

A implantação de um modelo de gestão que garanta a humanização da atenção ao usuário

Angela Campos de Amorim Vaz¹

Carla Lopes Ribeiro²

Maria Aparecida Teles Brandão Rodrigues³

Maria Lucia Machado Viana⁴

¹ Assistente social; especialista em Gestão Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/ESP-MG; Chefe de Divisão Assistencial e membro da Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional do Centro Geral de Reabilitação – CGR/Fhemig.

² Psicóloga; especialista em Administração Hospitalar pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais – ESP-MG; Gerente-Administrativo e membro da Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional do Centro Geral de Reabilitação – CGR/Fhemig.

³ Terapeuta Ocupacional; especialista em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais – ESP-MG; coordenadora da Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e terapeuta da Equipe de Neuropediatria do Centro Geral de Reabilitação – CGR/Fhemig.

⁴ Terapeuta Ocupacional; especialista em Gestão Hospitalar pela ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/ESP-MG; diretora Geral do Centro Geral de Reabilitação – CGR/Fhemig.

Resumo

O presente trabalho propõe descrever a experiência de um serviço público de reabilitação na implantação de um modelo de gestão participativa e descentralizada, o modelo assistencial proposto e os resultados alcançados na humanização da assistência aos usuários.

Palavras-chave

Gestão participativa; humanização; reabilitação.

The implantation of a management model that guarantees the human of the attention to the user

Abstract

The study describes the implantation of the participative and decentralized management in a Rehabilitation Public Service. The model and outcomes of human of the assistance are describe.

Key-Words

Participative management; human; rehabilitation.

Introdução

A idéia de relatar a experiência do Centro Geral de Reabilitação (CGR)/ Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) reflete o desejo de partilhar erros e acertos, que, ao longo de anos, se vêm acumulando e que proporcionaram mudanças significativas na prática gerencial.

Portanto, pretende-se, aqui, descrever os caminhos percorridos por um serviço público de saúde que busca incorporar tecnologias que contribuam para a humanização na atenção às pessoas portadoras de deficiência que necessitam de assistência em reabilitação.

Objetivo

Apresentar as ações realizadas pelo Centro Geral de Reabilitação, voltadas para a humanização da atenção e da gestão, destacando-se a implantação da gestão participativa, a avaliação sistemática da satisfação do usuário e a implantação do acolhimento.

Caracterização institucional

O Centro Geral de Reabilitação (CGR), criado em março de 1987, é uma unidade ambulatorial da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Está situado na região hospitalar de Belo Horizonte, à rua Domingos Vieira, 463, e presta assistência em reabilitação, nas áreas de ortopedia, neurologia, adulto e infantil, e reabilitação respiratória.

Em 27 de junho de 2002, o CGR foi credenciado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/SAS nº 431, como Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação – Nível C, constituindo-se como referência em alta complexidade para a Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, como está preconizado na Portaria nº 818/GM de 05 de junho de 2001. Após esse credenciamento, passou a ter como atribuição, também,

prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

Missão

Prestar assistência em reabilitação com excelência técnica, visão integral, humanizada e ética, contribuindo para reinserção do indivíduo nos seus papéis sociais e para melhoria da sua qualidade de vida.

Princípios norteadores

Visando garantir o cumprimento da missão e a condução unitária da instituição, foram construídos coletivamente os valores que são os princípios norteadores das ações desenvolvidas no CGR. São eles:

Compromisso com a saúde pública: CGR norteado pelas políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado para as necessidades da sociedade.

Foco no usuário: ter o usuário como a razão de sua existência, construindo uma relação de respeito, escuta e valorização, oferecendo-lhe soluções que promovam sua satisfação.

Ética nas relações: Relações respaldadas pelo respeito, transparência e comprometimento mútuo.

Gestão participativa: Gestão que garanta uma visão sistêmica da instituição, promovendo participação, cooperação e trabalho em equipe.

Visão de resultado: Ter compromisso com o resultado e com os impactos sociais da atuação dos profissionais, buscando o engajamento das pessoas com a missão do CGR e zelando pela imagem institucional.

Compromisso com o crescimento profissional e institucional: O crescimento pessoal e profissional exige que cada um tenha a capacidade de conduzir o seu próprio desenvolvimento. O CGR atuará disponibilizando recursos e criando condições de

Pretende-se, aqui, descrever os caminhos percorridos por um serviço público de saúde que busca incorporar tecnologias que contribuam para a humanização na atenção às pessoas portadoras de deficiência que necessitam de assistência em reabilitação.

desenvolvimento voltadas para o propósito da instituição.

Perfil da clientela

Em pesquisa realizada sobre o perfil da clientela atendida no CGR, constatamos que 52% dos usuários em tratamento são do sexo feminino, 60% estão na faixa etária entre 20 a 59 anos, considerada economicamente ativa, 19% na faixa etária de 0 a 10 anos, 15% das pessoas acima de 60 anos e os demais na faixa etária de 11 a 19 anos.

A área de abrangência está distribuída da seguinte forma: 80% dos usuários residem em Belo Horizonte, 16% na região metropolitana e 4% de outras cidades do interior do Estado de Minas Gerais.

