

A Espera: projeto e ação de acolhimento a partir da escuta da população

Roberto Henrique Amorim de Medeiros

Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Andréia Maria Borges Iung

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Luciele Nardi Comunello

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RESUMO

Este relato procura lançar questões importantes acerca das políticas públicas na área da saúde as quais dizem respeito às iniciativas de humanização e à melhoria das condições de atendimento à população usuária do SUS. Traz a descrição de uma proposta de ação junto à comunidade da Vila Jardim, realizada pela equipe da Unidade de Saúde Divina Providência, do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, e integrada à rede de saúde do município de Porto Alegre-RS, Brasil. A referida ação consistiu de uma escuta à população sobre o ato de esperar pelo atendimento. Os dados levantados pela atividade trouxeram questionamentos e mudanças para o processo de trabalho da Equipe, no sentido de buscar acolher as demandas dos usuários. Essa experiência permitiu, dentre outras reflexões, observar que projetos de melhoria no atendimento da população usuária do SUS dependem das realidades das equipes, do território e da população em que serão implementados.

Palavras-chave: Acolhimento; escuta; SUS; saúde comunitária; psicologia.

ABSTRACT

The Wait: Project and action on holding from listening to the population.

This report intends to launch important questions concerning certain public policies in the health area, which are referred to humanization, and consequent improvements in the conditions of attendance to the using population of the SUS. Thus, it brings the description of a proposal of action, which took place at Vila Jardim carried through by the team of Divina Providência Health Unit from Communitarian Health Service of Grupo Hospitalar Conceição connected to health net of Porto Alegre-RS, Brazil. This action consisted of a listening to the population about the waiting act, the time before to be attended. Later, the analysis of data permitted questioning and changes in the team's work process in respect of holding the population demands. That experience allowed observing that all the projects regarding improvements in the attendance of the using population of the SUS depends on the realities of the teams, of the territory and the kind of population in which they will be implemented.

Key words: Holding; listening; SUS; communitarian health; psychology.

INTRODUÇÃO

Desde que a saúde se tornou um bem social universal no País, algumas metas precisaram ser colocadas para que as diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde se constituíssem em realidade. Para tanto, costuma-se pensar fundamentalmente na necessidade de buscar novas tecnologias e recursos financeiros para que os serviços tenham a qualidade e a efetividade esperadas pelas diretrizes impressas na atual Constituição Federal.

Parece correto o pensamento que julga ser prioritário o estabelecimento dos fundos de financiamento e a produção tecnológica para o SUS. Entretanto, a representação social do que sejam esses fatores cria uma espécie de pensamento concreto, segundo o qual se torna aparentemente justo pensar que nada muito eficiente se pode fazer sem grandes quantias de dinheiro ou sem o concurso da tecnologia, que, aqui, passa a corresponder a instrumentos de última geração ou medicamentos recém saídos das indústrias farmacêuticas.

De tempos em tempos, notamos alguns movimentos que, aparentemente, fazem-nos crer que os gestores da máquina pública que alimenta as ações em saúde percebem o engano que essa representação provoca. Dessa forma, lançam programas e projetos que, embora de baixo custo e de quase nenhuma necessidade de instrumental especializado, possuem eficácia e eficiência para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Um exemplo disso é a campanha contra a desidratação. Com uma tecnologia de alta resolutividade e de baixo custo – o soro caseiro –, ela tem salvado mais vidas de crianças e idosos do que o surgimento da tomografia computadorizada.

Modernamente, o setor da saúde dos municípios encontra-se às voltas com uma questão crucial que diz respeito aos mais básicos princípios do funcionamento do sistema de saúde nacional. Profissionais da rede pública têm debatido nos mais diversos fóruns sobre um conceito de essencial importância, porém, controverso: o *acolhimento* (HumanizaSUS, 2004).

O acolhimento constitui um conceito-chave na medida em que nos damos conta de sua influência direta em pelo menos quatro princípios básicos que regem o SUS, quais sejam: a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular através do controle social.

