

# Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública

Denise Loureiro Chaves dos Santos<sup>1</sup>

Lourdes Supert<sup>2</sup>

Maria Salete Macedo<sup>3</sup>

**Resumo:** Este estudo trata o Acolhimento como alternativa na forma de atendimento dos serviços básicos de saúde, insere-se no modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida, apresenta-se como proposta de humanizar os serviços de saúde, ampliar o acesso aos usuários e promover qualidade de vida. A pesquisa foi realizada com 41 trabalhadores de saúde de Porto Alegre, São Leopoldo e Viamão, tendo como objetivo saber o que eles entendem por Acolhimento. Foi utilizado o método qualitativo da análise fenomenológica com referencial de BARDIN para interpretação dos dados. Evidenciou-se, através de suas falas, que muitos deles possuem algum entendimento sobre o significado de Acolhimento.

**Palavras-Chave:** Acolhimento; Atenção primária de saúde; Porto Alegre; Viamão; São Leopoldo.

## Introdução

Este estudo foi realizado para atender a um dos requisitos do curso de Formação de Sanitaristas - Ano 2001 - Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública.

O tema eleito para nossa pesquisa, Acolhimento, foi abordado num recorte centrado no trabalhador dos serviços públicos de saúde, por um viés que pretendeu investigar se eles entendiam o significado desse conceito no atendimento básico de saúde. Essa opção foi acompanhada do interesse pelo estudo das propostas alternativas que têm sido apresentadas, como contraponto ao modelo hegemônico de saúde no Brasil, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1988), onde destacamos o modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida, que norteia o sistema de Acolhimento.

Esse modelo despertou nosso interesse, a partir de estudos bibliográficos preliminares, pelo fato de tratar a saúde não apenas como ausência de doença, mas sim, como qualidade de vida que deve ser estendida a todos os cidadãos brasileiros. Por esse prisma, o Acolhimento, como primeiro passo de um processo que pretende, ao fazer saúde, produzir qualidade de vida para a população que busca atendimento nos serviços básicos de saúde, polarizou o núcleo de nossa pesquisa.

Nosso estudo foi buscar informações em três unidades básicas de saúde, nas cidades de Porto Alegre, São Leopoldo e Viamão, no Rio Grande do Sul, onde o sistema de Acolhimento, de maneira formal, ainda não foi desenvolvido. Para isso, efetuamos uma pesquisa, instrumentada num questionário aplicado nos trabalhadores dessas unidades, com o objetivo de investigar se esses trabalhadores entendem o que é Acolhimento.

Valemo-nos também como referência do material bibliográfico publicado sobre esse tema, dentro da linha de CAMPOS G.W.S, MERHY E. E. E CECÍLIO L. C., do

<sup>1</sup> Enfermeira, licenciada em enfermagem pela UFRGS, atua no serviço de atenção básica na SMS/PMMA e-mail: santosjr@portoweb.com.br.

<sup>2</sup> Enfermeira obstétrica - Unisinos, coordenadora de Unidade de Saúde de Viamão.

<sup>3</sup> Médica - Universidade de Passo Fundo, especialista em pediatria pelo HPV, coordenadora do Centro de Vigilância em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo

grupo Lapa/Unicamp. Serviu-nos também de apoio os textos sobre as experiências em Acolhimento, vivenciadas nas cidades de Campinas (SP), Betim (MG), Ipatinga (MG), Belo Horizonte (MG), Sobral (CE) e Caxias (RS).

Para a análise e inferência dos resultados da pesquisa nos referenciamos principalmente em Bardin (apud MORAES, 1999).

Esperamos, com este trabalho, contribuir de alguma forma para acrescentar novos subsídios sobre o papel do trabalhador da saúde pública e a humanização na atenção em saúde. Nesse sentido, pretendemos, com os resultados de nossa pesquisa, abrir algum espaço para refletir sobre Acolhimento, questão importante nas relações interpessoais trabalhador-usuário e, quem sabe, apontar para algumas soluções. Afinal, sonhar é preciso!

### **Novas propostas de atendimento na saúde pública**

A trajetória histórica da saúde pública brasileira tem sido pontuada, notadamente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), pela busca de soluções que promovam a toda população o acesso à saúde, com atendimento eficiente capaz de produzir qualidade de vida, direito constitucional do cidadão. Nesse sentido, essa Conferência encaminhou, a partir de seus debates, propostas de descentralização e democratização do sistema de saúde no Brasil, através de uma ampla Reforma Sanitária constando, entre outros, de um projeto de transição gradual das Ações Integradas de Saúde para o Sistema Unificado de Saúde (SUS).

Posteriormente, vindo ao encontro das propostas da 8ª CNS – 1986, a Constituição Republicana de 1988, símbolo que marca a passagem do Estado autoritário à abertura democrática do país, permitiu que se estabelecessem projetos de qualidade de vida para a população. Todavia, dividiu com a sociedade a responsabilidade pela saúde de seus cidadãos. No Art. 197, seção II, - Da Saúde – explicita que: “a Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, p. 118)

O desdobramento da Constituição, a Lei Federal nº 8080 de setembro de 1990, nas Disposições Gerais § 2º, amplia os princípios gerais e acrescenta: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 22). Nesse empenho, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde vêm propondo a reformulação dos modelos tradicionais que têm se apresentados insatisfatórios diante das necessidades sociais para implantar a Atenção Integral à Saúde, assentada nos preceitos constitucionais e na legislação do SUS.

Identificam-se, nesse período, críticas às lacunas deixadas pela experiência brasileira em buscar uma nova organização de serviços de saúde e prestação de assistência: tumultuado processo de municipalização da saúde e os severos cortes orçamentários no setor social (SILVA JUNIOR, 1998, p. 24), os esforços mudancistas com pequeno impacto sobre os problemas de saúde e mesmo sobre a eficácia dos serviços (CAMPOS, 1992, p. 145).

Mendes (1991), Misoczky (1991), Merhy et al. (1991), Campos (1991) e Teixeira (1992), entre outros, criticaram as formas de reorganização da assistência à saúde implementadas em alguns municípios, reproduzindo as velhas estruturas inamptianas, e propuseram novas alternativas. Paim (1992) indicava a necessidade de superar-se os modelos de prestação de serviços de saúde, tornando-os compatíveis com os propósitos de universalidade, acessibilidade, equidade, integralidade e impacto epidemiológico (SILVA JUNIOR, 1998, p. 25).

Algumas vertentes dessas idéias traduziram-se em novas opções para o atendimento à saúde. Sobre elas, teceremos algumas considerações a fim de esclarecer o contexto em que se insere o modelo que é tema de nossa pesquisa: Em Defesa da Vida.

### **Algumas considerações a respeito dos novos olhares sobre as práticas sanitárias no sistema de saúde pública**

Pensar saúde pública significa, *a priori*, reconhecê-la como parte das necessidades básicas da sociedade e, portanto, paradigma do desenvolvimento social. No Brasil, onde a população vive em meio à criminalidade urbana, num plano de acentuadas desigualdades sociais, os problemas se agravam, reforçados que são, segundo Silva Júnior (1998), “pelo aparecimento de novas e complexas doenças como a SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – e aquelas, chamadas “germes emergentes”. Ao que se soma também: “O reaparecimento de doenças ‘pestilentas’ do início do século, como dengue e cólera, dá-se no contexto desumano em que vive a população das cidades de grande dimensão, onde as ‘medidas profiláticas’ se revelam “inefcazes”.” (SILVA JUNIOR, 1998, p. 26).