Quanto ao órgão encaminhados, os hospitais da Rede Fhemig são responsáveis por 58% dos encaminhamentos, e, além destes, o CGR recebe 24% de usuários encaminhados pela rede municipal de saúde, e 18% dos usuários por hospitais conveniados ao SUS, particulares e outros.

Recursos humanos

O quadro de recursos humanos apresentado a seguir é composto por 83 funcionários distribuídos entre as áreas administrativa e assistencial. Para a assistência, o Centro Geral de Reabilitação conta com fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, médicos, fonoaudiólogos, nutricionista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Quadro de Recursos Humanos por Categoria Profissional

	Categoria Profissional	Total
A	Terapeuta Ocupacional	14
S	Fisioterapeuta	17
S	Fonoaudiólogo	03
I	Psicólogo	04
S	Assistente Social	03
T	Ortopedista	02
E	Fisiatra	01
N	Nutricionista	01
C	Enfermeiro	02
I	Auxiliar Enfermagem	03
A	Atendente Enfermagem	01
L		
	Sub-total I	51
A	Auxiliar Administrativo	14
D	Tec. Administrativo	01
M	Auxiliar Serviço Especializado	02
I	Administrador	01
N	Porteiro	02
I	Recepcionista	01
S	Auxiliar de Serviço Gerais	03
T	Auxiliar de Limpeza	05
I	Office boy	01
V	Vigilante	02
O		
	Sub-total I	32
	Total Geral	83

Capacidade operacional

No ano de 2005, foram realizados 74.143 procedimentos, conforme mostra o quadro a seguir.

Produção Anual

Mês	Procedimentos realizados	
	BPA	APAC
Janeiro	5.486	242
Fevereiro	4.718	222
Março	6.832	297
Abril	6.386	309
Maiο	6.161	364
Junho	5.738	312
Julho	5.891	354
Agosto	6.559	375
Setembro	6.234	420
Outubro	6.000	418
Novembro	4.907	416
Dezembro	5.173	329
Total	70.085	4058
Total geral	74.143	

Fonte: Relat6rios de Faturamento – Sistema de Informa67es Ambulatoriais (SIA)/SUS

Informa67es gerenciais sobre a assist6ncia

Durante o ano de 2005, iniciaram tratamento na unidade 2.553 novos usu6rios. A m6dia de agendamentos di6ria foi de 279 usu6rios, sendo registrada uma taxa m6dia mensal de absenteísmo do usu6rio de 22%. Esta taxa 6 um indicador que vem sendo trabalhado pelos gerentes de cada equipe e que 6 de difıcil interven67ao em fun67ao das caracterısticas dos usu6rios que freqüentam esse servi67o. Esses usu6rios, na sua maioria, t6m sua autonomia motora comprometida, dependendo, dessa forma, da ajuda de outras pessoas para comparecer ao tratamento. Outra dificuldade encontrada pelos usu6rios 6 a aquisi67ao do Passe Livre por meio do Cart6o Metropolitano de Transporte –

pela BHTrans (6rg6o municipal respons6vel pelo gerenciamento do transporte coletivo na cidade).

Ao citar a produ67ao anual, n6o podemos deixar de relatar a dificuldade em lidar com a demanda muito superior 6 capacidade institucional instalada. De janeiro a dezembro de 2005, trabalhou-se com uma m6dia mensal de 224 usu6rios aguardando inıcio de tratamento em lista de espera por um perıodo m6dio de 41 dias.

Financiamento

O financiamento do CGR 6 garantido pelos recursos do tesouro do Estado e pela receita da pr6pria Fhemig, proveniente da arrecada67ao do SUS, o que garante o apoio e a continuidade das a67oes propostas.

Implantação do modelo de gestão participativa

Caracterização de “Administração Gerencial”

Como projeto gerencial desenvolvido nesses últimos anos, buscou-se a implantação de uma “administração gerencial” em que se propõe a montagem de um novo modelo de gestão participativa e descentralizada que garanta a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão. Esse modelo é proposto pelo Laboratório de Planejamento e Administração da UNICAMP (LAPA).

O que se denominou de “administração gerencial” (até mesmo por falta de designação mais adequada) tenta dar conta de um duplo movimento: de um lado, tentar equacionar a necessidade de autonomia do profissional liberal *versus* coordenação, e, de outro, tentar a reestruturação de uma instituição de saúde frente aos novos tempos, que exigem mais e mais compromissos com a eficácia e efetividade e com a transparência perante a sociedade. Duplo desafio!

