

**CURSO DE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS**

**MONOGRAFIA**

**O ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE COMO UMA ESTRATÉGIA  
DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E DO ENSINO**

**Autor:** Cláudio Luiz Müller

**Orientadora:** Luciane Kopittke

## **Resumo**

Característica do problema: o acolhimento é uma estratégia incorporada à rotina de trabalho em atenção primária. O acesso, a equidade e a humanização do atendimento estão entre seus objetivos. Com a implantação do acolhimento na Unidade de Saúde Parque das Maias (USPM) do Grupo Hospitalar Conceição, houve a necessidade de estudar essa estratégia. As inquietações do novo nos fizeram buscar na literatura aquilo que consideramos as justificativas para a implantação e para o aperfeiçoamento dessa estratégia num serviço de ensino que tem entre suas atribuições desenvolver os programas de residência médica e de residência interdisciplinar em saúde. A necessidade de buscar um novo caminho que vá ao encontro à declaração de Alma-Ata de 1978, onde se afirmou que a saúde é um direito humano fundamental vem ao encontro da lei do Sistema Único de Saúde (SUS) onde se afirma que a saúde é um direito do cidadão e uma obrigação do estado.

Descrição da experiência: durante o ano de 2009, todos os integrantes da USPM participaram do planejamento e da implantação dessa estratégia e, de forma especial, os residentes.

Efeitos alcançados: o processo desencadeou discussões e questionamentos que continuam ainda na questão da avaliação do processo e se constitui ainda hoje num foco contínuo de aprendizagem. Recomendações: temos claro em equipe que a implantação do acolhimento não está completa, que o processo está em construção, que a construção da saúde e do SUS segue e que os residentes e os técnicos passaram a “aprender a aprender”, numa sucessão de atos em defesa da vida.

## **Abstract**

Features of the problem: the embracement is a incorporated strategy to the routine of work in primary care. The access, equity and humanization of care are among their goals. With the implementation of the embracement at the Health Unit of the Parque dos Maias (USPM), of the Grupo Hospitalar Conceição, there was a need to study this strategy. The concerns of the new made us look in the literature that we consider the justifications for the establishment and improvement of this strategy in teaching service which has among its tasks to develop residency programs and interdisciplinary health residence. The need to seek a new path that goes to the declaration of Alma-Ata in 1978, which stated that health is a fundamental human right is the standing law of the Unified Health System (SUS) which states that health is a citizen's right and an obligation of the state.

Description of experience: during 2009, all members of USPM participated in the planning and implementation of this strategy and, in particular the residents.