Essa realidade serviu também para cristalizar novas propostas no chamado movimento reformista, que procurou ocupar alguns espaços na luta pela saúde. Os palcos dessas manifestações foram as Conferências Nacionais de Saúde, onde se buscou examinar criticamente a criação de novas formas de controle social.

Será a força das instituições políticas e dos movimentos popular e sindical nas cidades que tornará viável a participação autônoma e consistente de representante dos usuários [...] clientelismo e paternalismo ainda são características marcantes das relações entre Governo e grupos de interesse [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000, p. 36)

Recentemente, numa análise retrospectiva sobre a caminhada e os projetos do bloco reformista, Campos apontou para as dificuldades enfrentadas pelos governos democráticos e populares no empreendimento de mudanças na área da saúde, “fica difícil para a sociedade distinguir onde há conservação e onde haveria intenção de mudança” (CAMPOS, 1997, p. 134) afirmando que se costuma às vezes compensar a dificuldade para transformar apenas com um discurso crítico. Por outro lado, reafirma a validade da crítica, desde que apresentada na forma de projeto alternativo ao hegemônico, uma vez que, a partir desse posicionamento, conquistou-se a reformulação das políticas sanitárias, a exemplo da institucionalização do Sistema Único de Saúde.

Abriram caminho para essas mudanças modelos de saúde desenvolvidos e propostas desde “Santos e Bauru-SP, Nesco-PR, Nescon-MG, Departamentos de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, USP, UFBA, Unicamp, Fundap, Projeto Niterói- RJ e outros” (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 26), refletindo o esforço pela reformulação do sistema público de saúde.

A busca de alternativas que permitam a superação dos limites dos modelos vigentes vem sendo empreendida em vários estados e municípios do País há mais de uma década, com avanços e retrocessos decorrentes de alterações no contexto político-institucional, o mais das vezes desfavorável em função das restrições de caráter financeiro a que vem sendo submetido o processo de construção do SUS, bem como por mudanças nas opções políticas dos gestores do sistema em distintas conjunturas. (TEIXEIRA, 2000, p. 2)

Em seu livro “Modelos Tecno-assistenciais em Saúde – O debate no campo da Saúde Coletiva”, Silva Júnior (1998) destaca três propostas que se apresentaram como contraponto ao modelo hegemônico de saúde como forma de materializar o SUS na sua essência. São elas: a Silos-baiana-BA, a “Saudicidade” de Curitiba-PR e a proposta Em Defesa da Vida do Lapa/Unicamp.

Embora o tema “Acolhimento”, eleito para o nosso trabalho, esteja referenciado no modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida, discorreremos brevemente sobre as duas primeiras propostas apontadas por Silva Júnior (1998).

A proposta Silos-baiana incorporou concepções da Carta de Ottawa, documento extraído na I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1986), que estabeleceu como requisitos fundamentais à saúde “a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade” (MENDES, 1993 apud, SILVA JÚNIOR, p.11). Seu marco conceitual foi apresentado na XXII Conferência Sanitária Pan-Americana em 1986. A proposta desenvolveu-se na Bahia, principalmente na sua capital, Salvador, levada a frente por um grupo remanescente do “Movimento Sanitário”, composto por professores de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia.

A operacionalização deste modelo, inspirado nas recomendações da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1986), baseou-se na regionalização das ações de saúde através de Distritos Sanitários como uma forma de descentralizar decisões, para compreender os problemas locais e permitir maior acesso da população aos serviços de saúde. Contou com recursos públicos e privados para sua implantação para articular ações integradas de saúde em áreas de abrangência, com a participação da população envolvida.

A continuidade das ações dessa proposta encontrou nos interesses políticos, na falta de apoio do legislativo baiano e nos interesses dos grupos privados do poder local, seu principal entrave. Entretanto, para Silva Júnior (1998), a experiência prosseguiu dentro do processo de municipalização em Salvador e em vários municípios do Brasil.

O modelo “Saudicidade”, desenvolvido em Curitiba-PR, surgiu da proposta de “Cidades Saudáveis” apresentada em Toronto, Canadá, em 1984 e, paralelamente à proposta Silos-baiana, congregou elementos do histórico “Movimento Sanitário”,

apoiou os ditames da Carta de Ottawa (1986) e concebia saúde e doença na tradição da epidemiologia social latino-americana.

Nesse modelo, foram propostas modificações na atuação das unidades municipais de saúde. A saúde era entendida como determinação social e seus determinantes deveriam ser discutidos. Os serviços de saúde foram organizados na forma de Programas tais como o da “Mulher, da Criança, de Diabéticos, de Hipertensos e outros” (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 89).

De outra parte, o modelo de atenção que deveria ser instituído era o apregoado pelo SUS e o distrito sanitário, tal como fora sugerido pelo movimento da Reforma Sanitária. As ações de mudanças partiam das críticas aos modelos vigentes, já que estes eram incapazes de resolver a problemática gerada pelo processo urbano acelerado. O título “Saudicidade” – Saúde para a cidade - sugere o conteúdo dessa proposta.

Em relação à implementação do modelo Saudicidade, as dificuldades foram poucas. Os prestadores privados e as organizações médicas agiram com “desdém” em relação às propostas, sem, contudo, conseguir estabelecer sérios obstáculos (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 99).

### **Defesa da vida – uma perspectiva social para promover saúde**

O modelo tecno-assistencial de saúde Em Defesa da Vida, desenvolvido em Campinas-SP, originou-se de um grupo de profissionais de saúde que fundou o Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde – Lapa, nos finais dos anos oitenta.

Os componentes desse grupo fizeram parte do Movimento Sanitário Nacional desde a criação do Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, que foi criado dentro do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Na Universidade, viam eles o espaço para construção de um modelo de atenção à saúde que servisse de contraponto àquele estabelecido pelo neoliberalismo.

O modelo Em Defesa da Vida debruçou-se sobre questões críticas da saúde brasileira, tanto no terreno da saúde pública quanto privada, apontando para a fragilidade do modelo de atenção vigente e a decorrente insegurança dos cidadãos quando a ele recorrem para resolver seus problemas. Isso ocorre, segundo Merhy (1997), porque o modelo vigente está centrado no médico e no tratamento que, na maioria das vezes, se dá “de uma maneira impessoal, objetivante e descompromissada. (MERHY, 1997, p.118). Afirma ainda que:

[...] seria necessário reconstruir a idéia de autonomia do trabalhador em saúde, para além do médico e procurando a configuração do trabalhador coletivo, e construir um processo que publicize os espaços institucionais com a presença do conjunto dos atores, realmente interessados na saúde, em particular os usuários. (MERHY, 1997, p. 119)

A proposta Lapa-Unicamp perpassa por esse viés. Ela é centrada na preocupação da organização da produção de serviços e em projetos de construção de ações sociais cooperadas entre o sistema organizacional do serviço público e a sociedade. Assim, norteia-se pelos princípios da gestão democrática, saúde como

direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva. Como bem sugere Silva Júnior:

O processo de trabalho em saúde deve incorporar as amplas dimensões apresentadas pelos problemas de saúde, incluindo os usuários, a começar da forma como sentem suas necessidades em saúde e de serviços [...] humanização é vista como a garantia de acesso ao serviço e a todos os recursos tecnológicos necessários para defesa da vida; à informação individual e coletiva e à equidade no atendimento a todos os cidadãos. (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 101).

