

## Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo

Technology of relations as device of humanized attendance in basic attention to health in the perspective of access, sheltering and attachment

Márcia Oliveira Coelho<sup>1</sup>  
Maria Salete Bessa Jorge<sup>2</sup>

**Abstract** *To health workers and users the technology of relations as a device of humanized attendance in basic attention, highlighting the categories access, sheltering and attachment can present diverse meanings and have a subjective nature to treat with each one of different interests of subjects involved in construction of health. Thus, the objective of this research is to discuss how users and workers notice the access, sheltering and attachment as soft technology in basic attention in city of Fortaleza, Ceará State. The research has a descriptive nature, focusing on qualitative analysis, having as theoretical basis the soft technology in attention to health. The data were collected in the context of twelve focal groups with 70 workers of Basic Units of Family Health and clinical interview with 30 users. To analyze the data, it was followed the technique of thematic categorical content. The results suggested that technologies of relations in actions of health indicate the need of respect, effective relations in work, resolutivity in attendance, access to information among staff members and among these and users.*  
**Key words** *Technology of relations, Actions of health, Basic attention*

**Resumo** *Para os trabalhadores da saúde e usuários, a tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica, destacando-se as categorias acesso, acolhimento e vínculo, podem apresentar significações diversas e ter uma natureza subjetiva no lidar com cada um dos diferentes interesses dos sujeitos envolvidos na construção da saúde. Assim, esta pesquisa tem por objetivo discutir como os usuários e trabalhadores percebem o acesso, acolhimento e vínculo como tecnologia leve na atenção básica do município de Fortaleza (CE). A pesquisa é de natureza descritiva, com enfoque de análise qualitativa, tendo como base teórica a tecnologia leve na atenção à saúde. Os dados foram colhidos no contexto de doze grupos focais com setenta trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde da Família e entrevista clínica com trinta usuários. Para análise dos dados, seguiu-se a técnica de análise de conteúdo categorial temática. Os resultados sugerem que as tecnologias das relações nas ações de saúde indicam a necessidade de respeito, relações efetivas no trabalho, resolutividade no atendimento, acesso às informações entre os membros da equipe e entre estes e os usuários.*  
**Palavras-chave** *Tecnologia das relações, Ações de saúde, Atenção básica*

<sup>1</sup> Centro de Saúde da Família Roberto da Silva Bruno, Prefeitura Municipal de Fortaleza. Avenida Borges de Melo 910, Nossa Senhora de Fátima. 99999-999 Fortaleza CE. coelho.moc@oi.com.br

<sup>2</sup> Departamento de Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará.

## Introdução

Na atenção básica do município de Fortaleza (CE), o Programa Saúde da Família surge como uma estratégia de reorientação do modelo de saúde até então vigente, caracterizado pela atenção individual, médico-centrado e hospitalocêntrico. Nessa estratégia, o foco da atenção é direcionado à família de um determinado território social. O programa propõe, ainda, uma mudança na organização do trabalho, que deve ser construído baseado em equipe, visando práticas mais resolutivas e integrais, tomando como eixo condutor o modelo de vigilância à saúde. Essa mudança, concebida para a recondução da lógica assistencial, deve superar as intervenções voltadas para a cura individual, orientando, para tanto, o uso da epidemiologia como eixo estruturante das ações coletivas<sup>1, 2</sup>.

Nesse contexto, as ações de saúde devem ser também direcionadas pelos princípios da humanização do cuidado. Esta, entendida como um conjunto de conhecimentos, processos e métodos usados como ramo de atividade na área da saúde, tem a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento entre os diversos setores da saúde e da comunidade. Como recursos tecnológicos, acesso, acolhimento e vínculo representam uma relação estabelecida entre trabalhadores e usuários, para que as ações de saúde sejam mais acolhedoras, ágeis e resolutivas.

Os recursos tecnológicos são operados no espaço intercessor do encontro trabalhador e usuários no interior dos serviços de saúde, nos quais há abertura para a produção subjetiva dos sujeitos. Desse modo, a subjetividade e a dignidade humana, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores da saúde, devem ser enfatizadas como um direito inalienável. Neste contexto, todos os sujeitos podem ampliar suas ações para além de um trabalho técnico e hierarquizado, um trabalho com interação social, com maior “horizontalidade e flexibilidade” dos diferentes saberes, com maior possibilidade de criatividade dos agentes e maior integração da equipe<sup>3, 4</sup>.