Essa administração gerencial assume as seguintes características:

- Adoção de tecnologias leves de planejamento estratégico (CECILIO, 1997) para a elaboração de planos de ação;
- Adoção de organograma horizontalizado que resulta na diminuição dos níveis hierárquicos dentro da organização;
- Ênfase na “comunicação lateral” para a agilização do enfrentamento dos problemas;
- Gestão colegiada em todos os níveis, que, na verdade, se resumem a dois: os colegiados dos serviços e uma “direção superior” representada por um

“colegiado de gerentes” com poder para definir a política da organização e avaliar o seu desempenho;

- Profissionalização de uma área de “desenvolvimento institucional” para apoio ao processo de implantação e acompanhamento do modelo;
- Profissionalização da gerência dos serviços. O foco da gestão está na equipe e não nas corporações;
- Ênfase na utilização intensiva da informação, organizada em indicadores para o monitoramento contínuo do desempenho da organização;
- Criação de mecanismos formais e regulares tanto de avaliação da satisfação dos usuários como de intervenção direta destes no processo de gestão;
- Adoção de uma “caixa de ferramentas” (MERHY, 1997) que, em grande medida, é originária das propostas de gestão da qualidade para apoiar o processo gerencial;
- Explicitação da missão e dos princípios norteadores;
- Ênfase no trabalho em equipes que, de forma isolada ou agrupada, vão se constituir nas unidades básicas do sistema de direção.

Histórico da implantação do modelo de gestão participativa

Ao descrever a experiência da instituição na implantação do modelo de gestão participativa e descentralizada, mostraremos as estratégias de mudanças adotadas visando assumir as características de uma administração gerencial já descritas anteriormente.

Como projeto gerencial desenvolvido nesses últimos anos, buscou-se a implantação de uma “administração gerencial” em que se propõe a montagem de um novo modelo de gestão participativa e descentralizada que garanta a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão.

De 1991 para os dias atuais, direção e trabalhadores do CGR vêm buscando alcançar uma administração gerencial que seja mais participativa, democrática, de maior responsabilidade, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada.

A tentativa de viabilizar esses objetivos foi no dia a dia, esbarrando em dificuldades que se concretizavam por meio da inexperiência gerencial, dos conflitos corporativos e do acúmulo de ações emergenciais. Foram constantes as seguintes perguntas:

- Como colocar em prática aquela idéia, discutida em assembleias, e viabilizar a participação de todos no gerenciamento?
- Como construir um pensar coletivo para a instituição?
- Como evitar que os interesses e projetos individuais superem o projeto institucional, que deve ser centrado no usuário?

Na prática, continuava-se, ainda, desenvolvendo o gerenciamento baseado no modelo burocrático clássico, reproduzindo o modelo centralizado da própria Fhemig e, que esperava apenas respostas a muitas perguntas, que, na verdade, eram direcionadas a situações de prestação de contas e controle do dia-a-dia.

A participação da diretora, em 1993, e, posteriormente, de mais 3 profissionais no curso Descentralizado de Especialização em Gestão Hospitalar, promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em parceria com a Escola de Saúde de Minas Gerais (ESMIG), possibilitou a primeira aproximação com o modelo de gestão proposto pelo Laboratório de Planejamento e Administração da Unicamp (LAPA) e, conseqüentemente,

o repensar da prática gerencial vigente. Nessa época, foi possível refletir e, de certa forma, sentir um certo alívio, com o pensamento de Carlos Matus que diz: “Governar ou conduzir é algo muito complexo... É uma arte, mas não é pura arte”. E assim, com a certeza de que esse caminho podia ser trilhado, se partiu em busca de maior “Governabilidade” utilizando a técnica do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Essa metodologia foi a escolhida por auxiliar na compreensão da realidade, na identificação de problemas centrais, na análise desses problemas e na elaboração de propostas para solucioná-los, resultando num plano de ação.

