.(16)

As novas tecnologias empregadas foram: ferramentas do Planejamento Estratégico e da Análise Institucional que impulsionaram as mudanças, possibilitando a reflexão sobre o cotidiano dos serviços, extraindo as distintas lógicas institucionais que atuam em um dado serviço, interrogando sobre o processo de trabalho em saúde, sobre a "captura do trabalho vivo em ato", a privatização

dos espaços públicos, entre outros. Os instrumentos empregados foram: a rede de petição e compromisso, os protocolos assistenciais, o fluxograma e a avaliação de desempenho.(10)

A avaliação de desempenho constitui uma estratégia de gestão, que transfere rendimentos aos trabalhadores mediante o atingimento de indicadores e metas assistenciais. Esse instrumento possibilitou a pactuação coletiva em torno do projeto assistencial da Secretaria de Saúde, a construção coletiva de indicadores e metas, a avaliação dos processos, a motivação dos trabalhadores, aprofundando reflexões sobre o cotidiano dos serviços e suas contradições. Possibilitou aos vários atores a explicitação de seus projetos, permitindo o debate público dos espaços privados de trabalho, garantindo-se a inclusão de indicadores relativos ao Projeto Vida e ao Acolhimento na planilha de avaliação. O processo foi dinâmico, trazendo mudanças e envolvendo toda a rede, introduzindo processos de avaliação e debates constantes sobre resultados e desempenho. Cabe reconhecer a necessidade de aperfeiçoamentos e entre as críticas, a principal, foi a sua descontinuidade, em função do peso financeiro e não planejamento de longo prazo.

O fluxograma consiste em mapear os fluxos e o processo de trabalho, publicizando-os, tornando-se uma ferramenta para reflexão da equipe, mostrando os interesses distintos, os modos distintos de governar a instituição e provocando a reflexão das equipes acerca do seu cotidiano. A rede de petição e compromisso, constitui-se em um pacto produzido entre atores, em torno de determinado tema, tornando-se importante por permitir a publicização e o estabelecimento de compromissos entre os diferentes níveis diretivos e operacionais. Os protocolos assistenciais consistiram em protocolos técnicos na área da atenção à criança e à mulher, que propiciaram a capacitação das equipes, definição de atribuições entre as categorias, a padronização de condutas assistenciais, definição de critérios de risco, e auxiliaram na formatação da intervenção multiprofissional. Esses instrumentos foram utilizados na maioria das equipes (60 a 70%). Pesquisa qualitativa entre gerentes mostrou que reuniões periódicas de avaliação do acolhimento eram feitas por 72% das equipes e 66% dos gerentes afirmaram partilhar de processo de trabalho integrado e avaliavam a equipe comprometida com o trabalho.(16)

O tema da sustentabilidade torna-se importante na avaliação da continuidade das experiências. Em Belo Horizonte, em função de divergências na condução da Secretaria, ocorreu a troca da equipe dirigente e na seqüência foi estabelecida outra relação com o setor contratado / conveniado, reduzindo o controle e a gestão pública. Essa ruptura resultou na desestruturação de projetos importantes, principalmente o acolhimento, por estar mais afeto ao tema da gestão. O Projeto Vida por ser mais estruturado e incorporado às rotinas das equipes locais, foi menos atingido. O poder político é determinante para a hegemonização de dado projeto. A sua sustentação advém tanto da sua capacidade de governo quanto da sua governabilidade. A garantia de continuidade de

determinada proposta, não se faz de forma isolada pelo poder técnico. Mesmo tendo ocorrido adesão dos trabalhadores ao projeto, não foi suficiente para se fazer a institucionalização do mesmo.

DISCUSSÃO

A avaliação deve se constituir em um processo dinâmico, integrado ao processo decisório, devendo estar presente nas diferentes esferas de gestão. Deve ser um processo permanente e sistemático, articulada às ações implementadas, com vistas a subsidiar a definição de problemas, reorientar estratégias desenvolvidas, fornecer elementos para a transformação das práticas sanitárias, mensurar impactos das ações sobre a condição de vida de saúde das populações e sobre a organização dos serviços. Portanto, o monitoramento e avaliação tornam-se etapas fundamentais para gestão dos serviços de saúde.