Effects achieved: the process triggered discussions and questions that are still in the question of evaluating the process and is still a focus of continuous learning. Recommendations: we have clear team that the implementation of the host is not complete, the process is under construction, that construction of the health and following the SUS, and that residents and technicians have to learn to learn in a succession of acts in defense of life.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>9</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>10</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O aprendizado humano dá-se de diversas formas e com diferentes profundidades. O homem é um ser aprendiz. A capacidade humana de aprender e transmitir seu aprendizado lhe garantiu a sobrevivência como espécie. Foi coletando experiências e buscando maneiras de registrá-las e repassá-las que o homem constituiu o seu cabedal de conhecimento ao longo de sua trajetória. O ato de aprender, de compreender, de fixar e de transmitir informações e experiências ainda hoje motiva os aprendizes a buscarem como isso se constitui no dia a dia de cada um, na prática diária. Ao longo do tempo, o homem foi levado à condição de aprendiz. Nessa condição, foi descobrindo uma maneira de fixar e de legar o seu aprendizado para gerações futuras. Esse aprendiz foi experimentando formas de aprender, e isso o levou à transmissão de conhecimento pela tradição, pela transmissão oral e pelo contato direto com o detentor do conhecimento. Surgem, então, os mestres e seus discípulos. Essa curiosa relação que motiva aprendizes diferentes a buscarem o conhecimento é repleta de interfaces, suscitando um olhar mais acurado. As “escolas”, as “universidades” e outros espaços formais de aprendizado se seguiram levando o homem aprendiz, agora totalmente seduzido pelo conhecimento, a buscar cada vez mais a satisfação da necessidade de aprender. Ao longo dos tempos, a questão do ensino e da aprendizagem nem sempre foi feita de forma padronizada. Uma das justificativas para a criação das escolas foi a de que era necessário socializar a criança, tirá-la da condição dita “selvagem”, para uma condição de limites e de condicionamentos. Era necessário prepará-la para a transição do sistema feudal para o capitalismo. Se levarmos em conta que o trabalho infantil por longas jornadas diárias era uma realidade, o surgimento da escola pode ser considerado um avanço. Em pleno século XXI ainda nos preocupamos com ensino, discutindo qual seria a melhor forma de transmitir e de gerar conhecimentos. Com certeza esta preocupação vai acompanhar a humanidade por muito tempo. Ao longo de nossas caminhadas de estudantes, exercemos papéis diferentes, ora educadores, ora educandos prática salutar para todos que labutam na área do conhecimento. A curiosidade pelo saber foi nos conduzindo ao longo do tempo. Os conhecimentos de nossos primeiros professores e suas técnicas pedagógicas venceram inúmeros obstáculos. Alguns deles brilhantes por suas habilidades em descobrir talentos, outros por aceitar o desafio de tornar o improvável em questão de ensino, em realidade. O mais curioso disso tudo é

que a maior parte deles seguiu sua caminhada no anonimato. Se falarmos em ensino no nosso país, constatamos realidades locais diferentes em todos os níveis, desde o ensino fundamental até o ensino nas universidades e em cursos de pós-graduação. É bom lembrar alguns aspectos implicados neste processo. A educação da criança precisa ser libertadora e também contribuinte para a sua transformação num adulto inserido na sociedade do ponto de vista econômico, profissional e social, bem como afetivo e político. Contudo, esse processo não termina quando o indivíduo se torna adulto. O processo de ensino deve seguir de forma contínua, principalmente em função da rapidez com que novos conhecimentos surgem a cada dia. No Grupo Hospitalar Conceição (GHC), pólo formador de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), a preocupação com a formação e com a qualificação de profissionais é uma constante. Os programas de Residência Médica (RM) e de Residência Interdisciplinar em Saúde (RIS) caracterizam-se por períodos de aperfeiçoamento em trabalho, em geral por dois ou mais anos, e recebem egressos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional, Farmácia, Odontologia e Nutrição. Se, até alguns anos atrás tínhamos apenas a RM, a incorporação de novos profissionais deu-se por absoluta necessidade da rede pública de serviços de saúde. A necessidade de capacitar novos profissionais através da RIS, bem como a de qualificar as que já aconteciam no caso a RM, surgiu a partir da necessidade de contrapor ao processo de ensino de Medicina no interior de hospitais, modelo proposto por Abrahan Flexner no seu relatório publicado nos Estados Unidos em 1910 <sup>(1)</sup>. Ele exerceu profunda influência no mundo todo, inclusive no Brasil <sup>(1)</sup>. O impacto desse relatório ainda se faz sentir nos dias atuais. O modelo médico centrado e curativista afirmava que o local mais adequado para o ensino de medicina deveria ocorrer dentro do hospital <sup>(1)</sup>. A implantação da medicina científica deu-se através da associação entre o grande capital, a corporação médica e as universidades. Abrahan Flexner, que era educador, afirmava que o estudo da Medicina deveria centrar-se na doença, que era considerada um processo natural e biológico. Os aspectos sociais e coletivos e a comunidade não eram considerados neste processo. O hospital passa, então, a ser o local oficial de ensino médico <sup>(1)</sup>. Entretanto, as críticas constantes ao desempenho do setor saúde eram justificadas, pois esta não tinha compromisso com a realidade e com as necessidades da população. A partir de 1960, as críticas se intensificaram. Discutiu-se a necessidade de mudar a educação médica. As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina definiram o perfil do médico egresso da universidade <sup>(2)</sup>. ”Este deveria ter formação generalista, humanista, crítica e

reflexiva <sup>(2)</sup>, com capacidade para atuar com princípios éticos no processo de saúde e doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da assistência, com senso de responsabilidade <sup>(2)</sup>.