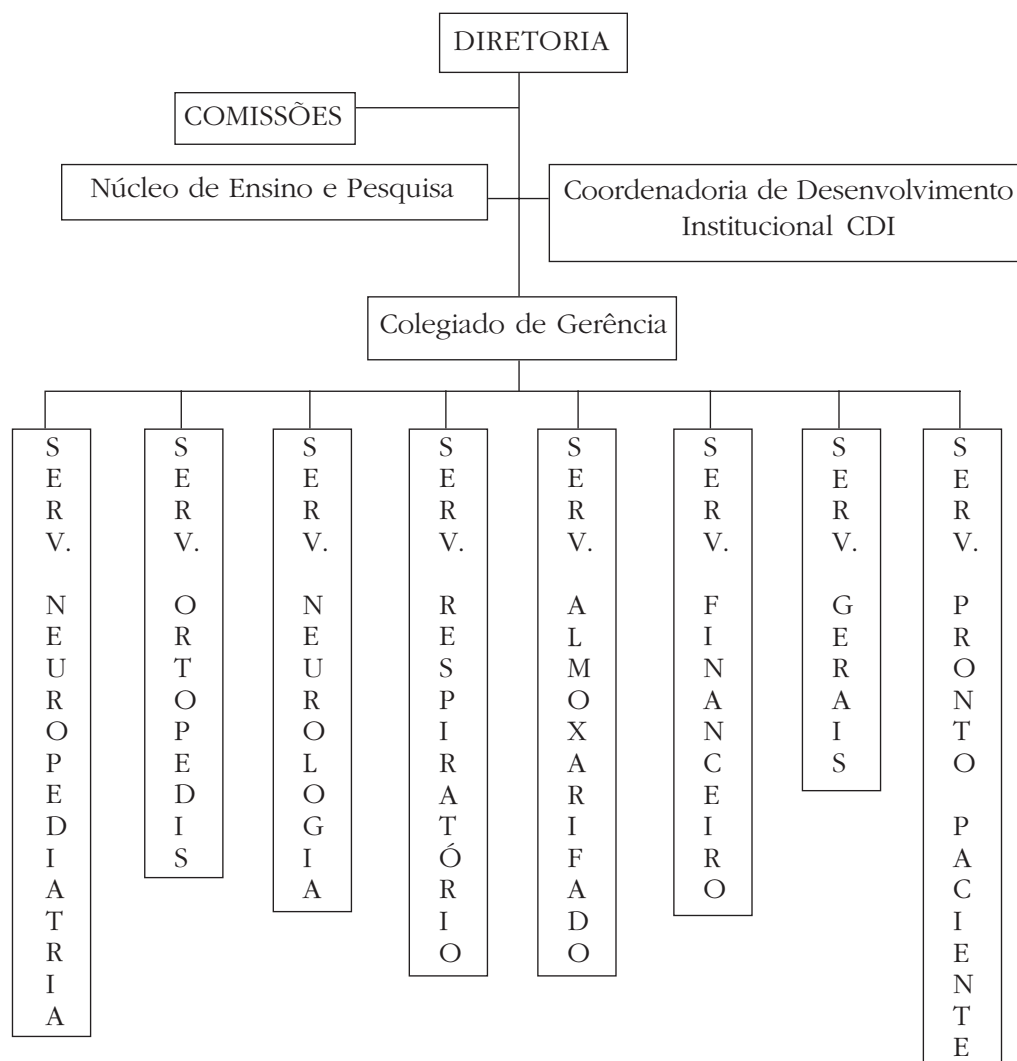
Formou-se, então, um Grupo Diretor, hoje denominado Colegiado de Gerência, e foram desenvolvidos, inicialmente, três projetos para solucionar os nós críticos identificados pelo Planejamento Estratégico:

- Falta uma efetiva descentralização da direção;
- Missão institucional pouco clara;
- Inexistência de indicadores de avaliação.

Em 1995, foi implantado um novo organograma horizontalizado que racionaliza os níveis hierárquicos, organizado por equipes interdisciplinares e não mais por corporação, o que facilita a comunicação lateral entre os gerentes e que prevê uma instância colegiada e uma coordenadoria de desenvolvimento institucional.

O Colegiado de Gerência tem como objetivo descentralizar as decisões, dar mais autonomia aos gerentes, permitir maior responsabilização, bem como impulsionar o crescimento institucional.

O Colegiado de Gerência tem como objetivo descentralizar as decisões, dar mais autonomia aos gerentes, permitir maior responsabilização, bem como impulsionar o crescimento institucional.



A Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional (CDI) tem como objetivo coordenar o trabalho desenvolvido com o Colegiado de Gerência; implantar, coordenar e acompanhar o sistema de informações; assessorar a direção e os gerentes em questões estratégicas para o desenvolvimento e crescimento institucional.

O monitoramento do desempenho da instituição é realizado por meio de um conjunto de indicadores que

facilita a utilização da intensiva da informação, objetivando apoiar o processo de tomada de decisão gerencial. Esse conjunto de indicadores está organizado em uma planilha, apresentada abaixo, que contempla não só indicadores da área assistencial como também da área administrativa. Esses indicadores foram retirados da planilha específica de cada serviço, com base em critérios definidos pelo Colegiado de Gerência.

Planilha geral de indicadores

Indicadores	Meta	% atingido
01. % de alta por abandono – CGR*	-	
02. % de altas melhoradas – CGR*	-	
03. % da Capacidade Potencial – CGR*	95%	
04. Taxa de absenteísmo do usuário – CGR*	15%	
05. Média de permanência na lista de espera – CGR*	30 dias	
06. % de atendimentos cancelados pelos profissionais	3%	
07. % de agendamento incorreto/mês	0%	
08. % de conceito Bom e Ótimo do Questionário da Avaliação de Satisfação do Usuário	85%	
09. Tempo decorrido entre a chegada da N. F. no CGR e sua liquidação	02 dias	
10. N.º de itens padronizados que não foram atendidos.	0	
11. Tempo decorrido entre a emissão da PAMC'S (Proposta de aquisição de material ou contratação de serviços) e o envio do empenho para fornecedor com compra direta.	22 dias	
12. Tempo decorrido entre a emissão da PAMC'S e o envio do empenho para fornecedor com licitação.	20 dias	
13. N.º de itens fora de uso no estoque	0	
14. N.º de folha de pagamento com lançamentos incorretos	0	
15. N.º de lançamentos incorretos na produtividade	0	
16. N.º de erros no Vale-Transporte	0	
17. Taxa de absenteísmo geral	5%	

*Esses itens são coletados separadamente por equipes assistenciais.

Essa planilha constitui-se num instrumento que permite monitorar, acompanhar os processos de trabalho e identificar os problemas que interferem na ação-fim.