A opção metodologia de usar das fontes existentes, estimula os técnicos do serviço no registro rotineiro das experiências. Essas fontes, mesmo que limitadas ou incompletas, podem e devem ser usadas, pois o uso combinado e simultâneo de fontes diversas, permite o confronto das mesmas, a qualificação dos registros e dados. Mesmo que tenhamos indícios e não resultados concretos, na medida em que utilizamos indicadores à exaustão e fontes várias, o retrato vai se completando. Procedeu-se ao confronto de informações e fontes, que são ou confirmadas, por outros indícios similares, ou desautorizadas, por inconsistência. Essa é uma abordagem que vem somar facilidades no processo de avaliação de serviços.(13)

Entre os resultados aferidos, o maior incremento no financiamento resulta de um novo formato de gestão pública, investindo-se por exemplo na estruturação da regulação (Controle e Avaliação), da fiscalização e acompanhamento do desempenho dos prestadores, reduzindo fraudes; além do incremento da rede ambulatorial pública e aumento dos investimentos em projetos considerados prioritários. Essas evidências nos permitem concluir que, no período analisado, houve maior comprometimento orçamentário com os projetos, produzindo-se maior comprometimento da riqueza social com a vida e com as políticas públicas em saúde.

Em relação à melhoria do acesso, destacamos a expansão da rede física, o aumento da produção de serviços e em especial o maior ingresso de casos agudos, demonstram como a mudança no processo de trabalho implantada na rede básica, possibilitou a mudança do fluxo nas unidades básicas. Casos agudos que antes não tinham a possibilidade de entrada em função do engessamento da porta de entrada passaram a ser priorizados, melhorando a possibilidade de resposta e de vigilância à saúde.

Os indicadores de eficácia demonstram diversas mudanças ocorridas que se traduzem em melhorias no quadro sanitário, tendo o conjunto de ações implementadas, produzido impacto positivo. Dentre elas destacamos a redução das internações, que foi motivada em parte pela melhoria assistencial, mas também pela melhoria da gestão, que através do Controle e Avaliação, controlou fraudes, internações desnecessárias e até mesmo descredenciou hospitais.

A redução da mortalidade infantil reflete diversos fatores associados, dentre eles melhorias nas condições de vida, no saneamento, queda da fecundidade, não podendo ser atribuídas exclusivamente às intervenções estudadas. Cabe destacar que a importância da reorganização da assistência (dos serviços ambulatoriais e hospitalares), o papel da vigilância à Mortalidade infantil, no acompanhando das crianças menores de um ano situadas em áreas de risco, favelas, o que contribuiu nos resultados, principalmente na maior homogeneização dos coeficientes de mortalidade infantil em todas as áreas de abrangência, ou na cidade como um todo.

O tema da publicização foi tomado sob a perspectiva da democratização da gestão, da construção coletiva das propostas, partilhando o processo decisório e da subordinação ao interesse público. Concluímos que essas foram pautas importantes no SUS/BH.

Através da reorganização do processo de trabalho houve uma melhor utilização dos recursos da Unidade de Saúde, qualificando o trabalho dos profissionais, integrando os profissionais na assistência e resgatando o trabalho multiprofissional. Essa mudança possibilitou a ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisão, por ampliar os espaços de escuta e trocas, o que mobilizou as forças instituintes, que tendem a transformar as instituições, desencadeando um intenso movimento de forças criativas e propostas inovadoras.

A gestão pautou-se por práticas democráticas, buscando partilhar o processo decisório, tentando ampliar o leque de atores aderidos ao projeto, buscou também o controle do setor conveniado, estruturando o controle e avaliação, traçando estratégias de intervenção nos leitos hospitalares, redesenhando o fluxo, ampliando leitos de risco, definindo critérios de qualidade, entre outros. O marcador publicização demarca um novo modo de operar a política, com princípios democráticos, por isso torna-se tão sensível na avaliação dos modelos.