A controvérsia sobre o tema fica por conta do que se costuma ouvir nos debates sobre o acolhimento proporcionados pelos governos municipais junto aos seus servidores. Aqui, novamente a representação que se faz do conceito de acolhimento lança equívocos suficientes para que se pense que um *serviço de portas abertas*, a obrigação de atendimento a todos os cidadãos que procurarem o serviço, a idéia de que não haja mais filas ou listas de espera traduzam-se em mais horas de trabalho ou oferecimento de consultas, o que, de saída, parece inviável aos servidores. Além disso, emergem nos trabalhadores impressões desagradáveis, como a de que a discussão sobre a necessidade do acolhimento é apenas um ato politiquês com intuito de angariar votos em anos de eleição.

O enfoque deste artigo é menos analisar as motivações e queixas que geram controvérsias nos debates sobre o tema do que procurar demonstrar, por meio de exemplos de ações de uma Unidade de Saúde da rede pública de Porto Alegre, a possibilidade de lançar mão de tecnologias e atos geradores de baixíssimo custo e grande interesse para a promoção de qualidade de vida da população. Concomitantemente, argumentaremos que o *acolhimento* – ao invés de ser encarado como um efeito de interesses puramente políticos ou um conceito que implicará no impossível aumento da demanda de trabalho e horários de atendimento – deve ser entendido como uma *atitude* que pode trazer bons re-

sultados na atenção à saúde da população, e, inclusive, uma diminuição na própria demanda de atendimentos ambulatoriais por parte da equipe de saúde. Desejamos demonstrar que a eficácia das ações e projetos dentro da perspectiva do *acolhimento* depende inequivocamente das realidades das equipes, do território e da população em que serão empregados. Dito de outra forma, sublinharemos a ineficácia de pensar-se uma forma ou projeto único de acolhimento para os plurais serviços do SUS. Ao final, descreveremos uma ação dentro da perspectiva de acolhimento que envolveu toda equipe da Unidade de Saúde em questão, a forma como ela foi planejada e executada, bem como seus principais propósitos e resultados.

O CONTEXTO DO TRABALHO

Desde meados dos anos 80, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), um dos maiores do sul do Brasil, conta com o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) que tem por objetivo a atenção primária à saúde das populações mais carentes da zona norte da cidade de Porto Alegre. Esse Serviço nasceu com o ideal de proporcionar melhor acesso aos cuidados necessários para a prevenção e promoção de saúde para aquelas comunidades, por meio do trabalho de equipes multiprofissionais em postos avançados que atendem um território delimitado – um prenúncio do que seria consagradas, em 1990, como as diretrizes básicas do atual Sistema Único de Saúde do País.

O posto de saúde Divina Providência, um dos doze que integram o SSC do GHC, existe há duas décadas por esforço conjunto fruto da mobilização dos próprios moradores da Vila Jardim, bairro pobre da capital gaúcha, e de profissionais da saúde, funcionários do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Desde o início de sua atividade, a equipe da Unidade procurou construir a organização do trabalho a partir de um diagnóstico feito em colaboração com a comunidade a que iria atender. Percebeu-se, então, a necessidade de que seus profissionais levassem em consideração uma série de demandas peculiares. A solicitação de que seus problemas fossem atendidos de modo mais amplo do que o puramente ambulatorial é um exemplo do que inspirou a criação de ações em saúde além do trabalho estruturado sobre programas de prevenção em saúde específicos que constituem a base da atenção primária à saúde, hoje denominada Atenção Básica, no País.

Assim, os primeiros passos em termos do acolhimento das demandas da população foram dados desde a implantação da unidade de saúde, o que influenciou inicialmente a criação de programas da mulher, da gestante e da criança, facilitando e priorizando o acesso dessas pessoas às consultas.

A constante interlocução com a comunidade – por meio de assembleias, reuniões, planejamento participativo, atividades educativas e trabalho em microáreas de risco – garantia o estabelecimento conjunto de prioridades e o estabelecimento de ações em saúde para lidar com os principais problemas daquela população. Assim, a partir da perspectiva da participação popular, em pouco tempo a marcação de consultas passou a priorizar também os idosos que puderam, desde então, consultar em qualquer dia ou hora.