Nessa forma de conceber saúde, o grupo Lapa-Unicamp trouxe contribuições fundamentais e inovadoras diante de outras praticadas no país no “fazer” qualidade em saúde. Refere-se à epidemiologia social latino-americana, com limitação em perceber os aspectos individuais do adoecer, os desejos e interesses articulados na composição da demanda aos serviços. Assim, propõe a “incorporação de elementos da psicanálise e da análise institucional” (BAREMBLIT, apud, SILVA JÚNIOR, p. 103), na atuação da equipe de saúde para ampliar a capacidade de perceber a demanda e oferecer serviços mais adequados.

Outro ponto diz respeito aos usuários e à incorporação de novos sujeitos sociais na luta em Defesa da Vida. Refere-se ao trabalhador da saúde pública e ao contexto de sua insatisfação pela falta de reconhecimento profissional e, muitas vezes, às más condições de trabalho.

Este quadro tem estado presente cotidianamente na vida das instituições de saúde, no Brasil, e tem se expressado não só na total insegurança da clientela no tipo de atendimento do qual muitas vezes está sendo vítima, mas também na profunda crise de realização humana e profissional do conjunto dos trabalhadores do setor saúde [...] (MERHY, 1997, p. 28)

Mesmo assim, como bem refere Campos (1998), é preciso ter consciência de que trabalhar dentro do campo da saúde implica na subjetividade que o caracteriza, existindo uma proximidade física e conseqüentemente a interferência sobre o corpo e a vida do outro. Às vezes, até ouve-se o arfar, sente-se o suor, percebe-se o medo, ou o desespero do objeto cuidado. Vislumbres da linguagem corporal ressoam no espírito objetivo e treinado do técnico. O trabalho em saúde assenta-se sobre relações interpessoais todo o tempo. (CAMPOS, 1997, p. 250)

Perceber as relações interpessoais na saúde dessa forma é se colocar à disposição para mudanças. Certamente, é também abrir caminho para a humanização da saúde e para a possibilidade de defesa da vida. Luz acrescenta que:

[...] reduzir a saúde à ausência relativa de doenças a programas médicos curativos ou preventivos, tem sido, no modo de produção capitalista, a forma política de eludir o problema das condições de existência nele vigentes. (LUZ, apud FERNANDES, 1993, p. 23)

Por esse prisma, as relações entre o médico e os pacientes são traduzidas em receitas inócuas, “cronificação de doentes, pedidos de exame desnecessários: em uma palavra, medicalização”. (FERNANDES, 1993, p.25)

Por fim, a Lei Orgânica da Saúde que regulamenta o Sistema Único de Saúde em nosso país entende saúde de forma mais ampla:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens de serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Dizem respeito também [...] às ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 22)

O grupo Lapa-Unicamp referenda essas idéias e tenta, com sua proposta, tratar saúde não apenas como ausência de doença. Para os proponentes desse modelo tecno-assistencial, o cidadão assim o é, enquanto sujeito social com direitos de acesso à saúde, lazer, trabalho, moradia entre outros, abrindo assim a possibilidade de alcançar qualidade de vida.

O modelo Em Defesa da Vida vale-se dessa ótica conceitual de saúde para nortear os princípios de ação dos projetos propostos por ele, quais sejam: acesso e Acolhimento, vínculo e responsabilização, responsabilidade sanitária, resolutividade, gestão democrática e controle social.

Desses princípios, elegemos “Acolhimento” para realizar um estudo pelo seguinte viés: o que o trabalhador da saúde entende sobre Acolhimento? No segundo capítulo, discorreremos sobre os conceitos e significados de Acolhimento, suas experiências em algumas cidades brasileiras. No terceiro capítulo, referiremos sobre a pesquisa realizada junto aos trabalhadores de unidades básicas de saúde de Porto Alegre, São Leopoldo e Viamão, fazendo a análise qualitativa dos seus resultados.

### **Acolhimento no sistema de atenção básica de saúde**

Acolhimento, como parte do processo que pretende promover qualidade de vida através do sistema de saúde pública, representa a possibilidade de ampliação do acesso dos usuários a esses serviços. “Sua aplicação significa a retomada da reflexão da universalidade na assistência e da dimensão da governabilidade das equipes locais...” (MALTA, 1998, p.22). Entretanto, sua resolutividade depende da eficácia das ações produzidas pelo trabalhador da saúde, traduzida na satisfação das expectativas da pessoa que busca esse atendimento.

Essa estreita ligação que se estabelece para produzir qualidade de vida nas pessoas implica no pressuposto do “resgate e potenciação do conhecimento técnico das equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais da saúde...” (MALTA, 1998, p. 22). Dessa maneira, o Acolhimento:

[...] tornou possível, ainda, a reflexão sobre a humanização das relações em serviço e parte da lógica de poder contida nesse processo, contribuindo assim para uma mudança na concepção da saúde como direito. Ao permitir reflexões e criações coletivas envolvendo governo, trabalhadores e usuários, em um movimento de mudanças necessárias para traçar esse novo fazer em saúde, resgatou-se o espaço de trabalho como lugar de sujeitos. (MALTA, 1998, p. 22)

Assim, Acolhimento faz parte das relações que implicam no acesso do usuário, na humanização dessas relações e na responsabilidade para com a vida das pessoas. Nesse processo é possível envolver todos os trabalhadores da saúde, como forma de apresentar um atendimento de melhor qualidade, diferente daquele em que a saúde está somente nas mãos do núcleo intelectual formado pelos médicos. Isto se devia ao fato de que, historicamente, foi conferido a esse profissional, mesmo pelo próprio imaginário social, de que são os únicos capazes de lidar com a vida e com a morte.

Entretanto, na alternativa de atendimento proposta pelo Acolhimento, as ações do fazer saúde inserem-se num campo maior, abrangendo todos os trabalhadores de uma equipe de trabalho das unidades básicas de saúde. Dessa forma, o Acolhimento,

[...] se põe enquanto uma estratégia de reformulação no modo como têm se dado às relações interpessoais no processo de trabalho em saúde, implicando em uma nova organização desse processo [...] o acolhimento busca: uma maior humanização do atendimento nas unidades de saúde, uma ampliação da garantia de acesso a todos os sujeitos que demandam algo dos serviços de saúde, uma efetiva responsabilização dos profissionais com a saúde desses cidadãos e a conseqüente constituição de vínculos; assim como visa imprimir uma maior resolubilidade às ações desenvolvidas (REIS, 1997, p.3)

Nesse sentido, o campo de ação deve envolver todos os trabalhadores, anelados pelo mesmo objetivo de produzir qualidade de vida. Com esse pensamento, dedicamos os nossos esforços na busca por informações para saber como está o conhecimento do trabalhador da saúde sobre Acolhimento, se ele entende o seu significado, mesmo que seja através de suas atitudes e ações no atendimento aos usuários.