O uso das ferramentas analisadoras permitiu revelar qualitativamente o modo de operar o cotidiano, a finalidade daquele trabalho, os princípios ético-políticos que comandavam aquela ação. Os trabalhadores passaram a dialogar, a se expressar, a ocupar os espaços do trabalho, contribuindo para tornar a gestão menos privada e mais coletiva na perspectiva da construção do "trabalhador coletivo".(10)

A discussão da sustentabilidade é uma reflexão estimulada por experiências de interrupção e descontinuidade de projetos muitas vezes eficazes e modernizantes, em função da troca de dirigentes. Torna-se importante avaliar a instituição de mecanismos de auto-sustentação, na produção de atores (sujeitos) que mantenham os projetos, ou, na institucionalização dos mesmos. Diante desta experiência fica sempre a interrogação: Como incorporar esses avanços de forma mais definitiva na instituição? Como institucionalizar o projeto? Uma das alternativas consiste na criação de estruturas técnicas permanentes, investindo-se no grau de profissionalização da gerência, capacitação, formação, a fim de sustentar minimamente esses avanços, por se constituírem em lócus de poder organizacional. Sem

dúvida, este se torna um desafio constante, mostrando a tensão constitutiva do campo da saúde.

CONCLUSÃO

Neste trabalho pode-se verificar que os dispositivos analisados, Projeto Vida e o Acolhimento, provocaram intervenções positivas, possibilitando a ampliação da dimensão do núcleo cuidador, desencadeando processos mais conjuntos e partilhados no interior da equipe e melhorando a resposta assistencial. Ao analisarmos a intervenção, à luz das dimensões de avaliação - financiamento, acesso, eficácia, publicização, novas tecnologias de trabalho e sustentabilidade do projeto - foi possível concluir que houve avanço e melhoria dos indicadores analisados. Produziram-se mudanças no modelo de atenção, permitindo ampliar o acesso, aumentar a publicização, ampliar o financiamento das ações e assegurar a maior eficácia dos serviços no SUS de Belo Horizonte, especialmente junto à população infantil. Entretanto, não houve sustentabilidade desses projetos de governo, mesmo com os avanços reconhecidos.

A saúde é um território de práticas em permanente estruturação, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres, não existindo apenas um formato único possível. Por se representar como um território tenso e aberto, sempre podem emergir novos processos instituintes como chaves para a permanente reforma do próprio campo de práticas, o que constitui em si desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado. (17)

A gestão em saúde terá de enfrentar a tensão nos terrenos da política, da organização e do processo de trabalho, em que os conflitos entre os atores estarão sempre em cena. Assim, os distintos projetos terão de utilizar, nas suas estratégias gerenciais, novas modalidades assistenciais, que não anulem as anteriores, convivendo e recriando o novo. Cabe também não abandonar as lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde mais eficiente, sem substituir a racionalidade principal deste agir, que é a cuidadora, comprometida com a defesa da vida.