No cenário mundial há, então, um movimento, nascido nos Estados Unidos da América, que vem questionar o *status quo*, e questiona os postulados solidificados no período ante e pós Segunda Grande Guerra e da Guerra do Vietnã, questionam o cientificismo e fazem uma proposta de retomada do então chamado Naturismo, ou volta ao natural. Concomitante, levantam-se os movimentos de esquerda que angariam junto à juventude muitos adeptos. Historicamente, no decorrer deste período, vivenciam-se as ditaduras de direita na América Latina e os movimentos de resistência eclodem. Este cenário levanta muitos pensadores e forma no meio universitário e político uma massa crítica que se contrapõe ao domínio do capital e capitalização da Saúde. No Brasil levantam-se os lutadores pelo SUS, evocando a Saúde como um direito de todo cidadão e não como um mero serviço a ser prestado ou um produto a ser vendido. Se visualizarmos a Saúde como um produto ou serviço, ela torna-se alvo da exploração do capital, mas se a ótica sobre a Saúde é a do direito do ser humano, ela torna-se também um dever do Estado. No Brasil, pelo menos legalmente, a Saúde é um “dever do Estado e Direito do cidadão”.

*É da mesma década o Movimento da Reforma Sanitária, que no auge da ditadura militar, surge como resistência ao poderoso complexo médico industrial, financiado principalmente com dinheiro público do Ministério da Previdência e Assistência Social, e resistência também ao modelo de formação, baseado na especialização e fragmentação do conhecimento, e na visão da doença como fenômeno estritamente biológico.*

*Gerado no texto aprovado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, nasce na Constituição Federal, promulgada em 1988, o Sistema Único de Saúde. Ainda que o Art. 200 da Constituição já determinasse que cabia ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde, quase duas décadas se passaram, em um longo caminho de tentativas de aproximação entre as políticas de educação e saúde <sup>(3)</sup>.*

O SUS do qual falamos tem pressupostos que necessitam ser solidificados nos profissionais que darão conta da sua implementação e fortalecimento dentro do Território Nacional. No Grupo Hospitalar Conceição os programas de residência tem como obrigação balizarem-se por eles, pois tem o compromisso de formarem para o SUS. O instigar dos profissionais para o conhecimento do sistema deve ser uma constante, então as pautas obrigatórias de nossas falas devem passar por definição de Equidade, Universalidade, de Controle Social e de Integralidade. Deparamos-nos com muitos entraves neste contexto, e um dos princípios que nos instiga é a Integralidade da Assistência que deve ser prestada ao cidadão usuário do sistema, pois sentimos que há um grande distanciamento entre a realidade praticada, dentro do GHC, e este princípio. O GHC é campo de aprendizado para muitos profissionais e, assim sendo, deve envolver-se na busca da excelência na implantação do SUS nos seus próprios espaços, tornando-se, assim, um exemplo a ser seguido em todo o Brasil.

A Residência Multiprofissional GEP-GHC constitui-se num espaço de aprendizado para diversos profissionais da área de saúde. Este espaço é formalizado pelo que é chamado “aprendizado em serviço”, o espaço real, o lócus do acontecimento da assistência em saúde que é oferecido como espaço de aprendizado. O Residente sai do espaço formal da Academia e imerge no cotidiano dos Serviços de Saúde, submetendo-se a todas as suas estruturas e desestruturas. O espaço oferecido vem impregnado do real, das dificuldades, dos impasses, dos questionamentos de toda uma equipe de saúde e seus usuários. O confronto do Residente com este espaço lhe permite refletir, angariar vivências, experiências e aprendizado. Além do espaço dos Serviços de Saúde, é oferecido ao Residente em outros espaços de aprendizado teórico a reflexão sobre a sua prática. São eles: aulas de núcleo, Seminários integrados do GEP e o “Currículo Integrado” da ênfase Saúde da Família e Comunidade.