Avaliação da satisfação do usuário

A avaliação da satisfação do usuário é pesquisada por meio de um questionário, desde maio de 1996, e hoje se avalia que faz parte da cultura institucional escutar e valorizar a “fala” do usuário.

No questionário, as respostas são apresentadas por intermédio dos conceitos: Bom - Regular - Ruim.

Abaixo demonstramos o significado dos conceitos:

- O conceito Bom representa clientes altamente satisfeitos e fiéis ao serviço.
- O conceito Regular representa clientes indiferentes e que estão sujeitos à mudança de serviços.
- O conceito Ruim representa clientes insatisfeitos que estão procurando outras instituições.

Apresentamos, a seguir, o modelo de questionário utilizado:



Questionário de avaliação da satisfação do usuário

Pedimos que você responda às perguntas deste questionário; precisamos saber a sua opinião sobre o nosso serviço.

Não é necessário que você se identifique.

Agradecemos por sua opinião e, sempre que necessitar, estaremos às suas ordens.

Coloque o questionário respondido na caixa de sugestões. Obrigado!

Data: _____

Equipe:

Neurologia Neuropediatria

Ortopedia Respiratório

01) O que você acha do serviço da portaria (porteiros) C

Ruim Bom Regular

02) Como você está sendo atendido na recepção (Balcão)?

Ruim Bom Regular

03) Como você foi atendido pelo profissional do acolhimento (1º atendimento)?

Ruim Bom Regular

04) Você sabe o nome do profissional que está realizando seu tratamento?

Sim Não

05) Você recebeu informações quanto ao seu problema de saúde?

Sim Não

06) O que você acha dos atendimentos prestados pelo CGR por:

a) Enfermagem:

Ruim Bom Regular

b) Consulta médica:

Ruim Bom Regular

c) Fisioterapia:

Ruim Bom Regular

d) Terapia Ocupacional:

Ruim Bom Regular

e) Psicologia:

Ruim Bom Regular

f) Serviço Social:

Ruim Bom Regular

g) Fonoaudiologia:

Ruim Bom Regular

h) Atendimento em Grupo:

Ruim Bom Regular

i) Acupuntura:

Ruim Bom Regular

j) Nutrição:

Ruim Bom Regular

07) Você considera que seu tratamento está trazendo melhora para seu problema?

Sim – Ruim Bom Regular

Não – Por quê?

08) O que você acha da limpeza do CGR?

a) Área de espera:

Ruim Bom Regular

b) Sala de Atendimento:

Ruim Bom Regular

c) Banheiros:

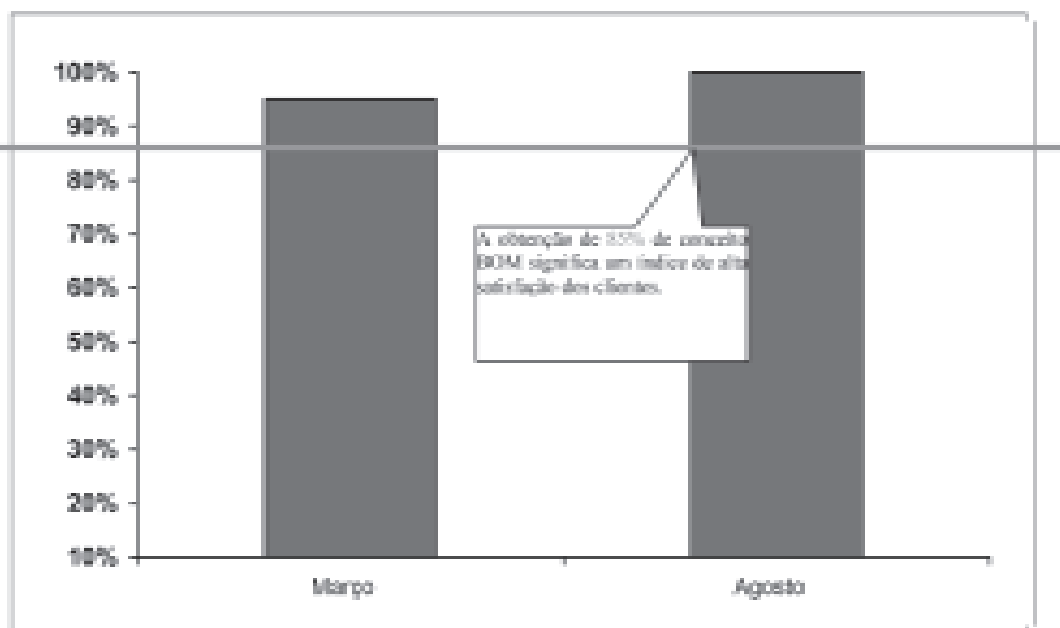
Ruim Bom Regular

09) Se alguém precisar de atendimento, você indicaria este serviço?

Sim Não

10) Faça sua sugestão ou comentário para a melhoria do nosso serviço.