Assim, para nortear a investigação e sustentar teoricamente seus resultados, partimos da construção e alguns princípios básicos que perpassam Acolhimento. Para tanto, nos referenciamos em algumas publicações que discorrem sobre sua prática efetuada em algumas cidades brasileiras, tais como Campinas (SP), Ipatinga (MG), Caxias do Sul (RS), Betim (MG), Belo Horizonte (MG) e Sobral (CE). Por fim, enfeixando método e instrumento, buscamos o apoio teórico bibliográfico pelo viés do pensamento de Gastão Campos, E.E. Merhy e L. C. Cecílio.

Entretanto, para a primeira aproximação com o termo Acolhimento, nos valem do que dispõe Ximenes (2000). Segundo ele, Acolhimento significa “**recepção** que se faz a alguém, **atenção, consideração, refúgio e proteção**”. Embora esse conceito nos forneça uma idéia do seu significado, entendemos que no caso da interação trabalhador-usuário, seu sentido extrapola essa definição, pois passa pela escuta qualificada das necessidades e expectativas de quem procura o serviço público de saúde.

### **Acolhimento: conceitos e sua prática**

Conforme nos referimos no capítulo anterior, as reflexões críticas que se fizeram sobre o modelo hegemônico de atenção à saúde, intensificadas a par-



tir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), assentavam-se precisamente sobre as questões da humanização do sistema de saúde pública no Brasil. As considerações encaminhadas através do modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida foram de elaboração de projetos para promoção da qualidade de vida, numa proposta que envolve todo o processo de atendimento do sistema básico de saúde, desde a chegada do usuário nos serviços de saúde, sua recepção e os passos posteriores ao seu atendimento, sugerindo uma harmonização na qualidade desse atendimento para que a terapêutica possa produzir qualidade de vida, direito social de todos cidadãos.

Dessa maneira, Acolhimento, segundo alguns conceitos, atende a esses objetivos. O Acolhimento “[...] passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito. O Acolhimento na saúde é a construção de um novo modo de ver a doença, como responsabilidade social, a construção de solidariedade, compromisso e construção da cidadania”. (BUENO, apud COSTEIRA, 2001, p. 3)

É um modelo tecnoassistencial, orientado nos princípios do SUS que propõem, principalmente, reorganizar o serviço no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado para oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário. (FRANCO, 1997, p. 3)

Ou como ainda afirma Campos (1997):

Nos sistemas públicos, a noção de Acolhida poderia ser redefinida, ampliando-se seu significado tradicional conforme é empregado na prática clínica privada. Agora, a Acolhida deveria dizer respeito tanto da abertura dos serviços públicos para a demanda, como de sua vocação para responsabilizar-se por todos os problemas da saúde de uma região (p. 256).

Depreende-se, portanto, que Acolhimento deva efetuar-se através de ações, fazendo parte do sistema de atendimento, através da sensibilidade, sutileza e subjetividade no fazer do trabalhador da saúde. Isso implica na tolerância à diferença, na inclusão social, na escuta qualificada, responsável e comprometida.” O Acolhimento significa, em última instância, permitir que o usuário se organize como sujeito” (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL, 2000, p. 27), ficando dessa forma estimulado a recorrer ao serviço mais confiante na resolução dos seus problemas.

Há uma grande expectativa de que o trabalhador, individual ou coletivamente, possa responder resolutivamente ao seu problema. Espera que o conjunto das ações de saúde ao qual se dispõe a se submeter lhe traga benefícios, i.é, consiga alterar seu quadro problemático. Enfim, a sua grande expectativa é que as ações de saúde sejam efetivas e o satisfaçam. (MERHY, 1997, p. 120).

Campos (1998) complementa essa idéia, acrescentando que para a implantação desse modelo, se torna necessário assegurar autonomia à equipe de saúde, ao serviço local e não a cada indivíduo isoladamente, implicando ela também em

autonomia para definir e escolher, de forma criativa, as técnicas e normas do processo de trabalho específico. E segue dizendo que:

[...] o trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública [...] as intermináveis disputas de poder e a acomodação inercial dos trabalhadores no setor estatal têm diminuído em muito a capacidade de os serviços de saúde produzirem qualidade de vida. (CAMPOS, 1997 p. 230)

Portanto, no “fazer saúde”, Acolhimento implica em transformar a maneira como se vem dando acesso à população desde a “porta de entrada”, bem como significa mudanças em ações que decorrem desse primeiro contato, tais como agendamento das consultas e programação de serviços. Assim, além de contribuir para humanização e melhoria da qualidade da atenção, é uma estratégia de reorientação dos profissionais e nas relações desses com os usuários na melhoria do seu bem-estar. Atitudes reprodutoras do modelo hegemônico neoliberal nas relações trabalhador-usuário comprometeriam a qualidade dos serviços.

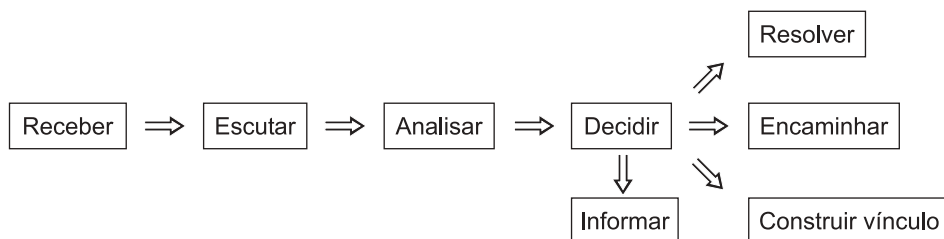
A falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde; a intensa desigualdade no atendimento dos diferentes estratos econômico-sociais e a vantagem dos cidadãos que podem pagar altos preços pelos serviços, no acesso ao melhor que se tem no setor, demonstra a desumanização do serviço na área da saúde. “O usuário, qualquer que ele seja, espera que a relação trabalhador de saúde e usuário seja capaz de gerar Acolhimento que permita uma atuação sobre seu sofrimento, o seu problema” (MERHY, 1997, p. 122).

Para isto, devemos procurar construir um outro tipo de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários, no interior do conjunto das instituições de saúde, não só do ponto de vista da participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência, mas principalmente na produção do compromisso cotidiano do trabalhador de saúde diante do cuidado. (MERHY, 1997, p. 126)

No sistema de Acolhimento, isso se traduz em ações com responsabilidade em que o trabalhador coloca todo o seu conhecimento e os recursos tecnológicos de que dispõe para tentar resolver o problema do usuário e assim construir a dignidade do trabalhador e a do paciente. O modelo de saúde derivado desse estilo seria aquele em que o trabalhador afasta-se da tradicional postura de distanciamento entre os próprios trabalhadores e deles com o usuário “de uma maneira impessoal, objetivante e descompromissada” (MERHY, 1997, p. 118).

Há uma postura de frieza e onipotência que tem caracterizado os serviços de saúde no Brasil, como bem revela Merhy, “... há uma barreira que separa os mortais dos olímpicos senhores de nossas necessidades” (MERHY, 1997, p. 119). Essa realidade impulsionou o esforço de profissionais que se debruçando sobre ela apontaram para algumas soluções que viabilizassem melhores serviços no campo da saúde pública. O Acolhimento se coloca precisamente nessa proposta alternativa.