A experiência é a parte do aprendizado que leva o aprendiz a sofrer uma mudança em sua percepção sobre o objeto do aprendizado <sup>(4)</sup>. Este autor fala que há uma diferenciação entre vivência, experiência e exposição à informação, que estas formas de aprendizado geram resultados diferentes no aprendiz pela intensidade que cada uma é capaz de imprimir <sup>(4)</sup>.



## 2 METODOLOGIA

O presente estudo foi descritivo e desenvolvido através de uma pesquisa bibliográfica <sup>(5)</sup>. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos <sup>(5)</sup>.

Esse tipo de pesquisa é útil quando se “dispõe de poucas informações, dando a oportunidade de conhecer mais, subsidiando a descoberta na literatura, assim como, na organização <sup>(5)</sup>”.

No delineamento deste trabalho, foram consideradas as seguintes fases:

- a) Determinação do plano de trabalho: com a finalidade de especificar o problema;
- b) Elaboração do plano de trabalho: para orientar os procedimentos seguintes após definição dos objetivos;
- c) Identificação das fontes: capaz de fornecer as respostas à solução do problema proposto;
- d) Localização das fontes e obtenção do material: que fornecem respostas à solução do problema proposto através de consultas a bibliotecas <sup>(5)</sup>;

Leitura do material localizado: identificando as informações relevantes aos objetos da pesquisa, estabelecendo relações entre essas informações e analisando a consistência das informações <sup>(5)</sup>.

A coleta de dados teve um plano provisório, o qual se constitui na organização sistemática das diversas partes que compõem o objeto de estudo, onde foram identificadas as fontes para a solução do problema proposto. A partir daí foram feitas as leituras, com exploração, seleção, análise e interpretação, indicando-se o seu nível de complexidade <sup>(5)</sup>.

A análise dos dados realizou-se através da leitura do material escolhido para o estudo. Os dados foram ordenados e discutidos a fim de que fosse possível reconhecer os aspectos relevantes, podendo assim relacionar esses dados com o objetivo do estudo. Após a análise foi feita uma discussão considerando somente os dados que foram merecedores de análise mais aprofundada, utilizando o princípio da redução dos dados; estruturação dos dados; apresentação gráfica dos dados para análise e redação <sup>(5)</sup>.

Para a obtenção de informações foi realizado um levantamento de obras a partir de periódicos indexados, os quais se encontram disponíveis em: Scielo, Google e artigos de revisão onde encontramos artigos relacionados.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Desde há muito, as questões que envolvem o processo saúde-doença foram e tem sido motivo de debate entre os técnicos que pensam e que produzem saúde. Igualmente, esse assunto envolve pensadores de saúde em todo o mundo, especialmente aqueles que se ocupam da atenção primária. As polêmicas em relação ao modo fazer, ao que precisa ser valorizado ou mesmo desprezado do ponto de vista estratégico é motivo de constante discussão.

Algumas prioridades em saúde como a vacinação, ou seja, doenças que podem ser erradicadas ou controladas por meio das vacinas, já estão sob controle em alguns países, porém não em outros. Essas diferenças podem ocorrer dentro de um mesmo país ou de um país para outro, e há peculiaridades individuais que podem ser econômicas, ambientais ou sociais, que são determinantes dessas desigualdades.