Baseada nisto, esta pesquisa tem por objetivo discutir como os usuários e os trabalhadores percebem o acesso, acolhimento e vínculo como tecnologias leves na atenção básica do município de Fortaleza (CE).

## Tecnologia das relações e atenção básica à saúde

Nas nossas pesquisas referentes ao acesso, acolhimento e vínculo, ressaltam autores que fazem referência às tecnologias das relações, classificadas como tecnologias leves. Com a finalidade de conhecer mais a respeito do assunto, buscamos a discussão sobre o conceito de tecnologia de Gonçalves<sup>5</sup> e de Merhy<sup>3</sup>.

A tecnologia como elemento constituinte do processo de trabalho em saúde foi discutida por Gonçalves<sup>5</sup>, ao tecer uma análise crítica ao pensamento contemporâneo e ao significado reduzido do termo tecnologia como sendo um conjunto de instrumentos materiais do trabalho.

Neste sentido, a tecnologia é analisada tanto como saber como por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde. As práticas do trabalho na atenção básica devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada, conforme as necessidades de saúde, que são as ações e os serviços de saúde dos quais os sujeitos precisam para ter melhores condições de vida, sem prejuízo do atendimento que requer tecnologias materiais.

Para Merhy<sup>3</sup>, as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais.

A adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde.

De acordo com Merhy *et al.*<sup>6</sup>, a humanização do atendimento como tecnologia leve é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado. Esta tem como ações a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde e a humanização do atendimento.

O vínculo como tecnologia leve das relações no PSF parte do princípio de que os profissionais deverão estabelecer a responsabilização pela área adstrita; conseqüentemente, ocorre uma interação geradora de vínculos, “laços”, entre os trabalhadores da saúde e os usuários, necessária ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho, de acordo com as diretrizes que norteiam a prática do PSF<sup>7</sup>.

Como tecnologia leve, o acolhimento direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento, o qual envolve trabalhadores, gestores e usuários. Com isso, as necessidades sentidas pelos usuários poderão ser trabalhadas pelas equipes do PSF de forma a resolver suas reais exigências de saúde.

Quando trabalhamos com a humanização do atendimento, a primeira ação a ser realizada por toda a equipe, ao receber a pessoa como paciente, é prestar-lhe acolhimento. O acolhimento à pessoa que procura o cuidado de saúde se expressa na relação que se estabelece entre o usuário e o profissional que o atende<sup>8</sup>.

Neste contexto, o trabalho em equipe favorece a contribuição dos diferentes saberes, o que não deve eliminar o caráter particular de cada profissional ou de cada profissão, pois todos devem participar de modo a articular um campo que assegure saúde à população e realização pessoal aos trabalhadores<sup>9</sup>.

Como trabalhadores da saúde, deveríamos acolher os usuários de modo a conhecê-los pelo nome, procurando saber os motivos de sua vinda à unidade. O simples fato de darmos boas-vindas estará abrindo um leque para o usuário relatar com confiança suas reais necessidades de saúde.

Na opinião de Teixeira<sup>10</sup>, o acolhimento deveria ser do tipo dialogado, **como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, isto é, em qualquer dos encontros, que são, enfim, os “nós” dessa imensa rede de conversações que são os serviços**. Corroboramos esta opinião, pois no acolhimento com diálogo, o profissional ouve e discute com o usuário, na tentativa de identificar suas necessidades e de saber o modo melhor de resolvê-las.

Contudo, o acesso, o acolhimento e o vínculo visam uma mudança quanto às dificuldades enfrentadas pelas pessoas para chegarem ao local de atendimento, receberem uma informação adequada por parte do serviço de saúde, conseguirem uma consulta e, mediante agendamento, garantirem seu retorno. Com isso, evitaremos determinados aborrecimentos como o fato de dormirem nas filas ou deixarem de ser atendidos.

## Metodologia

Esta pesquisa é de natureza descritiva, com enfoque de análise qualitativa, cujo recorte especial foram seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) em que atuavam equipes do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (CE).