Ao se tentar estabelecer considerações sobre a generalização de uma dada intervenção, busca-se um processo de validação externa, ou seja, utilizam-se seus resultados e aprendizados para estabelecer algumas reflexões gerais. O presente trabalho possibilitou não somente avaliar os dispositivos institucionais empregados em Belo Horizonte e analisar o seu impacto, mas, através das dimensões de avaliação utilizadas, pôde-se também contribuir com uma metodologia de abordagem de outras experiências. A metodologia proposta permite olhar para outros municípios e avaliá-los quanto ao modelo de atenção implantado, seus pressupostos, acertos e limites.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sulbrandt J. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. In: Kliksberg, B, organizador. Pobreza: uma questão inadiável. Brasília: ENAP; 1994.
2. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A Avaliação na área de saúde. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
3. Hartz ZMA. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
4. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. México: Instituto Nacional de Salud Publica; 1990.
5. Campos GW. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciên & Saúde Colet 1999; 4(2): 141-170.
6. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1994.
7. Ferreira ABH. Dicionário básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1995.
8. Souza MW. Publicidade e consumo cultural. Acesso em 02 abr. 2001. Disponível em: www.montessorinet.com.br
9. Almeida RMR, Infantes AFC. Avaliação de tecnologias em saúde: uma metodologia para países em desenvolvimento. In: Barreto ML, Almeida Filho N, Barata RB. Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1998.
10. Merhy EE, Chakkour, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
11. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento- PNUD. Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA-Instituto De Pesquisa Econômica Aplicada; Brasília, DF: PNUD; 1996.
12. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-SMSA/BH. Departamento de Ações de Saúde. Serviço de Atividades Assistenciais. Pesquisa de avaliação do acolhimento junto aos gerentes de centros de saúde. Belo Horizonte; 1997.
13. Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993- 1996. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; Campinas; 2001.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Parâmetros Assistenciais do SUS. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, DF. 2002.
15. Malta DC, Almeida MCM, Dias MAS, Merhy EE. A Mortalidade Infantil Em Belo Horizonte por Área de Abrangência dos Centros de Saúde, 1994/1996. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001 set./out.; 17(5): 1189-98.
16. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte 1994 a 1997. Relatórios de gestão. Belo Horizonte: 1997. Mimeografado.
17. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Quadro 1 - Indicadores, fontes e medidas utilizados na avaliação do Projeto Vida e Acolhimento.

Indicador de Financiamento	Medida
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evolução dos recursos do ROT no financiamento do SUS em BH 2. Evolução do gasto ambulatorial 3. Evolução do gasto com pessoal 4. Evolução dos recursos aplicados na compra de medicamentos 5. Gastos especificamente com o Projeto Vida e o Acolhimento 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos próprios do tesouro municipal – 1992 e 1996 2. Proporção do gasto ambulatorial em relação ao hospitalar entre 1994 e 1996 3. Evolução de gastos com recursos humanos 4. Evolução de gastos na compra de medicamentos 5. Gastos com Projeto Vida e Acolhimento
Indicadores de Acesso	Medida
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evolução da rede física própria e contratada 2. Incorporação de Recursos Humanos 3. Capacitação da força de trabalho 4. Evolução da oferta de serviços ambulatoriais próprios 5. Cobertura de consultas médicas aos residentes 6. Incorporação de outras necessidades em saúde⁴ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evolução da rede de serviços próprios e credenciados entre 1992 e 1996 2. Evolução dos postos de trabalho 3. Identificar iniciativas de capacitação de RH no período 4. Evolução dos procedimentos ambulatoriais de 1992 a 1996 5. Oferta de consultas médicas aos residentes (Número de consultas/habitante/ano) 6. Identificar a implantação de projetos inovadores na atenção à criança.
Indicador de Eficácia	Medida
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atendimento de casos agudos pediatria⁵ 2. Comparação do atendimento dos casos agudos na pediatria nos CS com e sem acolhimento⁵ 3. Distribuição de atendimentos realizados pela equipe do Acolhimento⁵ 4. Cobertura Vacinal⁶ 5. Evolução das doenças imunopreveníveis⁶ 6. Evolução das internações em Belo Horizonte⁷ 7. Internação de menores de 28 dias por local de residência⁷ 8. Internação de crianças entre 28 dias e 1 ano por local de residência⁷ 9. Visitas aos RN do programa de Vigilância à Mortalidade Infantil⁴ 10. Captação dos desnutridos no programa de combate à desnutrição⁵ 11. Morbidade ambulatorial, hospitalar e mortalidade por desnutrição no município⁸ 12. Evolução da Mortalidade Infantil⁹ 13. Evolução da Mortalidade Neonatal⁹ 14. Evolução da Mortalidade Pós-Neonatal⁹ 15. Evolução da Mortalidade Infantil em Belo Horizonte por área de abrangência dos CS, 1994/1996⁹ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medir o atendimento de casos agudos nos CS, na pediatria entre 1994 e 1996 2. Comparar o % de atendimento de casos agudos na pediatria em 5 CS que implantaram acolhimento e CS sem acolhimento, entre 1994 e 1996 3. Avaliar a capacidade resolutive da equipe de acolhimento 4. Avaliar a cobertura vacinal em menores de 1 ano, no período de 1993 a 1996 5. Avaliar no período de 1993 a 1996, a evolução das doenças imunopreveníveis 6. Avaliar a evolução das internações gerais em Belo Horizonte no período de 1993 a 1996 7. Comparar a evolução das internações em crianças menores de 28 dias, de Belo Horizonte e da região metropolitana, em 1993 e 1996 8. Comparar a evolução das internações por causa de crianças entre 28 dias e 1 ano, de Belo e da região metropolitana, em 1993 e 1996 9. Avaliar o % de visitas domiciliares aos menores de 1 ano do programa de Vigilância à Mortalidade Infantil em 1994 e 1995. 10. Avaliar a evolução de crianças inscritas no programa entre 1996 e 1997 11. Avaliação da desnutrição no período de 1993 a 1996, nas diversas bases de dados. 12. Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil entre 1993 a 1996 13. Evolução do Coeficiente de Mortalidade Neonatal de 1993 a 1996 14. Evolução do Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal, de 1993 a 1996 15. Mede a variação da mortalidade infantil por área de abrangência dos CS, comparando 1994 e 1996, investigando diferenças intraurbanas em pequenas áreas