As idéias que perpassam um atendimento qualificado vêm ao encontro das ações de Acolhimento que devem se encaminhar por etapas, quais sejam:



Contudo, nessa trajetória de Acolhimento, vale sublinhar a recepção e a escuta qualificada. Para escutar é preciso estar atendo aos sinais, muitas vezes não verbalizados, ou ainda, traduzidos no próprio silêncio do usuário. “Não basta apenas ouvir, é preciso escutar” (LEITÃO, 1995, p. 46). Sem isso, pode-se comprometer os resultados das ações e qualidade dos serviços de saúde.

De outra parte, é preciso também destacar a importância do trabalho de equipe, onde a autonomia e as responsabilidades de cada membro que a compõe são definidas. Campos (1997) explica a partir dos conceitos de Campo e Núcleo como isso pode ocorrer na prática:

Por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade. [...] Por Campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades [...] Assim, em um programa de atenção integral à saúde da mulher, caberia ao médico o diagnóstico e tratamento clínico de patologias. O cuidado de gestantes gravemente deprimidas caberia a psicólogos ou psiquiatras. Já a abordagem de aspectos subjetivos ou sociais de uma gestação estaria a cargo de todos os integrantes de uma (sic) equipe, sem distinção (CAMPOS, 1997, p. 248-249).

Citando o relato sobre as experiências em Acolhimento desenvolvidas em alguns municípios brasileiros, torna-se visível a possibilidade de mudança no processo de trabalho em saúde para melhoria na qualidade de vida das pessoas que procuram os serviços de saúde pública.

Como concluiu a equipe da Unidade Mista / PSF do Sinhá Sabóia da cidade de Sobral, Ceará, após a aplicação de um projeto de Acolhimento:

Acreditamos que o acolhimento, além de estar colaborando para uma melhor organização do serviço, se coloca como instrumento importante na mudança do modelo hegemônico centrado na doença. Ao humanizarmos, qualificarmos e organizarmos o atendimento, estamos permitindo que as equipes do PSF possam cada vez mais planejar suas ações, destinando o tempo necessário para as atividades de vigilância e educação em saúde, o que possibilita uma maior aproximação com a comunidade, no intuito de trabalhar outros conceitos importantes, tais como, cidadania, qualidade de vida, democratização do saber e autocuidado com a saúde. (COSTEIRA, 2001, p.7)

Para a Unidade Básica de Saúde Rosa Capuche, da cidade de Betim, Minas Gerais:

O que transparece de forma enfática em todo o trabalho de investigação sobre o Acolhimento é sua contemporaneidade, ou seja, a capacidade de se colocar no nosso tempo, mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde, como grupos sujeito que se propõe à construção do novo, a fazer no tempo presente aquilo que é objetivo no futuro. (FRANCO, 1997, p. 18).

Conforme o relato da equipe da Secretaria Municipal de Ipatinga, Minas Gerais, que desenvolveu uma experiência de porta aberta para saúde:

A partir da experiência da porta aberta, chegamos à conclusão de que quem é banido dos serviços pelos esquemas de repressão de demanda, ao contrário do que se fala, é cada vez mais dependente das propostas medicalizantes. Pois contrariamente, com a criação do vínculo entre trabalhador e usuário, podemos através das nossas práticas criar possibilidades de autonomização. (MERHY, 1994, p. 144).

Portanto, as atitudes e ações de Acolhimento sustentadas na escuta qualificada de todos os trabalhadores da saúde, norteadas pelos conceitos de Campo e Núcleo, de Competência e de Responsabilidade, atribuiriam maior autonomia para os profissionais e equipes de saúde. Dessa forma, os sujeitos trabalhador e usuário seriam beneficiados e, conseqüentemente, se produziria qualidade de vida, objetivo maior do sistema de Acolhimento.

### **Os trabalhadores da saúde entendem o que é Acolhimento?**

Essa pergunta, conteúdo nuclear do nosso trabalho, sintetizou o interesse do nosso estudo no campo da saúde pública brasileira, pelo viés do modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida. Nosso objetivo ao realizá-lo consistiu em investigar se os trabalhadores da saúde têm consciência de seu papel social e o conhecimento que possuem sobre a humanização dos serviços de saúde, sublinhando Acolhimento como parte desse processo. Dessa forma, para tecer algumas considerações sobre a realidade dessa percepção e os seus sentimentos, no que se refere ao sistema de Acolhimento, fomos buscar essas respostas por meio de uma entrevista efetuada através de 4 perguntas (Anexo A), aplicadas em 41 trabalhadores de três unidades básicas de saúde: em Porto Alegre, Viamão e São Leopoldo.

### **Metodologia**

Para interpretação da amostra, o grupo utilizou o método qualitativo da análise fenomenológica. Segundo Olabeunaga e Ispizua:

[...] a análise de conteúdo é uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos, que analisados adequadamente nos abrem as portas ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social de outro modo inacessível [...] parte de uma série de pressupostos, os quais, no exame de um texto, servem de suporte para captar seu sentido simbólico (OLABEUNAGA; ISPIZUA apud MORAES, 1999, p. 9-10)

O processo para desenvolver tal metodologia passou por cinco etapas, quais sejam:

Primeiramente, a preparação das informações, que consistiu em identificar as diferentes amostras de informação a serem analisadas para iniciar o processo de codificação dos materiais. Num segundo momento, seguiu-se a unitarização que parte da leitura dos materiais - os questionários - para identificar neles as unidades de análise a fim de isolar e definir as unidades de contexto. “Uma vez identificadas e codificadas todas as unidades de análise, o analista de conteúdo estará pronto para envolver-se com a categorização.” (MORAES, 1999, p. 18).

A categorização, terceira etapa desse processo, nos levou à operação de classificação dos elementos das mensagens, seguindo como critérios palavras como acesso, recepção, proteção, atenção, escuta, encaminhamento, saber socorrer, bom atendimento e outras que denotassem o mesmo sentido, tendo presente que: “Mesmo admitindo diferenças na aplicação e interpretação desses critérios, é importante discuti-los e compreendê-los” (MORAES, 1999, p. 19).

O quarto passo, a descrição, nos levou a organização de quadros, inserindo neles as categorias construídas no trabalho, levando em conta as questões norteadoras da pesquisa (Anexo A).

Por fim, na interpretação, procuramos fazer um estudo, analisando os resultados pelo vértice da compreensão dos dados a partir das categorias estabelecidas *a priori*, já referidas na categorização.

## Os sujeitos

A amostra em questão foi constituída por 7 sujeitos do sexo masculino e 34 do sexo feminino. Dos entrevistados, 37 enquadraram-se na faixa etária entre 20 e 50 anos e somente 4 deles entre 50 e 60 anos. Todos eles trabalhadores de unidades de saúde. A escolha das unidades de saúde foi feita levando em conta as cidades de trabalho das pesquisadoras, quais sejam:

- Unidade de Saúde São José da Secretaria Municipal de Porto Alegre/RS, localizada no bairro Partenon;
- Unidade de Referência São Lucas da Secretaria Municipal de Viamão/RS, localizada bairro São Lucas;
- SEMSAD - Secretaria Municipal de São Leopoldo/RS, localizada na região central.