Gráfico demonstrativo da “Avaliação da Satisfação do Usuário”– Ano 2005



Fonte: Questionário de Satisfação do Usuário – Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional – CDI/CGR

O gráfico acima demonstra que o conjunto dos usuários avalia o CGR com um alto índice de satisfação.

Consideramos a contribuição do usuário de suma importância para melhoria da qualidade do serviço; dessa forma, as sugestões e as críticas feitas por eles são analisadas no Colegiado de Gerência e utilizadas para a elaboração de planos de ação que visam atender as reivindicações dos usuários.

Modelo assistencial voltado para a humanização da assistência

Processo de implantação do acolhimento

O acesso dos usuários nos programas de reabilitação do CGR se dá por meio do acolhimento que, conforme Reis (1998), “faz parte da construção de um modelo assistencial que considera a melhoria da qualidade do serviço prestado e do acesso, que resgata a humanização do atendimento e o compromisso com as necessidades dos usuários”.

A implantação do acolhimento no CGR é uma experiência recente, que permitiu vivenciar momentos de tensão e prazer. Tensão pelas dificuldades que todo processo de mudança impõe e prazer por ver que é possível transformar formas antigas de atenção em um novo modo de produção do ato de cuidar.

Anteriormente, as equipes se organizavam de acordo com a demanda, adotando critérios distintos de acesso, ou seja, cada uma funcionava de forma autônoma, não privilegiando a complementaridade, com mecanismos internos de produção do cuidado diferenciados. Essa forma de organização não estava atendendo as necessidades dos usuários, e, do ponto de vista do gerenciamento, apesar dos esforços, continuavam a emergir problemas como:

- Fila na porta da unidade para agendamento na equipe de Ortopedia, sem garantia de atendimento para tratamento;
- Critério de ordem de chegada para o agendamento;
- Maior concentração de demanda em algumas equipes;

A implantação do acolhimento no CGR é uma experiência recente, que permitiu vivenciar momentos de tensão e prazer. Tensão pelas dificuldades que todo processo de mudança impõe e prazer por ver que é possível transformar formas antigas de atenção em um novo modo de produção do ato de cuidar.

- Número elevado de pacientes aguardando tratamento em lista de espera;
- Falta de agilidade na ocupação de vagas;
- Falta de dispositivos gerenciais para controlar a disponibilização de vagas;
- Gessamento dos processos internos de organização do atendimento;
- Desconhecimento da real demanda do serviço;
- Impossibilidade da “escuta” de todos os usuários que procuravam o serviço.

Diante desse cenário, ficou evidente a necessidade de propor alternativas ao modelo vigente, e a diretriz adotada pela direção foi “Acolhimento ao Usuário através de Porta Única”. Essa diretriz, a princípio, gerou resistências, principalmente pelo temor de que, ao abrir as portas e acolher todos os usuários que procurassem o serviço, haveria um volume de demanda inadmissível. As reflexões que se seguiram centraram nas questões:

- Como dar atendimento a todo paciente?
- Como criar outros critérios de atendimento que permitissem avaliar a gravidade e a urgência?
- Como proporcionar a escuta ao usuário, a manifestação do seu sofrimento?
- Como introduzir novas práticas no atendimento?
- Como fazer a interlocução com os outros serviços para direcionar a demanda?
- Como institucionalizar essa proposta transformando-a num pacto coletivo a serviço da cidadania?

Todas essas questões, com certeza, não tiveram respostas rápidas e

nem tampouco estão totalmente respondidas. O que, de fato, constatamos é que a conscientização e a publicização desses questionamentos foram suficientes para avançar em direção ao seu enfrentamento.

Para a implementação da proposta “Acolhimento através de porta única”, optou-se por construir um plano de ação, utilizando-se da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Esse plano de ação foi construído coletivamente em oficinas de trabalho, pelos gerentes assistenciais, profissionais das equipes, direção e membros da Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional. Nessas oficinas, o grupo descreveu, em tarjetas o que considerava ser os objetivos do acolhimento ao usuário através de porta única. São eles:

- Receber de forma mais humanizada o usuário;
- Agilizar a recepção dos pacientes no Centro Geral de Reabilitação;
- Agilizar a entrada do usuário no programa de tratamento;
- Rapidez de tratamento para casos urgentes;
- Dar uma resposta imediata ao usuário;
- Atender com equidade;
- Incentivar as parcerias entre os profissionais;
- Possibilitar um trabalho realmente interdisciplinar;
- Democratizar e ampliar os saberes;
- Aproveitar, de forma mais eficaz, os recursos humanos e tecnológicos da instituição;
- Compartilhar responsabilidades;
- Identificar melhor a demanda.

Elaborou-se, então, o plano de ação para enfrentamento dos problemas

e viabilização da implantação do acolhimento. A escolha dos profissionais para formar a equipe de acolhimento foi feita a partir de um perfil acordado entre os trabalhadores e os gerentes, mas a adesão foi voluntária, e buscou-se privilegiar um membro de cada equipe. A partir de todos esses critérios, a equipe de acolhedores é composta, atualmente, por médico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social.