É importante observar que até mesmo nas reuniões de planejamento das atividades da Unidade havia a participação de representantes da comunidade através do Conselho Local de Saúde, composto por líderes comunitários eleitos para a função. A criação de cartilhas que procuravam informar a população sobre o funcionamento e organização do trabalho do Posto e o acesso aos serviços oferecidos é um bom exemplo de como acolher certas demandas que possam parecer desnecessárias aos olhos dos profissionais de saúde, mas que trazem benefícios e uma grande economia de tempo para o trabalho da equipe multiprofissional.

Outro exemplo dos benefícios do acolhimento das demandas discutidas em cooperação com a comunidade ocorreu na época em que os pedidos de visitas domiciliares para pacientes acamados eram solicitados indiscriminadamente, sem uma discussão sobre as necessidades desse serviço e um critério quanto à urgência. Esse problema e outros – como as crescentes reclamações sobre o número insuficiente de ofertas de consultas – só foram possíveis de serem trabalhados e identificados pela equipe a partir dessa forma de trabalho em conjunto com a comunidade, o qual leva em conta as especificidades do público para o qual o serviço é prestado.

ESCUTAR PARA ACOLHER

A maior reclamação dos usuários, identificada pelos profissionais da recepção da Unidade Divina Providência, é feita em relação à espera. Espera pela abertura do Posto, pelo número de consultas oferecidas no dia, pelo momento, enfim, em que as angústias em relação ao problema de saúde que cada um esteja vivenciando possam ser sanadas. Obviamente, o número de consultas à disposição a cada dia não é definido abaixo da potencialidade de atendimento do Posto, mas quase nunca é o suficiente para atender a todos os usuários que as procuram. Embora esse seja um problema com características universais na rede pública, a experiência histórica da Unidade em questão advoga em favor de que se avalie o problema também com o subsídio da população, ou seja, dos atores que estão diretamente envolvidos com o mal-estar causado pela

situação. De um lado, portanto, temos os usuários descontentes com o acesso ao serviço e, de outro, uma equipe aparentemente exaurida em suas possibilidades de atendimento.

É importante que fique claro que, mesmo em locais onde exista um conselho local de saúde participativo, a identificação e o diagnóstico do problema não surgem espontaneamente sem uma boa escuta da situação, possibilitada exclusivamente pela vivência e pelo contato diário da equipe com a população.

Foi exatamente por essa condição de especificidade que a equipe de Psicologia do Posto, através da atenção a algumas frases isoladas, ditas, principalmente, pelos profissionais encarregados da recepção aos pacientes, percebeu indícios de que algo não estava bem. O conhecimento sobre modo de trabalho, a personalidade e até mesmo o humor dos funcionários durante a jornada diária fez com que se diagnosticasse uma necessidade de trabalhar com a maneira de a equipe receber os pacientes, e lidar com suas queixas e demandas de atenção, tendo em vista que esses profissionais, outrora motivados, estavam dando sinais de exaustão.

A agitação por parte dos usuários do serviço, percebida na sala de espera, constituiu outro indício de que algo estava ocorrendo e influenciando o andamento do processo de trabalho daquela Unidade. Nas primeiras discussões da equipe de Psicologia com a chefia do Posto, na época, observou-se que a *sala de espera* era o cenário daquilo que não andava bem. Isso foi a chave para que se organizasse uma atividade que teria por objetivo trazer alguns subsídios para tratar o novo problema. Chamou-se a ação de *A espera*.

“QUEM SABE FAZ A(G)HORA”: A MOBILIZAÇÃO E O PROJETO.

A escolha do título desse projeto teve uma importância fundamental, na medida em que não subestimou a representação simbólica que determinados termos possuem no contexto social em que são empregados. Acolhimento seria o termo óbvio para nomear a nova proposta de ação, caso essa palavra não estivesse, no contexto daquela equipe, contaminada de significados pejorativos devido às reiteradas discussões improficuas anteriores sobre o tema. Assim, além de designar de modo preciso o foco da atenção do projeto, a *espera* foi um termo oxigenado e que certamente contribuiu para a adesão de toda equipe à proposta de ação.