Continuação do Quadro I.

Indicador de Publicização	Medida
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fóruns de concertamento democrático¹⁰ 2. A publicização da gestão nas Unidades de Saúde¹¹ 3. O Acolhimento na perspectiva dos diversos atores: COREN, Sindicato dos Médicos e CMS¹² 4. Avaliação dos Gerentes e trabalhadores¹² 5. Avaliação dos usuários¹² 6. Estratégias adotadas na relação público e privado no âmbito do Projeto Vida 7. Evolução do nº de leitos de cuidado intermediário para recém nascidos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nº de instâncias criadas e fóruns realizados 1993/1996 2. Avaliar formatos organizacionais para a direção da Secretaria 3. Identificar posicionamento das entidades sobre o acolhimento 4. Percentual de aprovação entre trabalhadores e gerentes 5. Percentual de aprovação entre os usuários. 6. Medidas adotadas para aumentar o controle do público sobre o privado na gestão da Secretaria 7. Nº de leitos de cuidado intermediário acrescidos
Indicador de novas tecnologias de trabalho	Medida
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mudanças produzidas pelos instrumentos de mudança do processo de trabalho¹³ 2. O papel da Avaliação de Desempenho na implantação do acolhimento¹² 3. O percentual de utilização das ferramentas e instrumentos gerenciais pelas equipes¹² 4. Avaliação da integração do processo de trabalho das equipes¹² 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descreve os instrumentos empregados no processo de gestão e avalia qualitativamente algumas mudanças no processo de trabalho 2. Avalia qualitativamente a introdução da Avaliação de Desempenho na rede e seu papel na implantação do acolhimento 3. Avalia a utilização das ferramentas de mudança do processo de trabalho pelas equipes locais (CS) 4. Avalia qualitativamente a integração das equipes, segundo relato dos gerentes e dos CS

Fonte: Malta (2001) que trabalhou com as seguintes bases de dados e relatórios: ¹ Relatórios de Gestão da SMSA/BH, ² Planilha construída pelos autores a partir do SIH/SIA/Folha de Pagamento/Relatório de Gestão, ³ SIA, ⁴ Relatórios de Gestão/ Relatórios da Atenção à criança/SMSA, ⁵ SADE (Sistema de Avaliação de Desempenho), ⁶ PNI/Relatórios de Imunização SMSA, ⁷ SIH/Relatório de Gestão, ⁸ Pesquisa de morbidade ambulatorial/SIH/SIM, ⁹ SIM/SINASC, ¹⁰ Documentos do Conselho Municipal de Saúde, ¹¹ Jornais e documentos das entidades, ¹² Pesquisa qualitativa de avaliação do acolhimento CMS-(Conselho Municipal de Saúde), ¹³ Relatórios da SMSA de implantação do acolhimento e avaliação de desempenho.