O nível de escolaridade dos entrevistados apresentou as seguintes características:

- Primeiro grau incompleto – 02
- Segundo grau incompleto – 03
- Segundo grau completo – 17
- Terceiro grau incompleto – 04
- Terceiro grau completo – 15

Em relação ao tempo de serviço na unidade de saúde, a amostra dividiu-se em: menos de 01 ano (11), de 01 a 05 anos (16), de 06 a 10 anos (12), de 11 a 15 anos (01) e de 16 a 20 anos (01).

Os trabalhadores entrevistados constituíram-se de: 06 médicos, 01 farmacêutico, 01 nutricionista, 03 enfermeiros, 01 psicóloga, 01 assistente social, 12 auxiliares e técnicos de enfermagem, 03 administrativos, 03 guardas, 01 motorista de ambulância, 02 auxiliares de serviços gerais, 02 coordenadores gerais de posto, 01 recepcionista, 01 telefonista e 03 estagiários.

A amostra pesquisada foi constituída de trabalhadores que estavam trabalhando nos dias em que as pesquisadoras fizeram as entrevistas nas unidades, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2002.

## **Instrumentos**

Foram feitas 4 perguntas, conforme (Anexo A), pertinente ao tema Acolhimento, com o objetivo de investigar se os trabalhadores da saúde entendem o seu significado.

## **Procedimentos**

O nosso trabalho foi apresentado para as chefias das unidades de saúde que foram escolhidas e, a partir de sua anuência, foi iniciada a pesquisa. As pesquisadoras escolheram aleatoriamente o dia da semana e turno para realizar a pesquisa. O conteúdo da pesquisa foi explicado individualmente e foi solicitado que aqueles que concordassem em participar da mesma assinassem um Termo de Consentimento Informado (Anexo B). Para aqueles que consentiram em participar, efetivou-se a entrevista utilizando-nos de gravador para registrar as respostas, que foram analisadas segundo o referencial de Bardin (apud MORAES, 1999).

## **Interpretação dos resultados**

Para inferência dos resultados do nosso estudo, consideramos que a primeira pergunta O que você entende por Acolhimento? nos forneceria uma resposta direta sobre o entendimento do tema escolhido para o trabalho. As outras duas: Quais as atitudes que você relaciona com Acolhimento e Quais são as outras ações de Acolhimento? levariam o entrevistado a demonstrar, por um outro caminho, se possuíam algum entendimento sobre Acolhimento.

Durante o processo das entrevistas, nos deparamos com reações diversas. Alguns sujeitos ficaram em silêncio quando perguntados o que entendiam por Acolhimento e outros pediram para repetir a pergunta. Dessas reações deduzimos que eles não estavam familiarizados com esse conceito. Além disso, tivemos também manifestações de choro, ao expormos o objetivo do nosso trabalho, o que pensamos ser uma demonstração de sensibilidade ao conteúdo do tema pesquisado.

Para analisar e inferir sobre os resultados das respostas verbalizadas, elas foram agrupadas em unidades de conteúdo.

Analisaremos primeiramente aquelas questões respondidas pelo grupo de trabalhadores da saúde que referiram elementos sobre o conceito de Acolhimento na questão 2 do instrumento de pesquisa (Anexo A).

O universo dos 41 entrevistados apresenta diferentes formas de resposta e nos levou a deduzir que muitos dos sujeitos identificaram o significado do Acolhimento como sendo “a forma de receber” o usuário no momento da entrada no serviço de saúde.

Levando em conta o modo como a unidade de saúde responde ao primeiro contato da população, ilustraremos com algumas citações as respostas de alguns entrevistados que expressam estes conceitos:

“Recepção que se dá às pessoas no primeiro contato”; “desde o momento que o paciente chega no posto para marcar a consulta e é atendido pelo pessoal do balcão”; “saber receber”; “saber atender bem antes do médico”; “entrada do paciente”.

De outra parte, se considerarmos que o Acolhimento é uma mudança no processo de trabalho em saúde que busca a intervenção de toda a equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e da resolução do problema do usuário (MALTA, 2000, p. 24), poderemos inferir que os trabalhadores de saúde entendem Acolhimento apenas como uma ação individual e pontual realizada pelo trabalhador na entrada do posto, que geralmente é um auxiliar de enfermagem ou uma recepcionista.

Outros conceitos foram colocados durante as entrevistas que sinalizam a existência de certos conhecimentos sobre Acolhimento:

“primeira escuta da pessoa, qual é o seu problema”; “orientar quanto ao atendimento e funcionamento da unidade”; “fazer encaminhamentos corretos”; “respeito e educação pelo paciente”; “atender as pessoas da melhor maneira possível”; “primeiro contato da pessoa com os serviços de saúde”; “disponibilidade para ouvir os problemas que muitas vezes não é de doença”; “acolher a pessoa que estiver precisando de um auxílio, ajuda e afeto”; “fornecer resposta satisfatória para ele, tanto em relação à doença, como o tratamento e em todos os pontos de vista”; “aceitação das pessoas e das coisas”; “processo de vínculo entre o paciente e o serviço”; “trabalho em equipe”.

Estas respostas poderiam ser identificadas como: escuta qualificada, responsável e comprometida das necessidades e expectativas do usuário, como orientação quanto ao encaminhamento, a solidariedade, a atenção, o atendimento qualificado e humanizado, a acessibilidade, a resolutividade e a criação de vínculo, elementos que fazem parte do processo de Acolhimento.

Conforme Franco (1997), o Acolhimento significa a humanização do atendimento; a garantia de acesso a todas as pessoas; diz respeito à escuta do problema de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e se responsabilizando com a resolução do seu problema.

Um dos entrevistados entende Acolhimento como amparar as pessoas que estão na chuva, na rua, sem um local para se proteger. Podemos entender que este trabalhador identifica um outro aspecto do Acolhimento, que conforme Ximenes (2000, p. 16) “significa refúgio, proteção, agasalho, abrigo.”

Fomos surpreendidos com a resposta de um trabalhador que colocou não entender nada sobre Acolhimento. Esta postura pode sugerir que existe um desconhecimento sobre o Acolhimento como conceito, modelo de assistência à saúde por parte de trabalhadores que atuam no sistema de saúde.

Como segunda unidade de conteúdo, agrupamos as respostas da questão 3 (Anexo A), que aponta as atitudes relacionadas com Acolhimento. A partir das falas, podemos perceber que os trabalhadores conseguiram *colocar nas* atitudes aspectos referentes ao modo de agir de forma a acolher os usuários:

“observação do paciente”; “cumprimentar o paciente”; “ética no trabalho”; “saber conduzir o usuário aos departamentos”; “quando a pessoa pede socorro, o dever é socorrer”; “conversa”; “disposição de ouvir o outro”; “parar com a rotina, dar um tempo para a pessoa”; “ajudar a pessoa que chega pela primeira vez no posto meio insegura, perdida”; “ser carinhoso, ser prestativo”; “deixar a pessoa tranqüila no que ela veio procurar”; “ser simpática”; “não fazer pouco do que o paciente está falando”; “aproximação e vínculo entre mãe e filho”; “acompanhamento e encaminhamento”; “maior número de informações possíveis e com qualidade para um maior número de pacientes”; “dar uma de psicóloga”; “receptividade com o cliente”; “olhar para a pessoa quando ela entra no serviço”.