O objetivo, portanto, foi identificar, através da voz do próprio cidadão usuário do Posto, as dificuldades e demais aspectos que poderiam ser reformulados com vistas ao melhor atendimento das demandas, e apri-

morar o relacionamento da população com os serviços e equipe de saúde.

Para tanto, lançou-se mão do seguinte método de trabalho: duas pessoas da equipe (um coordenador e um relator) convidaram os pacientes que estivessem esperando a abertura do Posto para uma atividade na qual cada um pudesse falar livremente sobre seus sentimentos e considerações a respeito do momento da espera pelo atendimento. Aos coordenadores, sugeriu-se o seguinte tipo de *rapport* a ser usado no momento do convite: (a) Hoje nós estamos convidando vocês a entrarem antes no Posto para conversarmos sobre este momento em que todos estão aguardando para serem atendidos (a espera); (b) A participação de todos será importante porque estarão contribuindo para o planejamento do funcionamento da Unidade.

Como as pessoas eram convidadas para entrar na Unidade meia-hora antes de sua abertura, os coordenadores preparavam a sala previamente para garantir espaço onde todos pudessem acomodar-se. Era colocada uma térmica com café ou chá, e combinado com o restante da equipe que mais ninguém ficaria circulando nas proximidades para não prejudicar a atenção à atividade.

É importante ressaltar que os coordenadores dessa atividade estavam instruídos para escutar e estimular a participação de todos. Apropriadamente, deveriam informar aos participantes que, naquele dia, não seriam dadas respostas, mas que o relator estava anotando tudo de importante para ser avaliado posteriormente por toda a equipe.

Abrangendo duas semanas, a atividade constituiu-se de seis encontros, com duração de meia-hora, realizados em três oportunidades na primeira semana, no turno da manhã, e, na semana seguinte, durante o turno da tarde, tendo em vista as diferenças das populações que buscam atendimento no Posto em cada período do dia.

Em grupos de 15 a 17 participantes a cada vez, cerca de uma centena de pessoas foram escutadas, segundo seu modo de expressar, sobre o *ato de esperar* pelo atendimento naquele Posto de Saúde.

A mobilização para realizar o projeto testemunhou a boa aceitação da proposta pela equipe. Na atividade de coordenação, onze integrantes da Equipe da Saúde do Posto, correspondendo a todas as categorias, a saber, enfermeira, auxiliares de enfermagem, técnicas de higiene dental, assistente social, psicólogo, estagiários de psicologia e residentes de medicina, envolveram-se voluntariamente no projeto.

A análise de conteúdo realizada com o material das transcrições das seis sessões trouxe uma variedade de dados, desde reclamações e reivindicações até observações, e sugestões importantes, extremamente

enriquecedoras para subsidiar futuras ações da equipe. Através do método da produção de sentidos (Spink e Frezza, 2000), derivado do paradigma do Construcionismo Social, foram levantadas categorias de análise com vistas ao entendimento posterior do material. Essas categorias foram formadas a partir dos relatos das intervenções dos participantes de cada um dos seis encontros.

A partir do tema central escolhido – A Espera – observou-se uma série de assuntos e comentários associados que diziam respeito principalmente ao método de marcação de consultas, à recepção aos pacientes pela equipe, ao atendimento ambulatorial, ao ambiente e espaço físico e à localização da Unidade, ao acesso aos medicamentos e, inclusive, à questão do risco e insegurança do ato de esperar na rua pelo horário de abertura do Posto em horários muito cedo pela manhã. Em algumas sessões de discussão também foram feitas sugestões interessantes que se referiam ao processo e organização de trabalho e atividades externas, como campanhas junto à comunidade com enfoque na prevenção de doenças e problemas sociais.