Enquanto estamos escrevendo esse trabalho, nos deparamos com a notícia trágica do terremoto que ocorreu no Haiti, devastando o país de forma violenta, causando uma catástrofe cujas estimativas iniciais prevêm uma mortalidade superior a duzentos mil indivíduos, sem contar a imensidão de feridos que ainda está soterrada a espera de ajuda humanitária internacional. A tragédia como soe acontecer não poupou crianças nem idosos. Num país pobre como o Haiti, com carências de toda ordem, certamente nós, trabalhadores de saúde, nos colocamos a pensar como agiríamos se lá estivéssemos a trabalho como técnicos de saúde. O diagnóstico, o levantamento de prioridades e o planejamento de ações orientadas a partir daí seriam etapas a serem implementadas com a máxima urgência. Se formos ao dicionário Aurélio e procurarmos a definição da palavra “catástrofe” veremos que um dos significados é “acontecimento súbito de conseqüências trágicas e calamitosas”. Cabe lembrar que tragédias como esta se repetem em diferentes partes do planeta Terra ciclicamente. Tais calamidades assolam tanto países ricos como pobres, porém o impacto nos últimos, a repercussão sobre os indivíduos costuma sempre ser mais profunda. Mas o que de imediato nos fustiga o pensamento é a constatação da existência de diferenças. O conceito de vulnerabilidade, seja individual ou coletiva, nos coloca diante de situações ou realidades duras como esta de nossos irmãos do Haiti, que estão sofrendo com as agressões do planeta Terra. É forçoso e mandatário nesse momento de apresentação desses fatos

comparar a mortalidade e morbidade que está ocorrendo nesse país, com a epidemia das doenças crônicas não transmissíveis que assola o Brasil.

Se achamos que o número de mortos estimado no Haiti é exorbitante, grave, pasmem, os agravos, ou seja, a mortalidade causada pelas doenças cardiovasculares corresponde a 32% dos óbitos em 2002, o equivalente a 267.496 mortes no Brasil <sup>(6)</sup>. É certo que uma boa parte desses óbitos está relacionada com a importância cada vez maior dessas doenças <sup>(6)</sup>. O envelhecimento da população, a sobrevivência das doenças infecciosas, incorporação de novas tecnologias como o diagnóstico mais precoce das doenças e redução da letalidade, porém uma parcela importante está relacionada ao controle inadequado dos fatores associados ao desenvolvimento dessas patologias <sup>(6)</sup>.

Associamos essa comparação entre a calamidade e a epidemia dentro de nossa linha de raciocínio com o objetivo de chamar atenção para os aspectos que individualizam uma nação, uma comunidade ou mesmo um território. Saber identificar as características de cada um desses locais pode ser o primeiro passo na abordagem do processo saúde-doença. Quando abordamos um paciente portador de uma patologia, mesmo que esta seja comum, cabe a seguinte pergunta a cada um de nós: em que aquela patologia, que mesmo sendo comum, apresenta de diferente sob o ponto de vista social, econômico e ambiental e o que caracteriza aquele indivíduo? Na abordagem coletiva, o conhecimento da realidade e das peculiaridades também se faz necessário. Indo um pouco mais adiante, utilizando alguns ensinamentos do campo homeopático, nos perguntaremos, ao atender nosso paciente, o que ele apresenta de raro, de estranho, de peculiar nos seus sintomas, o que o individualiza, permitindo que o conheçamos de melhor forma, para a partir daí tentar ajudá-lo.

Levando em consideração o todo de uma nação, precisamos saber, por exemplo, que um país na situação em que se encontra o Haiti, submetido a uma tragédia sem precedentes, necessita de tudo o que se possa imaginar do ponto de vista humano, material e espiritual.

Somos todos habitantes de Gaia ou, como queiram, o planeta Terra, o qual não possui um único dono, aqui moramos, vivemos, amamos e sofremos. Será que esse meu estranhamento do que é comum às catástrofes, usando uma fala da pesquisa qualitativa não nos obriga a pensar e a lembrar como foi o homem e ainda o é em relação ao seu semelhante?