O município de Fortaleza encontra-se dividido política e administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), todas responsáveis pela gestão dos serviços de saúde na sua respectiva área de abrangência<sup>11</sup>. Ressalta-se que há equipes de PSF implantadas em todas as SER. Contudo, foram selecionadas para este estudo somente as equipes que estavam completas.

Os sujeitos do estudo foram selecionados por amostragem intencional. O número de participantes foi delimitado pelo processo de saturação teórica, no qual à medida que fomos coletando e analisando, as estruturas de relevância foram se aprofundando, e respondendo aos objetivos traçados. Iniciamos a pesquisa com dez trabalhadores de saúde e dez usuários, os quais foram incluídos de acordo com os critérios estabelecidos, perfazendo, ao final da pesquisa, trinta entrevistas clínicas e doze grupos focais. Houve uma sessão para cada grupo amostral, no período de fevereiro a junho de 2006.

As técnicas de coleta de dados foram grupos focais, entrevistas clínicas, observação sistemática da prática e fontes documentais. Como sujeitos do estudo, participaram cem pessoas, que atuaram no período de 1998 a 2006, distribuídas entre três grupos de representação: grupo I (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares de enfermagem, atendentes de consultório dentário (ACD), agentes comunitários de saúde (ACS) - 47); grupo II (agentes administrativos, vigilantes, serventes - 23); grupo III (usuários do sistema - 30).

Os grupos focais com os dois primeiros grupos e as entrevistas com o terceiro grupo foram orientados pelos temas “acesso”, “acolhimento” e “vínculo”. Já as observações foram orientadas por um roteiro no qual constavam informações acerca do participante do estudo e dos dispositivos de análise, conforme os temas referidos.

Como exigido, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, que avaliou a pertinência deste, os objetivos da pesquisa e os riscos e/ou benefícios a que estariam submetidos os participantes da investigação, de acordo com a Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde<sup>12</sup>. Após a aprovação, enviamos uma cópia do projeto ao Serviço de Protocolo da Secretaria de Saúde do município para ser avaliado pelo Secretário Municipal de Saúde com vistas à sua realização nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Fortaleza (CE).

Para a análise dos dados, optamos pela técnica de análise de conteúdo categorial temática, segundo Bardin<sup>13</sup>, que permite passar dos elementos

descritivos à compreensão e interpretação dos sujeitos envolvidos no processo de construção da saúde, no contexto cultural em que produziram a informação, verificando-se a influência desse contexto no estilo, na forma e no conteúdo dos discursos. As falas, conforme o grupo focal e entrevistas, foram identificadas da seguinte forma: usuários (U), trabalhadores das UBASF (GT) e trabalhadores do PSF (ESF).

### **Acesso: dificuldades relacionais e organizacionais**

Os trabalhadores fazem referência ao acolhimento apenas quanto à informação a ser dada aos usuários, à falta de placas para sinalização dentro das unidades. Também a comunicação dentro das UBASF funciona de modo isolado; as informações não são prestadas aos trabalhadores, devido ao trabalho individualizado. Os usuários são os que mais sofrem pela falta de comunicação:

***Nós temos que ter contato com o usuário, dar informações, o usuário e o profissional têm que saber o que está acontecendo na unidade.*** (GT3)

***Ensinar a ele para onde ele vai, encaminhar o paciente para o local certo aonde ele vai, levando ao local.*** (GT4)

Assim, a fala dos trabalhadores revela que a falta de comunicação dentro da própria unidade de saúde dificulta as relações entre os trabalhadores e entre estes e os usuários. Isso pode gerar erros de interpretação e conflitos pessoais. Sem comunicação, os sujeitos ficam excluídos da dinâmica do serviço.

A este respeito, comenta Cecílio<sup>14</sup>, nos encontros entre os diferentes sujeitos envolvidos na construção da saúde, podem surgir conflitos, porque, em virtude de interesses pessoais, às vezes, deixamos de ouvir as necessidades do outro.