O TRABALHO COM A EQUIPE

Após o registro e tratamento do material produzido pelas sessões de escuta dos grupos de usuários, passou-se ao trabalho com a totalidade da equipe. Utilizou-se o espaço das reuniões semanais para propor um primeiro momento de análise e reflexão do material em subgrupos. Cada subgrupo foi formado com elementos pertencentes à mesma categoria profissional. Assim, os grupos formados por médicos, enfermeiros, dentistas, recepcionistas etc., trabalharam separadamente para dar conta das considerações feitas pela população especificamente ao seu serviço. Foi-lhes entregue uma folha com cerca de duas a três frases colhidas nas sessões de discussão com os usuários. A tarefa inicial, portanto, sugeria que cada subgrupo estabelecesse uma discussão crítica sobre as frases selecionadas e propusesse uma solução viável para o problema implícito.

Num segundo momento, o relator de cada subgrupo faria uma breve exposição dos resultados da discussão particular aos demais profissionais que, a partir disso, procuravam, como equipe, discutir e propor soluções aos dilemas surgidos.

As frases correspondentes ao trabalho da equipe como um todo foram reveladas ao final desse segundo momento de discussão no grande grupo, e tratadas segundo a mesma proposta.

Coube à equipe de Psicologia (psicólogo da Unidade e dois estagiários) o registro e a compilação do material produzido pela atividade, além da condução

do trabalho com o grupo de funcionários para definição dos encaminhamentos principais. Os dados colhidos e avaliados criticamente ao final da atividade revelaram uma série de medidas a serem tomadas dali em diante pela equipe de saúde, no sentido de compre-

ender e acolher, na medida do possível, as demandas escutadas. A Tabela que segue, mostra frases selecionadas e trabalhadas pelos subgrupos e lista as possibilidades de encaminhamentos e ações a partir da discussão realizada em reunião de equipe.

TABELA 1
Dados coletados e relacionados às categorias com respectivos encaminhamentos

<i>Categorias</i>	<i>Frases Representativas</i>	<i>Avaliações / Encaminhamentos</i>
Dentistas	<p>“Teria que ter mais dentistas.”</p> <p>“Não venho aqui consultar com dentista, tem que chegar às 5h da manhã. É pouco só a última terça do mês pra marcar consulta.”</p>	<p>O número de dentistas é suficiente. A qualidade no atendimento demanda tempo maior da consulta.</p> <p>a) Reorganizar os horários dos dentistas.</p> <p>b) Melhorar a comunicação (oral) para divulgar os serviços.</p>
Enfermeiros	<p>“A enfermagem é muito demorada.”</p> <p>“A enfermeira da tarde complica. Parece a dona do Posto. É muito nervosa.”</p>	<p>Rotinas a serem cumpridas demandam mais tempo. Enfermeiros têm um papel regulador entre o Posto e os usuários.</p> <p>a) Melhorar espaço físico e equipamentos.</p> <p>b) Trazer para a equipe os problemas para discutirem juntos.</p>
Recepcionistas	<p>“Fui bem tratada, antigamente não era assim, agora melhorou!”</p> <p>“Depois que entra é bem atendida. Não tenho queixas, somos bem atendidas por todos.”</p>	<p>a) Continuar trabalhando a informação e os direitos dos usuários; ouvir as queixas.</p>
Médicos	<p>“A gente fica desde cedo e os médicos só dão atestado da hora da consulta.”</p> <p>“Quando é pra mostrar exame não se deve ter que marcar consulta.”</p> <p>“A gente marca consulta às 8h e só é atendido às 9h. Os médicos atrasam, ficam de papo... e a gente tem que madrugar na fila.”</p> <p>“Só reclamo mesmo dos horários dos médicos. Mas acho eles legais. De manhã sempre atrasa, isso é que é problema.”</p>	<p>a) Atestados: usar o bom senso e não deixar de combinar a rotina com doutorandos (estagiários de medicina).</p> <p>b) Reiterar a necessidade de marcar consulta para mostrar exames.</p> <p>c) Demora: informar o benefício de se trabalhar com residentes embora a discussão de algum caso possa demorar mais.</p> <p>d) Organizar o horário dos médicos da manhã.</p>
Equipe	<p>“O bom é aqui, já está informado o número de fichas (consultas). É ótimo!”</p> <p>“Deixar marcado a consulta de uma semana para a outra seria melhor.”</p> <p>“É ruim vir doente ao Posto e entrar na fila para marcar.”</p> <p>“Outro problema é ter que trazer o paciente pra entrar na fila junto pra tirar ficha, isso nem sempre dá! Imagina trazer teu filho com febre pra ficar de madrugada esperando até conseguir um horário com o médico.”</p> <p>“Com o inverno seria bom esperar dentro do Posto. Só tem um banco ali fora, não podia fazer um toldo com lona? Não pode usar a área ao lado pra espera?”</p> <p>“Os cartazes (da sala de espera) são muito informativos.”</p> <p>“O cartaz da medicação eu olho, mas sempre pergunto se tem (o remédio). Ele está certo?” (o cartaz).</p>	<p>a) Estímulo para que a equipe siga o trabalho de informação junto à população.</p> <p>b) Buscar recursos para aumento do espaço físico da Unidade e reformas para melhorar as instalações.</p> <p>c) Reavaliar o método de marcação de consultas.</p>
Sugestões	<p>“Campanhas do agasalho deveriam ser promovidas o ano inteiro.”</p> <p>“Fazer campanhas através dos jornais para os consultórios privados doarem medicação que ganham pra estudar (amostras grátis)”</p>	
Comentários Gerais	<p>“Graças a Deus abriu o espaço pra gente falar.”</p> <p>“Deixar no papel não adianta!”</p>	