Entretanto, identificamos que um dos entrevistados não relacionou sua atividade profissional com Acolhimento:

“o meu trabalho não tem nada a ver com Acolhimento, eu faço autorizações de baixa hospitalar”.

Esta atitude pode demonstrar a ausência de trabalho de equipe, elemento fundamental para desenvolver o Acolhimento, bem como não entender a atenção em saúde como um trabalho em rede.

Na terceira unidade de conteúdo, analisamos as respostas da questão 4 (Anexo A), onde os entrevistados sugeriram outras ações de Acolhimento. Nelas, encontramos sugestões para melhorar o atendimento aos usuários no serviço de saúde:

“Informações sobre atendimentos dos postos para os usuários do interior”; “grupos para resolver os problemas dos pacientes”; “local digno e adequado de trabalho”; “o paciente deveria receber algum tipo de atendimento na falta de consulta médica”; “curso de capacitação de acolhida para os funcionários”; “melhoria no serviço de recepção”; “sala maior, arejada, com cadeiras e bancos e bebedouros”; “grupos de sala de espera”; “sensibilização dos funcionários para a escuta em todos os procedimentos realizados no serviço”; “conversar mais com os usuários, ver se estão precisando de ajuda”; “não deixar que a pessoa saia insatisfeita do posto”; “devem aumento o número de profissionais”; “garantia de fornecimento de insumos”; “responder às necessidades do usuário para marcação de consulta”; “trabalho de equipe multidisciplinar”; “criação de um vínculo maior”; “tempo para conversar com o paciente”.

Esses sujeitos demonstraram estar sensibilizados para desenvolver ações de Acolhimento e vale registrar o seu interesse em apontar soluções estruturais dentro do sistema de atendimento de saúde.

Identificamos falas de alguns trabalhadores que demonstraram oposição ao conceito de Acolhimento, que pareciam demonstrar desconhecimento do direito dos usuários a receber um serviço de saúde com qualidade:



“nem todas as pessoas gostam de trabalhar com acolhida”; “acho que eles até recebem mais do que o posto poderia dar”; “acho que aqui já tem sido feita muita coisa”; “acho que eles já são acolhidos o suficiente”.

O que podemos inferir nesse contexto é que grande parte dos trabalhadores entrevistados possui algum entendimento sobre Acolhimento ou desenvolvem atitudes e ações nesse sentido. Mesmo aqueles que não referiram os elementos categorizados para o tema, poderão ser sensibilizados a desenvolver um trabalho eficiente junto à atenção básica de saúde que possa produzir qualidade de vida.

De outra parte, toda a trajetória desse processo nos serviu de referência para constataremos o quanto é importante, também, ouvir o trabalhador da saúde. Ouvir sua fala nos revelou aspectos que indicam para uma sensibilização e disponibilidade para efetuar ações e desenvolver atitudes competentes ao cidadão que busca o atendimento no serviço público de saúde.

## **Conclusão**

O exame do tema saúde pública brasileira nos reportou ao marco histórico da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), ponto de partida para mobilização dos profissionais do campo da saúde no sentido de apresentar novas propostas alternativas ao modelo hegemônico de atendimento na saúde pública. Isso nos apontou para dois vértices da questão temática: um, via modelo tecno-assistencial de saúde Em Defesa da Vida; o outro, derivado deste, o Acolhimento, seu significado e se os trabalhadores da saúde sabem o que é esse sistema.

No primeiro vértice, verificamos no conteúdo do modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida um espectro maior do que aquele entendido e aplicado no modelo hegemônico. Este, centrado no médico e na terapêutica administrada por eles, consubstanciando-se numa forma de entender saúde somente como ausência de doença, ajudando a reproduzir dessa maneira a alienação das sociedades capitalistas. Em Defesa da Vida, ao revés do modelo neoliberal, propõe uma atitude humanizadora do sistema de saúde em que ela é interpretada de forma mais ampla, significa acesso aos cidadãos, não somente aos serviços de saúde, como também, moradia, segurança, educação e lazer, para que, obtendo qualidade de vida, o cidadão possa viver de forma saudável.

Essa forma de pensar saúde derivou-se da reflexão sobre a crise do Estado brasileiro, e nas decorrências sociais que se estenderam também às instituições de saúde. Entendemos que a proposta Em Defesa da Vida se colocou como uma alternativa para envolver os trabalhadores, equipes, serviços e sistemas de saúde como eixo estruturante na construção de um sistema público de saúde, base sobre a qual os sujeitos poderiam apoiar-se para enfrentar as contingências e determinações histórico-estruturais.

Constatamos também que o modelo Em Defesa da Vida, proposto pelo grupo Lapa Unicamp e aplicado na cidade de Campinas (SP), serviu de paradigma para outras cidades brasileiras, tais como: Ipatinga (MG), Belo Horizonte (MG), Betim (MG) Sobral (CE), Caxias do Sul (RS), que implantaram esse modelo.

Os resultados dessas experiências têm servido de subsídios para superação dos entraves e a retomada do modelo, com novas proposições para explorar todas

as potencialidades dessa caminhada que pretende produzir saúde e qualidade de vida. Como bem afirmou Campos (1997, p. 78), “[...] a humanidade vem teimando em apostar na possibilidade de serem criados dispositivos, em extensões socialmente significativas [...] desmobilizadoras dos esquemas mais ortodoxos de hegemonia”.

No outro vértice do nosso estudo, pesquisar o significado de Acolhimento, bem como analisar as experiências vivenciadas com esse sistema, serviu de apoio para o foco central do nosso trabalho: O que os trabalhadores da saúde entendem por Acolhimento?

Teoricamente, a trajetória e as etapas desse processo nos apontou para alguns pontos relevantes. Antes de tudo, concluímos que esse sistema significa uma mudança na forma de atendimento das unidades básicas de saúde. Nele, o trabalhador da saúde desempenha um papel importante para efetivação dessa proposta.

Entendemos que trabalhar Acolhimento dentro do modelo tecno-assistencial Em Defesa da Vida significa permitir maior acesso ao usuário à humanização dos serviços, passando por uma boa acolhida e uma escuta qualificada, que encaminhe os usuários para resolução de seus problemas, naquilo que ele espera do atendimento em saúde, resultando na sua satisfação e melhoria da qualidade de vida.

Essas constatações nos serviram de pressupostos para examinar os resultados da pesquisa efetuada junto aos trabalhadores da saúde entrevistados no nosso trabalho. Evidenciamos, através de suas falas, que muitos deles possuem algum entendimento sobre o significado de Acolhimento, uma vez que perpassaram em suas citações elementos que constituem as características e o significado de se fazer saúde.

Analisadas à luz das características que constituem o conceito de Acolhimento, as falas dos entrevistados, de um modo geral, revelaram que eles possuem noções sobre o tema. Palavras como escuta, ouvir, receber e encaminhar, assim como outras que identificam o Acolhimento, fizeram parte das citações.