Pode-se afirmar que a metodologia do PES utilizada foi fundamental para organizar e preparar a mudança. Avançou-se nas discussões, mas havia, ainda, dificuldades para sua implementação. Para iniciar essa mudança foi elaborado um manual contendo os fluxos e os critérios de inserção de cada equipe para que o grupo de acolhedores pudesse uniformizar as condutas no momento do acolhimento.

Atualmente, o acolhimento funciona de segunda a sexta-feira, de 10:00h às 12:00h e de 15:00h às 17:00h.

Esse horário foi definido depois análise do número de pessoas que procuravam o serviço diariamente.

Após a implantação, a equipe de acolhedores passou a se reunir periodicamente para identificar os problemas e buscar soluções conjuntas. Criou-se, também, um sistema de informação que monitora diariamente a demanda de usuários que procuram o serviço, e, a partir desses dados, é possível conhecer e avaliar as seguintes informações:

- número total de pacientes que procuraram o serviço;
- número de pacientes que iniciaram tratamento imediatamente;
- número de pacientes que iniciaram tratamento imediatamente por meio de lista de espera;
- número de pacientes que foram encaminhados para outros serviços;
- perfil da demanda;
- distribuição dos usuários acolhidos por equipe.

Pode-se afirmar que a metodologia do PES utilizada foi fundamental para organizar e preparar a mudança. Avançou-se nas discussões, mas havia, ainda, dificuldades para sua implementação. Para iniciar essa mudança foi elaborado um manual contendo os fluxos e os critérios de inserção de cada equipe para que o grupo de acolhedores pudesse uniformizar as condutas no momento do acolhimento.

Gráfico demonstrativo do acolhimento/2005. Total de usuários: 2.290



Fonte: Relatórios do acolhimento – Serviço Prontoário Paciente (SPP)/CGR

A experiência do CGR com o acolhimento nos permite constatar que esse é um importante dispositivo organizacional para atravessar a micropolítica dos processos de trabalho em

saúde e proporcionar mudanças na relação com o usuário. O acolhimento tem possibilitado refletir, com o conjunto dos trabalhadores, o modelo assistencial vigente, suas dificuldades e

deficiências na perspectiva do desafio de buscar a adoção de novas práticas de humanização.

Após a implantação do acolhimento, em agosto de 2000, podemos afirmar que temos o compromisso de dar resposta a todos os usuários que procuram o CGR de forma mais humanizada e responsável. Verificamos também, como resultado do acolhimento, a redução das filas e do tempo de espera e, conseqüentemente, a ampliação do acesso.

Trabalho interdisciplinar

A assistência no Centro Geral de Reabilitação é realizada por meio de equipes interdisciplinares especializadas, buscando maior eficácia na prestação dos serviços.

Equipe de Ortopedia

Presta assistência a pacientes portadores de patologias ortopédicas, como amputados, politraumatizados, seqüelas de fraturas e patologias reumatológicas, incluindo, ainda, programas de atendimento a queimados, a portadores de patologias da coluna vertebral, a pós-mastectomizados e a pré e pós-protetizados.

Fazem parte dessa equipe os seguintes profissionais: ortopedista, fisiatra, assistente social, psicóloga, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e auxiliares.

Equipe de Neurologia Adulto

Presta assistência interdisciplinar a adultos com seqüelas neurológicas, como acidente vascular cerebral, parali-

sia facial periférica, distrofia muscular progressiva, esclerose lateral amiotrófica, esclerose primária, esclerose múltipla, Mal de Parkinson, neurocisticercose e outras.

O processo de reabilitação se inicia com o atendimento individual e familiar. Quando necessário, é realizado, também, atendimento domiciliar.

A equipe é composta pelos seguintes profissionais: fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, psicólogo e fonoaudiólogo.

Equipe de Neuropediatria

Propõe-se a estimular o desenvolvimento biopsicossocial, recebendo crianças até 3 anos com disfunção neuropsicomotora e crianças até 12 anos com seqüela neurológica recente. O programa prevê, também, orientação aos pais para participação do processo de reabilitação de forma ativa e integrada.

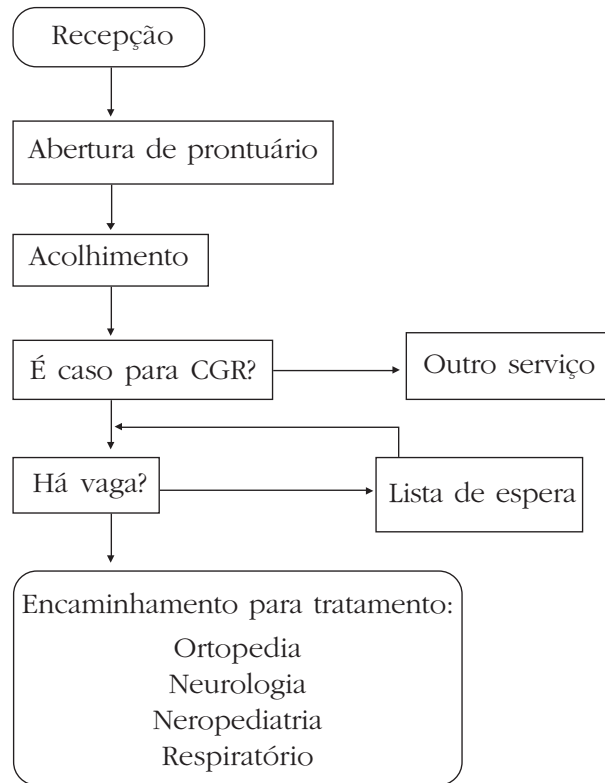
O atendimento é interdisciplinar e realizado pelos seguintes profissionais: terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogo, fonoaudiólogo e ortopedista infantil.