Nos esforçamos em buscar uma passagem histórica bíblica em que o pequeno Davi abate o gigante Goliath e dessa forma faço uma metáfora imaginando que as

tragédias, as dores, os sofrimentos representados pelo gigante Golias sejam vencidos, pelo amor, pela solidariedade e pela competência, aqui o pequeno Davi. Que este sonho e que esta metáfora nos ajudem na caminhada ao lado de nossos pares e nos deixem sonhar de como será a prática em atenção primária no futuro. Pensamos que o saber virá da busca constante, dos estranhamentos do que é comum e da possibilidade de nos familiarizarmos com o que é estranho. A busca da verdade está em desvendarmos as duas faces da mesma moeda, de não fazermos ao nosso próximo o que não queremos que nos façam.

A comparação dessas duas realidades do ponto de vista de saúde e mais especificamente a do Brasil em relação aos agravos crônicos não transmissíveis e o seu impacto no nosso dia-a-dia de trabalho é uma justificativa suficiente para a escrita desse trabalho.

Seria o ideal se o trabalho intelectual de todos os pensadores em saúde e de todos os trabalhadores em saúde, junto aos pacientes, formassem um trio que buscassem em conjunto eliminar os obstáculos que impedem a todos de atingir os mais altos fins da existência, ideal de cura de Samuel Hahnemann, criador da Homeopatia <sup>(7)</sup>. Seu livro no parágrafo um diz: “a mais elevada e única missão do médico é tornar saudáveis as pessoas, o que se chama curar” <sup>(7)</sup>. No parágrafo dois, ele afirma que “o mais alto ideal da cura é o estabelecimento rápido, suave e duradouro da saúde ou a remoção e destruição integral da doença pelo caminho mais curto, mais seguro e menos prejudicial segundo fundamentos nitidamente compreensíveis” <sup>(7)</sup>. Hahnemann era um médico adiante se seu tempo, pois além de falar cerca de sete idiomas descobriu e desenvolveu um corpo de conhecimentos ímpar que trouxe alívio a dor e promoveu a cura e eliminou com suas críticas e conhecimentos as doses tóxicas dos tratamentos aos quais os pacientes eram submetidos na época <sup>(3)</sup>. Já nos seus ensinamentos, Hahnemann em 1810, chamava a atenção para aspectos de integralidade para uma boa saúde. Afirmava que as condições da vida, a alimentação inadequada bem como hábitos de higiene inadequados não eram compatíveis com uma boa saúde<sup>(7)</sup>.

Ainda que uma visão biologicista das doenças esteja em nosso meio nos dias atuais, outros determinantes de saúde estão sendo estudados no Brasil e no mundo nos dias atuais <sup>(8)</sup>. Tenta-se com isto produzir conhecimentos, tecnologias e possibilidades de intervenção que sejam úteis em nossa caminhada. Conhecimentos como o lavar as mãos de Semmelweis que reduziu a infecção puerperal drasticamente ainda que um longo período de tempo tenha se passado até que essa descoberta recebesse o devido

valor <sup>(9)</sup>. Esta técnica e a terapia de reidratação oral salvam e ainda salvarão muitas vidas, ambos de uma simplicidade franciscana, porém ainda não devidamente utilizadas nos dias de hoje <sup>(9)</sup>.

Uma das propostas da OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) para atenção primária é a necessidade da busca do conhecimento e da compreensão das necessidades a partir da observação dos problemas, da identificação de seus determinantes e a busca de soluções alternativas <sup>(11)</sup>. A prática de capacitação vinculada a problemas concretos de saúde deve basear sua lógica na resolução de problemas <sup>(11)</sup>.