Os trabalhadores também fazem referência ao atendimento baseado no respeito tanto dos usuários quanto dos trabalhadores. Referem-se, ainda, à necessidade de união. Ao mesmo tempo, ressaltamos que a população está à parte do processo de construção da saúde, ou seja, eles devem fazer o melhor para que a população não reclame, conforme citado: ***Respeito entre ambos, boa convivência para que surja um trabalho bom, unido para que a população não se queixe de nada, para que as coisas melhorem muito.*** (GT2)

Conforme retratado na fala, atender bem é concebido como rapidez de atendimento. Mas como

poderá ser esse atendimento rápido, se muitas vezes o profissional precisa ouvir o usuário e para isso despenderá tempo, gerando conseqüentemente demora no atendimento? Também poderá ser no sentido de dar prioridade às pessoas, conforme classificação de risco nas UBASF feita no acolhimento ao usuário, como citado: ***É fazer o possível para atendê-los bem, com rapidez de atendimento. É um bom atendimento. É o paciente não voltar sem atendimento e ter isso como prioridade.*** (GT5)

A visão do atendimento como uma rotina de procedimentos ainda está inserida na concepção destes trabalhadores, cuja importância está em seguir padrões de forma “mecânica”, sem reflexão sobre a escuta do usuário para que ele seja atendido em suas necessidades, que muitas vezes é apenas de ser ouvido, a exemplo do relatado: ***É medir; pesar; ver P.A., temperatura. É melhoria no posto com respeito aos horários de atendimento por parte dos funcionários.*** (GT6)

O descumprimento dos horários de trabalho pode gerar descrédito por parte da população e dos próprios trabalhadores, pois como poderão acreditar em um serviço que não cumpre seu horário de funcionamento? Segundo observamos, a falta de compromisso com o ser humano dificulta o bem-estar de todos, porque o descontentamento gera desarmonia no ambiente de trabalho.

Fica expressa nos grupos 3 e 4 a distância entre trabalhadores e usuários, devido ao despreparo para lidar com o próximo, associado à posição de superioridade por estar trabalhando em um serviço de saúde e o outro necessitar desse serviço. Isto gera em algumas pessoas a sensação de superioridade sobre o outro: ***Os profissionais são muito fechados, deveria ter mais aconchego com os pacientes, os próprios pacientes procuram ser maltratados em tudo, não sabem se expressar.*** (GT3)

***O vínculo deveria ter alguém que falasse com a população para os pacientes aprenderem a tratar bem.*** (GT4)

Do mesmo modo, no grupo 3, alguns participantes referem-se aos usuários como culpados pelas situações desumanizantes nas UBASF, enquanto estes acham os trabalhadores fechados, e os trabalhadores referem-se dessa forma aos outros trabalhadores de formação universitária, tais como médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Neste caso, o serviço de saúde deveria priorizar a igualdade entre todos os sujeitos, com vistas a ir além dos interesses das pessoas e da instituição para promover o bem-estar de todos.

## O vínculo e as relações de poder nas UBASF

As relações entre usuários e trabalhadores são tidas como relações entre semelhantes, além de valorizarem a participação e união de todos na tentativa de oferecer o melhor que o serviço dispõe. Nas UBASF, devido ao trabalho com a comunidade, os laços tornam-se mais estreitos e favorecem as relações de familiaridade e participação. Para os trabalhadores dos grupos 1, 3 e 6, a visão do que vem a ser vínculo traduz o aspecto humanizado de: ***É ser uma família, amizade, compreensão, participação e união de todos.*** (GT1)

***É buscar seus direitos, valorizar os usuários com desempenho do trabalho, oferecer o que a repartição tem.*** (GT3)

***Vínculo é amizade, respeito, sinceridade.*** (GT6)

O vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior a troca de saberes entre trabalhadores da saúde e comunidade.

Na visão dos trabalhadores do grupo 5, atendimento integral é dar uma palavra amiga, sorrir, conversar. Embora muitas vezes uma palavra amiga traga conforto para o usuário, é preciso uma visão compreensiva com o sofrimento do outro, uma escuta com trabalhadores qualificados para saber ouvir e dar prioridade de atendimento, conforme a necessidade. Até mesmo o modo como a pessoa sorri poderá motivar diversas interpretações para o usuário:

***Eu acho que é você se colocar no lugar do outro.*** (GT5)

***Dar uma palavra amiga, um sorriso, conversar. Dar prioridade de atendimento, suporte jurídico, apoio às mães que estão com os filhos internados com vale-transporte e oferecer programas de apoio ao usuário.*** (GT5)

Os problemas das mães com filhos internados vão além da necessidade de vale-transporte, passam pelas questões familiares de não ter com quem deixar os outros filhos, não poder ausentar-se do trabalho, que muitas vezes é informal. Todos estes problemas poderiam ser amenizados se na comunidade existissem as redes sociais de apoio, que são recursos da comunidade para atuarem com estratégias para a resolução de tais problemas na própria comunidade.

O compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde exigem sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e quanto à questão dos preconceitos (se-

xual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos<sup>15,16</sup>.

A ideologia de que consultas médicas resolvem os problemas de saúde dos usuários baseia-se no modelo queixa-conduta, centrado na figura do médico como responsável absoluto pela saúde do usuário: ***Deveria ter médico como clínico geral, pediatra e especialidades.*** (GT6)

Quando não consegue encaminhamento, o usuário fica esperando. Nessa espera, muitas vezes a doença se agrava e os que dispõem de melhores condições ou da ajuda de familiares pagam por atendimento especializado. Conforme observado, um dos impasses dessa situação é que os problemas de saúde que poderiam ser resolvidos nas UBASF são encaminhados para serviços de referência, sobrecarregando-os.

Para Sousa<sup>17</sup>, o consumo elevado de tecnologia dura, de modo geral, pouco ou nada acrescenta ao processo de produção da saúde das pessoas e comunidade. Os médicos tendem a subestimar o contato e o diálogo com o usuário, solicitam uma bateria de exames de laboratório e outros complementares, bem como consultas especializadas, que poderiam ser resolvidos na própria unidade de saúde. E o usuário, por sua vez, tende a valorizar a qualidade do seu atendimento pelos procedimentos complexos utilizados em seu tratamento.

Nesse caso, o ser humano deveria ser visto como um todo em sua subjetividade. Os trabalhadores da saúde deveriam assumir a responsabilidade pelo acompanhamento do serviço de saúde para com o usuário e reconhecer os limites tecnológicos do serviço. A esse respeito, Carvalho e Cunha<sup>18</sup> fazem referência à clínica ampliada como uma ***compreensão ampliada do processo saúde/doença e que toma como objeto de ação sujeitos singulares que vivenciam determinado sofrimento agravo e (ou) doença demanda um atendimento integral e, muitas vezes, a elaboração de projetos terapêuticos específicos que logrem qualificar as respostas às necessidades dos usuários.***

Como trabalhadores da saúde, ao agirmos como participantes da saúde dos usuários, estaremos trabalhando a subjetividade e a participação dos sujeitos como responsáveis por sua vida e tendo papel central na construção de sua saúde. Conforme Santos<sup>19</sup>, a ***atenção básica, sob a orientação da integralidade e equidade rumo à universalidade, deve construir-se como grande referência do SUS para a população, [...], exercidos por equipes multiprofissionais em unidades de saúde, no domicílio, na comunidade e em qualidade, resolutividade [...].***

A percepção do acolhimento para os grupos 1, 2, 3, 4 e 5 de trabalhadores do PSF com participa-

ção de todos os trabalhadores e avaliação da necessidade de atendimento prioritário são princípios humanizantes do atendimento: ***É ser bem recebido desde a entrada até a saída. Para ser bem atendido, começa pelo porteiro, ver e ajudar no que a pessoa está necessitando e ser encaminhada.*** (ESF1)

***Deveria ser o melhor atendimento possível. Se ele for bem atendido, ele já vai ter resposta para parte dos seus problemas. Se o acolhimento for feito do jeito humanizado em equipe, o serviço vai funcionar maravilhosamente bem.*** (ESF2)

***É receber bem o paciente, ter direito ao atendimento, receber informações, ser examinado e encaminhado quando necessário.*** (ESF3)

***Começa na recepção, direcionar o paciente, recepcionando e orientando.*** (ESF4)

***Receber bem, dar boas informações e direcionar o usuário para onde deve ir.*** (ESF5)

Os trabalhadores do PSF, conforme relatado, valorizam o acesso do usuário à unidade, com direito garantido de atendimento, bem como a ambiência para que o usuário sinta-se bem no local de atendimento, onde deverá haver placas de identificação dos setores da unidade. Contudo, seria mais adequado se os trabalhadores tivessem interesse em orientar os usuários, interrogar sobre o local que desejam e acompanhá-los, se necessário: ***O acolher não é só verificar sinais vitais, é um negócio mais humano, ver quem precisa mais, dar prioridade, dar mais a quem precisa ter equidade.*** (ESF6)

