

# Acolhimento em saúde: reorganização do processo de trabalho e a qualidade do atendimento

LÊDA MARIA LEAL DE OLIVEIRA  
FERNANDA SILVA  
ANDRÉA TUNIN

## **Justificativa**

Com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Carta Magna brasileira promulgada em 1988 definiu os princípios para a reorganização da atenção à saúde. Contudo, o Programa Saúde da Família (PSF) é que tem sido a estratégia estruturante que busca garantir a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Na perspectiva de viabilizar o novo modelo, o PSF tem como princípio fundante a luta em torno da promoção da saúde, que é um campo do conhecimento que vem sendo amplamente discutido, sendo hoje importante na inovação e experimentação em saúde.

A Carta de Ottawa<sup>1</sup> é reconhecida como o marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo. Nela a promoção da saúde é definida como “o processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. O conceito de promoção da saúde passa, assim, a ser definido em termos de políticas e estratégias. Segundo Carvalho (1996, p. 117), ela significou “um avanço em relação à retórica de Alma-Ata (1978), que estabeleceu a consigna “saúde para todos até o ano 2000”, através da expansão da atenção primária”.

Considerando-a também como um avanço, Ferraz (1996) afirma que a Carta “incorporou a importância e o impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde”. Ademais, reconhece que a promoção da saúde “não concerne exclu-

sivamente ao setor saúde, mas ao contrário, ela constitui atividade essencialmente intersetorial”.

Sob a ótica da intersetorialidade, a Carta propõe estratégias de ação, como: estabelecer políticas saudáveis, criar meios favoráveis à saúde, reforçar a ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde. Destaca-se que as recomendações propostas pela Carta de Ottawa foram reforçadas e ampliadas em outros documentos que a sucederam, e hoje podemos defini-la como:

estratégia de desenvolvimento de ações [...] que visam, em última análise, à transformação social na direção de uma melhor condição e qualidade de vida de todos os cidadãos. Nestes termos, ela é vista como um meio de resgatar a cidadania – transformação do indivíduo em sujeito de ação e de direito (SPERANDIO, 2003).

A ação de saúde centrada na lógica da proteção e promoção da saúde traduz-se no compromisso com a qualidade de vida e com o direito do cidadão. Traduz-se, dentre outros, no compromisso com um “trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário” (MATUMOTO, 1998); compromisso técnico, ético e político com o acolhimento dos usuários dos serviços de saúde. O acolhimento é compreendido como um processo, uma prática de trabalho que busca garantir a escuta, o estabelecimento de uma relação vincular, responsabilização, atenção resolutiva, promoção da cidadania e autonomização do usuário. É entendido, portanto.

[...] como produto da relação trabalhadores de saúde e usuários [que] vai além da “recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho” do conceito do *Aurélio*. Passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo. Componente fundamental para um reinventar a qualidade da assistência (BUENO; MERHY, s/d).

Sob esta ótica, o acolhimento propõe que o serviço de saúde se (re)organize tendo como eixo central o usuário, observando os princípios:

(1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (2) reorganizar o processo de trabalho de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a

resolver seu problema de saúde; e (3) qualificar a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO *et al.*, 1999, p. 345).

É com esse entendimento de acolhimento que propusemos o estudo *O acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde da Família: a reorganização do processo de trabalho e a qualidade do atendimento*, cujo objetivo é refletir sobre o trabalho da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde de Progresso (Juiz de Fora/MG), no que se refere ao acolhimento dos usuários. Busca caracterizar o modo de produção de saúde que está sendo organizado e o significado desse processo, sob a ótica do trabalhador e do usuário, na qualidade do atendimento.

Essa unidade básica foi escolhida em função de constituir um dos espaços de desenvolvimento do Programa de Residência em Saúde da Família (RSF), da Universidade Federal de Juiz de Fora<sup>2</sup> e, ainda, por ter incorporado, na rotina do trabalho, o processo de acolhimento.

Buscamos assim debater a temática, analisando como o processo vem sendo operacionalizado nessa Unidade de Saúde da Família, discutindo a relação trabalhador x usuário, as práticas de saúde executadas, o envolvimento da equipe de saúde em todo o processo de acolhimento, a estruturação do cotidiano do trabalho, as mudanças ocorridas no processo de trabalho e, ainda, refletir sobre as repercussões na qualidade da atenção prestada, na perspectiva do trabalhador e do usuário.

Esperamos que o estudo contribua com o aprofundamento das discussões em torno da temática, produzindo informações teóricas e empíricas que possam subsidiar a prática do acolhimento no Programa Saúde da Família, em especial no que se refere à organização do processo de trabalho em saúde. Esperamos, ainda, que a pesquisa possibilite reforçar/afirmar o acolhimento como uma ferramenta que, articulada com outras práticas de cuidado à saúde, tenha potencialidades para “assegurar” a qualidade do atendimento aos usuários.

## Metodologia

No desenvolvimento desta investigação optamos por referenciar a perspectiva teórica sobre os processos de trabalhos em saúde – trabalho vivo em ato – sustentada por Merhy (1997a). Segundo o

autor, a substância dos processos de trabalho se concretiza no encontro trabalhador-usuário, em dado espaço-tempo. É nessa relação que os trabalhadores “podem colocar todas as suas sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procederes eficazes a serviço do usuário e de seu problema”.

É no movimento de atender às demandas postas pelos usuários que os trabalhadores lançam mão de seus saberes e fazeres que permitem atuar sobre as necessidades expressas “em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde” (FRANCO *et al.*, 1999, p. 346).