COMENTÁRIOS FINAIS

É evidente que as práticas e políticas na área da saúde resultam das tensões dentro de um complexo de discursos, no qual nem sempre aquele que emana dos usuários obtém o mesmo valor do que os da ciência, da gestão ou daqueles que prestam os serviços. Ceccim e Feuerwerker (2004) apostam no Controle Social como elemento estratégico para a garantia da integralidade nas práticas cuidadoras em saúde, considerando que esse discurso seja o legítimo representante das necessidades a respeito da saúde, por trazer o ponto de vista do seu maior interessado, o usuário do SUS.

A ação descrita foi idealizada como uma tentativa de buscar subsídios realistas para abordar os possíveis problemas existentes no choque das necessidades e desejos entre equipe de saúde e população. A partir do tratamento do material coletado nos encontros com a população e da escolha da técnica utilizada para o trabalho com a equipe a partir desses dados, foi possível deflagrar um processo de reorientação de diretrizes e alguns ajustes simples na organização do trabalho da Unidade. Os resultados da escuta levaram à equipe a implementar encaminhamentos importantes: realizou-se uma Assembléia Popular na qual ficou acordado com a população horários mais cômodos para marcação de consultas, a equipe se empenhou na reivindicação da ampliação da sala de espera da Unidade e da melhora dos espaços e móveis das salas de observação e de enfermagem; adequação da sala da farmácia; reorganização da atenção domiciliar; ajuste dos problemas do turno da manhã com a substituição do médico que se afastara do trabalho na Unidade.

Entretanto, observando no quadro algumas das frases da população, parece que devemos concordar com Luz (2006) a respeito de sua crítica em relação à naturalização das demandas em saúde por parte da população em termos de oferta de consultas especializadas e medicamentos. Esse fenômeno de construção social da demanda responde à lógica mercantil sobre a qual os serviços de saúde foram estruturados historicamente no País. A autora afirma ainda que enquanto a demanda por saúde partir da lógica do combate à doença, não será construída uma verdadeira demanda por saúde em seu aspecto integral.

Parece surgir, então, um dilema, a partir da articulação das posições de Ceccim e Feuerwerker (2004) e Luz (2006). Qual o resultado das intervenções do Controle Social em termos da ampliação do conceito de saúde na prestação de serviços para as populações se a construção social de suas demandas vibra na mesma frequência dos discursos técnicos e científicos, eminentemente reducionistas? Como podem, assim sen-

do, tensionar os debates no âmbito da saúde de forma a ampliar o potencial das intervenções de promoção do cuidado? Qual a função de representatividade das manifestações pessoais de um grupo de usuários desorganizados enquanto coletividade e atravessados em sua subjetividade pelo discurso técnico-mercantil da saúde?