***Tem que ser um local em que ele não se sinta inibido, que ele saiba que vai ser bem atendido e saiba para onde se dirigir, ter placas de identificação. Mas às vezes ele não sabe ler, entender a mensagem, para não ficarem “aéreas”, perguntando aqui e ali.*** (ESF6)

A percepção do ser humano como um todo, tendo em vista a subjetividade, está representada na fala do grupo focal no que se refere às questões do saber ouvir como uma forma de tratamento, assistir o ser humano em seus aspectos físicos, psicológicos, entre outras necessidades, sendo assistido como um todo, sem a visão de fragmentação. Não ver somente os aspectos da doença, mas todo o contexto pessoal, social, econômico, cultural: ***É um elo do profissional como ser humano, ver o paciente como um todo. Quando se vai atender o paciente, às vezes ele não quer o remédio, mas uma simples palavra vale mais do que uma medicação. Ver todas as necessidades físicas, psicológicas, todas as necessidades como um todo na visão holística, uma visão geral do todo, o olhar como ser humano.*** (ESF1)

***Não ver só a doença, ver o doente em tudo o que está causando problema nele, às vezes o problema não é nem físico, nem biológico. É doente da alma,***

***falta amor, carinho, compreensão, comida, emprego, chega aqui, parece que é do corpo, mas é da alma.*** (ESF6)

O usuário que chega à UBASF quer ser tratado como uma pessoa que tem sua individualidade, que necessita falar de seus problemas relacionados a fatores familiares, emocionais, sociais, econômicos, entre outros. Muitas vezes, como forma de desabafo, no qual o simples ouvir e chamar aquela pessoa pelo nome, demonstrando interesse pelo que é dito, já traz alívio.

A atenção integral para o grupo do PSF 2 representa apenas a responsabilidade de acompanhamento, que poderíamos chamar de continuidade do acompanhamento, e para o grupo do PSF3 representa acesso e acolhimento, enquanto para o grupo de PSF 4 representa dar mais atenção, conforme referido: ***É uma responsabilidade que o profissional vai ter de estar acompanhando o paciente.*** (ESF2)

***É o paciente ser bem recebido. É o paciente ser examinado, consultado e ser encaminhado quando necessário.*** (ESF3)

***A equipe atender menor número de famílias, para dar maior atenção aos usuários, ter prontuário específico para PSF de atendimento integrado.*** (ESF4)

A utilização do prontuário específico poderá ser limitada às ações de saúde apenas aos trabalhadores do PSF. Nesse caso, instigam-nos algumas questões: como seria o atendimento dos trabalhadores dos outros níveis de atenção? Ficariam separados do prontuário do usuário? Como existiria comunicação entre os outros níveis de atenção se, ao atenderem o usuário, os registros do atendimento não fossem colocados no mesmo prontuário?

É preciso, sim, um prontuário unificado com as informações do usuário, para que ao ser referenciado para os outros níveis de atenção, o usuário não tenha de passar por procedimentos já realizados, pois, por falta de registros, estes são feitos novamente, dificultando ou adiando o seu tratamento.

A garantia de acesso ao serviço de saúde para os usuários representa a responsabilidade do serviço para com suas necessidades de saúde. Sem o acolhimento, o serviço não poderá garantir nem o acesso nem as prioridades de atendimento. Quando o usuário sente a necessidade de atendimento mais rápido, muitas vezes esta não está expressa fisicamente. Neste caso, somente com a escuta desse usuário é que se poderá saber de suas necessidades:

***Ter atendimento sem desmarcar e ser bem atendida.*** (U1)

***Deveria ter um modo de atender mais rápido as pessoas.*** (U2)

**Quem marca a consulta deve ser atendida no dia marcado e não dois meses depois.** (U10)

**Deveria ser mais bem atendida, mais gente para atender, mais computadores.** (U23)

Para Franco *et al.*<sup>20</sup>, os princípios do acolhimento devem ser o de atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. É preciso, portanto, reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, e qualificar a relação trabalhador e usuário, a qual deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Muitas vezes, o usuário vai ao serviço de saúde para ser atendido e quando chega não tem ninguém para recebê-lo. Diante disto, fica esperando que alguém preste alguma informação. Fato semelhante ocorreu quando das nossas visitas às UBASF, pois, ao chegarmos, nenhum dos trabalhadores perguntou em que poderia nos ajudar, passavam por nós, mas não nos olhavam. Ficamos imaginando a situação do usuário necessitado de atendimento, sem saber a quem recorrer. De acordo com os relatos: **Deveria ter uma pessoa no portão para indicar aonde se vai. Eu vim verificar a pressão, se tivesse alguém lá fora eu não ficaria tão perdido.** (U13)

**É receber bem, com delicadeza, cumprimentar com boa tarde.** (U3)

**Ser bem tratada, gente perguntando o que quer e para onde é que vai, deixar no local.** (U27)

**Deveria ser legal, quando a gente chegasse perguntasse logo do que a gente está precisando.** (U24)

**Deve ser ao chegar procurar atendimento, ser bem informada e encaminhada, ter boas explicações até pelo telefone.** (U30)

O contato entre profissional e paciente deveria propiciar o conhecimento do usuário e a continuidade de acompanhamento. Segundo observamos, é comum os usuários chegarem para serem atendidos, dirigirem-se à recepção, confirmarem a consulta, irem para a verificação de dados antropométricos e ficarem esperando para serem atendidos nos corredores, sentados em cadeiras ou bancos e, ao serem atendidos, irem embora. Portanto, não observamos qualquer tipo de acolhimento com vínculo entre usuários e trabalhadores da saúde.

Na nossa concepção, como o trabalhador da saúde está acostumado com o ambiente de trabalho, não percebe que as pessoas que chegam não estão acostumadas com o ambiente e rotina de funcionamento do serviço. Contudo, devemos ter consciência do outro em sua individualidade, como ser singular.

Segundo Ayres<sup>21</sup>, trata-se de resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na construção da

saúde, desde os acontecimentos acadêmicos referentes a outras áreas do conhecimento, como a filosofia, o direito, certos ramos das ciências humanas, até as diversas sabedorias e práticas transmitidas secularmente nas diferentes tradições culturais.

Para um usuário, não deverá existir vínculo entre trabalhadores e usuários, pois a proximidade poderá gerar conflitos, ao referir que: **Não acho necessário ter vínculo com os trabalhadores, quanto mais se envolve mais errado fica, é como casamento.** (U1)

Para muitas pessoas, a dificuldade de se relacionarem com o outro gera o medo da proximidade; de certo modo, é mais cômodo para essa usuária ser atendida apenas com base na queixa-conduta.

Já para outro usuário, é necessário “ter mais intimidade, olhar na cara, dar mais atenção” (U21), no sentido de saber os fatores desencadeantes de seus problemas de saúde, receber atenção, de se estabelecer uma relação entre trabalhador e usuário.

Percebemos, a partir da fala dos usuários, a necessidade do estabelecimento de contato entre profissional e usuário, no sentido de conhecer o paciente, manter vínculo e ter uma sequência no acompanhamento desse usuário.

Conforme Cyrino<sup>22</sup>, as relações humanizadas entre profissionais de saúde e usuários dos serviços “exigem, de partida, alcançar uma sensibilidade do profissional para com o sofrimento do outro, de seu paciente”. É um assunto complexo, se considerarmos que somos formados para atuar mais sobre o físico e a doença do que sobre a pessoa de forma única, individualizada.

Na atenção básica, tem-se um ambiente fértil para um trabalho com vistas à interação social, a qual possibilita a construção da saúde com a participação de diferentes saberes. Além disso, conforme observado, a forma como o serviço está organizado influenciará as ações dos trabalhadores e usuários dentro dos serviços.

## Considerações finais

A questão do respeito foi um ponto priorizado por todos os sujeitos envolvidos no processo de construção da saúde. Contudo, a fragmentação e os processos de trabalho sem a participação dos trabalhadores de saúde e usuários dificultam as relações entre os diferentes trabalhadores desta área e entre estes e os usuários, e interferem também no trabalho em equipe, assim como no preparo para lidar com as questões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção à saúde.