Além de atender o nosso objetivo proposto, de estudar o que o trabalhador da saúde entende por Acolhimento, as respostas dos entrevistados abriram outras questões nesse percurso, quando apontaram para as situações técnico-estruturais dos sistemas de atendimento público. Isso nos leva à conclusão de que também devemos ouvir, leia-se escutar, os trabalhadores da saúde. Como sujeito do processo de melhoria no sistema de saúde no Brasil, o trabalhador de saúde traz contribuições com suas sugestões para que possamos refletir e elaborar a construção de um serviço de saúde mais humano para todos os cidadãos.

## **Acogimiento: calidad de vida en salud pública**

***Resumen:** Este estudio trata el Acogimiento como alternativa en la forma de atención de los servicios básicos de salud, se insiere en el modelo tecnoasistencial En Defensa de la Vida, se presenta como propuesta de humanizar los servicios de salud, ampliar el acceso a los usuarios y promover calidad de vida. La investigación fue realizada con 41 trabajadores de salud de Porto Alegre, São Leopoldo y Viamão, teniendo como objetivo saber lo que ellos entienden por acogimiento. Fue utilizado el método cualitativo de análisis fenomenológico con referencial de BARDIN para interpretación de los datos. Se evidenció, a través de sus hablas, que muchos de ellos poseen algún entendimiento sobre el significado de Acogimiento.*

***Palabras Clave:** Acogimiento; Atención primaria de salud; Porto Alegre; Viamão; São Leopoldo.*

## Welcoming: quality of life in public health

**Abstract:** *This study deals with Welcoming, as an alternative to a way of assistance of the basic services in health, including in the tech-assistencial model In the Defense of Life, presented as a proposal to humanize services in health, widen the access to users and promote quality of life. The research was done with 41 health workers in Porto Alegre, São Leopoldo and Viamão, having as its aim to discover what was their idea of welcoming. It was used the qualitative method of phenomenon analysis with the referential of BARDIN to interpret the data. It was observed, through their speech, that many of them have some understanding of the meaning of Welcoming.*

**Key words:** *Welcoming; Health Primary Care; Porto Alegre; Viamão; São Leopoldo.*

## Referências

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Experiências inovadoras na implementação do SUS. **Datasus**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/MUNICIPAIS.htm>>. Acesso em: 24 out. 2001.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: HuCITEC, 1992.
- \_\_\_\_\_. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- \_\_\_\_\_. **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- \_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.
- CECÍLIO, L. C. O. (Org.), **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 2000. **Discurso de Roberto Figueira Santos, Min. Estado da Saúde**. Disponível em: M.S.FIOCRUZ <<http://www.fiocruz.br/histconferencias/oitava.html>>. Acesso em: 08 jan./2002.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10ª. **Relatório Final**. Brasília, 2 a 6 set. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>>. Acessado em: jan.2002.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 11ª. **Relatório final**. 2000. Apud. Côrtes, Soraya Maria Vargas et al. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários.
- COSTEIRA, A. A. M. et al. A organização do serviço da saúde a partir do acolhimento dos usuários: a experiência da unidade mista /PSF do Sinhá Sabóia – Sobral – CE. **Saúde da família**. Sobral, out., 2001. Disponível em: <<http://www.saudedafamilia.hpg.ig.com.br/psf/acolhiment%20htm>>. Acesso em: 24 out. 2001.
- FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico-paciente? **Caderno de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 21-27, jan./mar. 1993.
- FRANCISCONI, C. F. & GOLDIM, J. R. Termo de consentimento informado para pesquisa: auxílio para a sua estruturação. **Conspesq**. Porto Alegre, out., 2001. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/conspesq.htm>>. Acesso em: 26 out. 2001.

FRANCO, T.; MERHY, E. E.; BUENO, W. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1997.

\_\_\_\_\_. **O acolhimento como um dispositivo de redesenhar processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)**. Campinas, 1997. (Mimeo). 24 p.

GOLDIM, J. R. Consentimento informado. **Consinf**. Porto Alegre, jan., 2002. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/consinf.htm>>. Acesso em: 07 jan. 2002.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir é preciso escutar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 46-49, jun. 1995.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALTA, D. C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set./dez. 2000.

MERHY, E. E. 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: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-159.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio da micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

MEYER, D. E. E. (Org.). **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre: Mediação, 1998.

MONTEIRO, R. C. A pesquisa qualitativa como opção metodológica. **Pro-posições**, São Paulo, n. 5, p. 27-34, ago. 1991.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Educação**, Porto Alegre, n. 37, p. 7-32, mar. 1999.

CAXIAS DO SUL. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo das Ações Básicas de Saúde: uma proposta em defesa da vida**. Caxias: Solar Editoração & Design, 2000.

REIS, A. T. **Acolhimento: um novo trabalho em equipe**. (mimeo). Brasília, 1997.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **SUS é legal: Legislação federal e estadual**. Porto Alegre, 2000.

SILVA JÚNIOR, A. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

ROZENFELD, S. (Org.) **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

TAMBELLINI, A. Testa; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 47-59, 1998.

TEIXEIRA, C. F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde**. Texto elaborado como contribuição aos debates da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, dez. 2000.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

XIMENES, S. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. São Paulo: Ediuoro, 2000.

## **Anexo A**

### **Entrevista**

Sou aluna do curso de sanitarista da Escola de Saúde Pública e faço parte do grupo que está realizando uma pesquisa para verificar qual é o entendimento do trabalhador do posto de saúde sobre acolhimento.

Podemos começar as perguntas?

Seus dados de identificação:

- Sexo
- Idade
- Escolaridade
- Local de trabalho
- Tempo de serviço neste local

1. Qual é o seu trabalho no posto?
2. O que você entende por Acolhimento?
3. Quais são as atitudes que você relaciona com Acolhimento?
4. Que outras ações de Acolhimento poderiam ser realizadas no seu serviço?

Você tem mais alguma coisa para falar?

Podemos dar como encerrada a entrevista?

Obrigado.

## Anexo B

### Termo de consentimento livre e esclarecido:

Assinando este documento, estou dando meu consentimento para ser entrevistado. Compreendo que participarei de uma pesquisa que tem como objetivo principal verificar qual é o entendimento do trabalhador do posto de saúde sobre Acolhimento. Entendo que serei entrevistado no meu local de trabalho, em um horário que me seja adequado. O entrevistador necessitará de cerca de 20 minutos para concluir o trabalho.

Esta entrevista tem a garantia de ser livre. Fui informado que, mesmo após o início, posso recusar-me a responder a qualquer pergunta específica ou a decidir acerca de concluir a entrevista, em qualquer parte da mesma. As respostas às perguntas não serão identificadas. Esse estudo está sendo feito por um grupo de alunos do Curso de Sanitaristas da Escola de Saúde Pública. Também fui informado que minha participação ou não-participação, ou minha recusa a responder às perguntas, não causará qualquer efeito sobre o meu trabalho.

Telefone de contato para dúvidas sobre o estudo bem como a retirada do consentimento em qualquer momento: 3321-2878.

Data:...../...../.....

---

Assinatura do entrevistado

---

Assinatura do pesquisador

---

Assinatura da testemunha