Ainda segundo Merhy (1997b), no processo de trabalho em saúde os profissionais utilizam saberes tecnológicos que se inscrevem nas denominadas tecnologias duras, leve-duras e leves. As primeiras remetem a equipamentos tecnológicos, como máquinas, estruturas organizacionais, rotinas, normas, dentre outras; as segundas, aos saberes bem-estruturados que se fazem presentes no processo de trabalho, como a clínica médica, epidemiologia etc.; e as últimas correspondem às tecnologias de relação, como vínculo, autonomização, acolhimento etc.

Com base nessas argumentações desenvolvemos nossas reflexões, abordando o objeto de estudo através da pesquisa qualitativa, que, segundo Minayo (1994), busca compreender de forma abrangente e profunda o conjunto de dados coletados.

A pesquisa está sendo desenvolvida na Unidade de Saúde da Família de Progresso/Juiz de Fora-MG. Os sujeitos da pesquisa são os trabalhadores de saúde dessa unidade e usuários que a frequentam. A abordagem está sendo feita através de entrevistas semi-estruturadas, proposta por Triviños (1987), e até o momento entrevistamos dez profissionais de saúde de diferentes categorias.

As entrevistas direcionadas aos trabalhadores foram orientadas no sentido de captar informações sobre a relação trabalhador x usuário, as práticas de saúde executadas na perspectiva do acolhimento, o envolvimento da equipe de saúde em todo o processo de acolhimento, a estruturação do cotidiano do trabalho, as mudanças processadas no processo de trabalho e, ainda, sobre as repercussões na qualidade da atenção prestada, do ponto de vista do trabalhador. Ressaltamos

que essas entrevistas são agendadas de acordo com a disponibilidade do profissional.

Quanto aos usuários, ainda não iniciamos as entrevistas, mas compreendemos que devem informar como o usuário avalia o atendimento que lhe foi prestado na perspectiva do acolhimento. Destacamos que as entrevistas serão realizadas logo após o término do atendimento. Para a análise dos dados estamos nos apoiando, novamente, nas elaborações de Minayo (1994), que propõe uma interpretação dialética dos dados, que revele o conteúdo intrínseco, conflitivo e antagônico da realidade.

### Resultados preliminares

Como o estudo ainda está em andamento, ainda não temos condições de fazer uma discussão mais aprofundada sobre seus resultados. Entretanto, acreditamos ser possível, ainda que preliminarmente, provocar um debate em torno do processo de acolhimento na unidade básica de saúde onde a pesquisa está sendo realizada. Os dados têm sinalizado que, embora o acolhimento seja uma prática reconhecida e vivenciada pelo conjunto dos trabalhadores no cotidiano do trabalho ele é tema de conflitos e contradições expressos, por exemplo, no(a):

- **Significado atribuído** – serviço específico x processo que passa todas as ações de saúde desenvolvidas. Há entre os profissionais um entendimento diferenciado sobre o significado do acolhimento: enquanto alguns o consideram como perspectiva de intervenção que deve guiar todas as ações de todos os membros das equipes de saúde, outros o compreendem como mais um serviço oferecido pela unidade. Um serviço específico que ocorre em lugar e tempo determinado, isto é, no início da manhã e da tarde, na porta de entrada da unidade.
- **Representação para a intervenção profissional** – aumento excessivo da demanda por atendimento médico x prática que tem possibilitado a emergência e valorização de saberes de profissionais até então subjugados à ordem médica. Para alguns profissionais, o acolhimento tem significado a possibilidade de ampliar e dar maior visibilidade à sua intervenção, muitas vezes limitada pela hegemonia do saber médico. Por outro lado, existem aqueles que consideram que o acolhimento tem aumentado a demanda

por serviços médicos, na medida em que não há mais uma rigidez quanto ao número de consultas e, muitas vezes, pelo fato de o usuário ser “ouvido”, há a necessidade de atendê-lo, mesmo que já tenha ultrapassado o “limite” diário de consultas.

- **Relação trabalhador/usuários** – espaço de interação e diálogo x triagem. Se para alguns o acolhimento tem possibilitado maior interlocução entre profissionais e usuário, uma escuta qualificada das necessidades postas pelos usuários e, com isto, um fortalecimento do vínculo, para outros se resume a uma triagem, que busca dar mais agilidade ao serviço.
- **Significado para os usuários** – ampliação da autonomia e direito à saúde x reforça uma atitude de busca por atendimento “sem necessidade”. De um lado encontramos profissionais que acreditam no potencial do acolhimento como um processo de interação e diálogo que tem como horizonte melhorar a qualidade de vida, ampliar a autonomia dos sujeitos sobre suas vidas e garantir o direito à saúde, Em contrapartida, encontramos aqueles que compreendem que os usuários, como sabem que serão atendidos, buscam a unidade a qualquer momento, muitas vezes sem necessidade.

## Referências

- BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde On-Line, uma proposta em construção. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96crit.htm>>. S/d.
- CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1996.
- FERRAZ, S. T. *Bases conceituais da promoção da saúde*. Brasília: OPS, 1996.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 345-53, 1999.
- MATUMOTO, S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.
- MERHY, E. E. *et al.* 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. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997(b). p.113-150.
- MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY,

S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997(a).

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

SPERANDIO, A. M. G. *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. Campinas: R. Vieira Gráfica, 2003.

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

## Notas

<sup>1</sup> A Carta de Ottawa resultou das discussões ocorridas na I Conferência Internacional em Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1996.

<sup>2</sup> A RSF, iniciada em 2002, é uma promoção do Núcleo de Assessoramento, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (NATES/UFJF), em conjunto com as Faculdades de Serviço Social, Medicina e Enfermagem. Financiado pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo capacitar, através do treinamento em serviço, assistentes sociais, médicos e enfermeiros para atuarem nas equipes de saúde da família.