Equipe de Reabilitação Respiratória

Atende portadores de doenças pulmonares que necessitam de reabilitação ambulatorial, contribuindo para melhorar os padrões respiratórios por intermédio de técnicas de desobstrução pulmonar, exercícios respiratórios e orientações gerais.

O atendimento é interdisciplinar e realizado pelos seguintes profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

Fluxo do usuário



Modos de operar o cuidado com foco na humanização da atenção:

As ações desenvolvidas por essas equipes, visando identificar e atender, de forma humanizada, as necessidades dos usuários em seu processo de reabilitação, incluem:

- Atendimento individual feito pelos profissionais das equipes que, após uma primeira avaliação, definem as prioridades e os objetivos a serem atingidos em cada caso, como também o número de sessões necessárias. Os recursos tecnológicos contemplam eletrotermoterapia, crioterapia, cinesioterapia, prevenção de incapacidades, estimulação sensorio-motora, confecção de órteses e outros.
- Atendimento em grupo consiste em esclarecimentos sobre as patologias, técnicas de

relaxamento, cuidados posturais e orientações. A dinâmica do grupo é determinada conforme a especificidade de cada equipe.

- Orientação familiar tem como objetivo envolver a família no processo de reabilitação, esclarecer quanto ao diagnóstico e prognóstico dos pacientes, orientar quanto às atividades de vida diária, orientar quanto a manuseios e condutas que, usados no dia-a-dia podem influenciar beneficemente no resultado do tratamento.
- Oficina terapêutica consiste na realização de atividades manuais, como pintura, bordado, recortes etc., com objetivo de estimular a capacidade produtiva do paciente e resgatar conhecimentos adquiridos anteriormente, levando a uma melhora na qualidade de vida.

A experiência de implantação de um novo modelo de gestão tem nos mostrado que é possível realizar mudanças na administração pública de forma participativa e descentralizada. Dessa forma, a valorização do trabalho de cada um, as decisões coletivas, as árduas buscas de consenso têm sido um exercício constante de todos nós, na construção de uma assistência mais digna, efetiva e de qualidade.

- Grupo de cuidadores tem como objetivo promover melhoria na qualidade de vida do cuidador, prevenindo a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem afetar a saúde e a qualidade de vida do cuidador de idosos e de outras pessoas dependentes.
- Atendimentos domiciliares têm como objetivo conhecer o ambiente familiar em que o paciente está inserido, orientar quanto ao posicionamento e mobiliários adequados a cada caso, traçar um plano de tratamento e orientação e identificar e treinar o cuidador.
- Visitas institucionais têm como objetivo a avaliação para reinserção do paciente nas atividades profissionais, readaptação ou mudança de função, reavaliação para o processo de aposentadoria. No caso de visitas a escolas, o objetivo é auxiliar na inclusão da criança na comunidade.

Considerações finais

A busca constante do aprimoramento, sobretudo na relação com o

usuário, tem sido um desafio constante que a equipe do CGR procura enfrentar no cotidiano, pois, segundo Campos (2000), “o paciente trata-se de um ser biológico, com uma subjetividade complexa, e mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades”.

A experiência de implantação de um novo modelo de gestão tem nos mostrado que é possível realizar mudanças na administração pública de forma participativa e descentralizada. Dessa forma, a valorização do trabalho de cada um, as decisões coletivas, as árduas buscas de consenso têm sido um exercício constante de todos nós, na construção de uma assistência mais digna, efetiva e de qualidade.

Hoje podemos afirmar que temos o compromisso de dar resposta a todos os usuários que procuram o CGR de forma mais humanizada, responsável e resolutiva. Os resultados alcançados mostram que estamos tendo êxito, mas, também, que sempre teremos desafios a enfrentar na direção da construção coletiva de um serviço com uma nova racionalidade gerencial e com a missão de reinserção social.

Referências

- CAMPOS, R. *et al.* *Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Reescrevendo o Público*. São Paulo: Xamã, 1998.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira *et al.* *Administração Gerencial em uma Organização Governamental de Saúde: refletindo sobre algumas questões estratégicas*. 1998. (mimeo).
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). cap. 5. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicado ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- COUTINHO, Ana Augusta Pires. *Acolhimento como estratégia para reformulação do modelo assistencial: a experiência do Centro Geral de Reabilitação*. 2000. (mimeo.).
- MERHY, Emerson Elias. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. *op. cit.*
- REIS, Afonso T. *Acolhimento: um novo trabalho em equipe*. 1998. (mimeo).