Parecem claras as dificuldades impostas por esses argumentos a respeito do papel do Controle Social. No entanto, são estes mesmos argumentos que vêm sugerir a necessidade do estabelecimento de espaços onde seja prestada uma escuta crítica das falas dos usuários do SUS por parte das equipes e gestores de saúde. Parece ser através dessa escuta crítica e dos debates sobre a questão que uma nova construção social das demandas em saúde poderá advir sob um aspecto ampliado. A participação política dos usuários através de espaços onde se produzam e se escutem suas impressões sobre a sua saúde, suas necessidades a partir de seus valores, suas expectativas sobre o modo como gostaria de ser atendido, é o que pode fazer as demais instâncias que compõem o cenário da saúde no País desacomodarem. Ao mesmo tempo em que influenciam novos posicionamentos a respeito das demandas de cuidados em saúde.

A iniciativa ilustrada neste trabalho resgata a dimensão política presente nos atos isolados de fala dos sujeitos quando realizados no contexto social. A naturalização da representatividade política atribuída apenas à sociedade organizada institucionalmente – como seriam os Conselhos Locais de Saúde – aniquila o caráter político inerente a cada ato público realizado em nome próprio produzido por um sujeito. Apaga, ao mesmo tempo, a possibilidade do surgimento do singular em atos políticos, como por exemplo, o debate sobre a atenção à saúde, e nega, ao sujeito, a natural dimensão política da sua vida enquanto homem (Guizardi e Pinheiro, 2006).

O acolhimento que foi produzido pela escuta do usuário não organizado em uma entidade institucional, mas munido apenas da sua singularidade enquanto sujeito e único avalista de sua palavra, vem a resgatar a dimensão política comumente negada nessas situações. A riqueza promovida pelas intervenções dos usuários e os efeitos produzidos na equipe na direção da melhoria do serviço prestado, parece justificar nossa proposição segundo a qual o *acolhimento*, enquanto atitude de escuta crítica, também pode se prestar como via para a que a integralidade se constitua como operador importante na gestão do cotidiano das ações e serviços de saúde, assim como desejam Pinheiro e Mattos (2006).

Com o relato dessa experiência gostaríamos de assinalar a posição segundo a qual parece necessário que

uma proposta de acolhimento para os serviços de saúde da rede pública deva ser uma iniciativa descentralizada, ou seja, que contemple a especificidade de cada Unidade de Saúde, Serviços ou nível de atenção, na medida em que esses estejam previamente sensibilizados para o problema. A diversidade e as peculiaridades de cada tipo de Serviço – sejam Postos de Saúde, Emergências, Hospitais etc. –, da população atendida e das relações entre integrantes da equipe são fatores que influenciarão diretamente no sucesso das ações empreendidas dentro de um propósito que visa a acolher os usuários do SUS de uma forma respeitosa e como sujeitos de seu processo de cura.

Cabe observar que além do critério de descentralização (Luz, 2001) é importante que os gestores verifiquem a seguinte condição de viabilidade de implantação da proposta de acolhimento: se o *acolhimento* não está presente na equipe como intenção, inspiração e atitude, antes de ser implantado como proposta de trabalho, ele precisa ser *construído* na equipe. Dessa maneira, parece ficar clara a importância do papel gerencial dos serviços para que haja a promoção de um contínuo questionamento do trabalho da equipe na busca da sensibilização dos seus trabalhadores para as questões de humanização da atenção à saúde.

Outro elemento importante a ser resgatado em ações como a que propusemos é o estratégico desenvolvimento de uma maior autonomia por parte dos trabalhadores da área da saúde, por meio da participação na ressignificação e reestruturação dos seus processos de trabalho.

Esses objetivos podem ser realizados através da ampliação do conceito de escuta no âmbito de todas as categorias que compõem uma equipe multiprofissional. Mais do que uma atitude de respeito, escutar o que tem a dizer o paciente que procura um serviço de saúde de qualquer natureza permite melhores encaminhamentos para o problema; pesquisar e entender os fluxos da procura pelos serviços e orientar o paciente de modo realista e apropriado; diminuir a angústia de quem vê o local que procurou como último recurso para seu sofrimento; e, por vezes, até mesmo resolver aqueles casos que se tratavam apenas de uma queixa banal ou de uma ansiedade decorrente da fragilização promovida pelo próprio padecimento.