Muitas vezes, o que ocorre é um atendimento acompanhado de modos de atenção baseados ape-

nas na relação queixa-conduta, tornando automático o contato entre trabalhadores e usuários e fortalecendo a valorização somente na doença. Desse modo, não se estabelece o vínculo com acolhimento, tão fundamental e que permite, efetivamente, a responsabilidade pelas nossas ações de saúde.

No estabelecimento de um diálogo entre o trabalhador da saúde e o usuário, poderemos encontrar a solução conjunta para os problemas de saúde, já que muitas vezes o desabafo traz a resposta para determinada dificuldade. Ao mesmo tempo, poderemos trabalhar com o conhecimento popular, que faz parte da cultura do paciente e jamais deverá ser rejeitado. Mas a troca de conhecimentos só poderá ocorrer se o trabalhador tiver a humildade de ouvir, aceitar e associar o conhecimento empírico ao acadêmico.

Nesse sentido, as tecnologias das relações supõem troca de saberes (incluindo os dos usuários e familiares), diálogo entre os trabalhadores e modos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressal-

tar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas em algumas ocasiões para discutir e tentar resolver um problema, mas à produção de uma grupalidade, como o conjunto formado por usuários, trabalhadores, gestores, familiares, entre outros sujeitos que estabelecem conexão para as construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes.

Assim, as diferentes concepções de acesso, acolhimento e vínculo no processo de construção da saúde para os trabalhadores e usuários nos proporcionaram o estabelecimento de estratégias com vistas a aprimorar as ações de saúde na atenção básica, para fazer valer os princípios do SUS. Para tanto, faz-se necessário a implementação do espaço físico, do ponto de vista da ambiência, na perspectiva de promover um ambiente acolhedor. Sugere-se ainda o treinamento dos trabalhadores no sentido de humanizar a atenção, promovendo a execução de atividades de acolhimento, pautadas nas tecnologias das relações, tendo em vista a satisfação dos usuários.

## Colaboradores

MO Coelho trabalhou na revisão de literatura, coleta de dados e redação do artigo. MSB Jorge orientou a elaboração do artigo em todas as suas etapas e colaborou com a organização do trabalho final para publicação.

## Referências

1. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(1):75-85.
2. Jorge MSB, Albuquerque KM, Pequeno LL, Assis MMA, Guimarães JMX. Concepções dos ACS sobre sua prática no Programa Saúde da Família. *Revista APS* 2007; 10(2).
3. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
4. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. *Interface (Botucatu)* 2001; 5(9):150-153.
5. Gonçalves RBM. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.
6. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA. 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 EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa saúde da família*. [acessado 2005 set 25]. Disponível em: <http://www.gov.br/psf/menu.htm>

8. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):27-34.
9. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
10. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):585-597.
11. Fuck Júnior SF. Aspectos históricos da expansão urbana no sudeste do município de Fortaleza, Ceará – Brasil. *Caminhos de Geografia* [periódico na Internet] 2004 out [acessado 2005 out 05]; 5(13):[cerca de 16 p.]. Disponível em: URL:[http://www.ig.ufu.br/caminhos\\_de\\_geografia.html](http://www.ig.ufu.br/caminhos_de_geografia.html)
12. Brasil. Resolução CNS nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1990; 10 out.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
14. Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cad Saude Publica* 2005; 21(2):508-516.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Evolução do gerenciamento e implantação da estratégia de saúde da família* [site da Internet] [acessado 2006 set 25]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza\\_cadastro\\_ret.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro_ret.php)
16. Inojosa RM. *Acolhimento*. In: Fortaleza Humaniza SUS/Curso de Extensão Universitária, Caderno de Textos 1. Fortaleza; 2005. p. 23-28.
17. Sousa MF. O PSF nos grandes centros urbanos: o passado nos condena? In: Sousa MF, organizador. *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 23-33.
18. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 837-867.
19. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no programa de saúde da família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):53-61.
20. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):345-353.
21. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):63-72.
22. Cyrino AP, Nakamoto E, Rollo GLG, Andrade M, Freire P. O projeto “cuidando do cuidador”: a experiência de educação permanente em saúde do centro de saúde escola de Botucatu. *Trabalho, Educação e Saúde* 2004; 2(2):367-379.

Artigo apresentado em 13/03/2007

Aprovado em 06/12/2007

Versão final apresentada em 17/03/2008