Importa esclarecer que essa forma de escuta proposta não se configura numa prerrogativa exclusiva do psicólogo de uma equipe. Embora o tipo de escuta que diz respeito à determinada técnica com vistas ao procedimento terapêutico de certas linhas da psicologia e da psicanálise tenha especificidades que transcendem o que estamos sugerindo aqui, ao menos uma característica é preservada: implicar o paciente no seu discurs-

so, proporcionar um momento privilegiado de reflexão sobre o seu pedido e, com isso, criar as condições necessárias para que sua queixa desresponsabilizada e objetivante transforme-se numa demanda apropriada e subjetiva de busca pelo tratamento.

Estratégias de trabalho como as exemplificadas neste artigo colocam em evidência a importância fundamental, em se tratando de acolhimento, da potencialização das ações transdisciplinares em saúde coletiva – que acaba por tornar viável uma proposta de gestão participativa (Seminotti e Guareschi, 2004). Apesar das reiteradas controvérsias e inseguranças entre os profissionais da saúde e gestores, geradas pela discussão acerca do papel do acolhimento, o que fica claro é a atualidade desse projeto, considerando as discussões sobre a integralidade e a humanização dos serviços de saúde.

Embora ainda haja muito a ser discutido com relação à compreensão do lugar do acolhimento na rede de saúde dos municípios, cabe salientar a opinião de que acolher as demandas de atendimento da população deve ser encarado muito mais como uma *atitude* por parte das equipes do que um projeto formatado unilateralmente – e, muitas vezes, burocrático – para ser utilizado indiscriminadamente em todos os âmbitos ou serviços distintos entre si devidos suas naturezas e especificidades.

Este artigo busca, enfim, por meio de um relato de experiência, apontar direções possíveis na construção de uma relação mais aberta e participativa entre trabalhadores da saúde e população, voltada a uma produção de saúde que possa dar conta da complexidade dos desejos e demandas das populações dos territórios atendidos pelas Unidades de Atenção Primária do SUS.

REFERÊNCIAS

- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14, 1, 41-65.
- Guizardi, F. L., & Pinheiro, R. (2006). Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. In: R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.
- HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Luz, M. T. (2006). Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*, (1ª ed.). Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

- Luz, M. T. (2001). Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*, (2ª ed.). Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.
- Pinheiro, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*, (2ª ed.). Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. de. (2006). O fio da meada: implicações da integralidade na gestão da saúde. In: R. Pinheiro, & R. A. de Mattos (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*, (1ª ed.). Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.
- Spink, M. J., Frezza, R. M. (2000). Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: M. J. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*, (2ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Seminotti, N., Guareschi, N. (2004). *Acolhimento na rede básica de saúde: produção de uma tecnologia não-material em saúde*

coletiva. Projeto de Intervenção construídos pelos Grupos de Pesquisa: Relações Grupais – emergentes e organizações; e Estudos Culturais, Identidades/Diferenças e Teorias Contemporâneas. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Porto Alegre.

Recebido em: 06/06/2005. Aceito em: 17/03/2007.

Autores:

Roberto Henrique Amorim de Medeiros – Psicólogo, mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, preceptor da Residência Integrada em Saúde: Ênfase em Saúde Comunitária, do Grupo Hospitalar Conceição.

Andréia Maria Borges Iung – Assistente Social, especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, assistente de coordenação da Unidade de Saúde Divina Providência, Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição em 2004.

Luciele Nardi Comunello – Psicóloga, formada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Endereço para correspondência:

ROBERTO HENRIQUE AMORIM DE MEDEIROS
Grupo Hospitalar Conceição – Serviço de Saúde Comunitária
Av. Francisco Trein, 596 – Cristo Redentor
CEP 91350-200, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: robertoamorim80@hotmail.com