Quando se trabalha com escassez de recursos, o conhecimento da realidade local surge como estratégia a partir de estudos prévios para a eleição de prioridades. Uma das linhas de cuidado do serviço de saúde comunitária é a de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e a de DM (Diabetes Mellitus), doenças que isoladas ou em conjunto causam anualmente danos graves a saúde individual, coletiva e social do país <sup>(6,12,13)</sup>. Aqui novamente nos reportamos à questão da vulnerabilidade individual e coletiva associadas a estas duas doenças bem como também a doença renal crônica intimamente associada às duas primeiras <sup>(4,5,6)</sup>. Como parte do progresso tecnológico, houve uma mudança importante no perfil de morbimortalidade da população com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas o câncer e as doenças cardiovasculares <sup>(6,12,13)</sup>. Os custos das DCNT's para o sistema de saúde e da previdência social, associados com a mortalidade e invalidez precoces é imenso <sup>(6,12,13)</sup>. A maior causa de mortes no Brasil nos dias de hoje dá-se pelas doenças cardiovasculares.

Lown descreve em seu livro inúmeras situações, experiências pessoais com pacientes e o seu modo de resgatar a vida, a esperança de seus pacientes, mesmo em situações permanentes de dificuldade, quando já não havia mais esperanças <sup>(15)</sup>. Entendia que a primeira consulta com um paciente novo dependia de tempo, para a coleta de uma boa história e isso, segundo ele, resultava no diagnóstico em mais de 60% dos casos <sup>(15)</sup>. Buscava sempre um elo do paciente com sua família <sup>(15)</sup>, diferentemente do preconizado pelo Relatório Flexner.

É interessante lembrar que as ações desencadeadas pelo relatório Flexner serviram de referência para a medicina americana que era auspiciada pela Fundação Carnegie <sup>(1)</sup>. Elas fixaram as linhas mestras iniciais que nortearam as mudanças posteriores que tinham o objetivo de aperfeiçoar a educação médica nos Estados Unidos com repercussões poderosas em outros pontos do planeta. Ele estabelecia a necessidade de associar o ensino com a investigação nas ciências biomédicas e fundava o currículo

de disciplinas clínico-cirúrgicas num hospital de referência. Isto desencadeou um método de ensino que se impôs ao resto do mundo no decorrer do século XX. Ele estabeleceu que a qualidade do ensino em medicina era igual à capacidade de dominar e de aplicar corretamente os princípios das disciplinas biológicas e da clínica médica. Além disso, a prática médica de qualidade era proporcional ao tempo de contato que seus agentes tenham tido com laboratórios das ciências biomédicas e com clínicas hospitalares bem equipadas.

Este modelo de ensino foi base da lógica de organização dos serviços de saúde no Brasil pelo menos até meados de 1980. Este modelo americano influenciou a formação médica em toda a América Latina a partir de 1940 através dos EUA, sendo ainda hegemônico no país.

Duas propostas de reformulação do Ensino Médico marcaram neste século pela grande influência que exerceram ao longo do tempo. A primeira de Abraham Flexner, em 1910, que influenciou na reforma das faculdades de Medicina dos Estados Unidos e do Canadá e Bertrand Dawson, em 1920, que influenciou as faculdades da Inglaterra e da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) nos anos 40 e 50 <sup>(1)</sup>.

A conferência de Alma-Ata em 1978 desencadeou força nas idéias de Medicina Comunitária também denominada de Cuidados Primários de Saúde. Dawson, dez anos após a publicação do relatório Flexner fez a crítica deste modelo e com seu relatório propôs a restauração dos serviços de saúde que seriam responsáveis por ações preventivas e terapêuticas <sup>(16)</sup>. A formação médica precisava também ocorrer junto ao indivíduo e à comunidade <sup>(16)</sup>. Os serviços para as famílias deveriam basear-se num centro primário de saúde, com oferta de medicina curativa, preventiva sob o encargo de médicos generalistas e de uma enfermagem eficiente <sup>(16)</sup>.

Na América do Norte, até o início do século passado, a convivência entre as escolas homeopáticas e alopáticas era uma convivência fraterna e a produção de medicamentos era feita de forma artesanal e limitada. Porém, um fato novo ocorreu quando o grande magnata americano Rockefeller comprou 70% das patentes de medicamentos produzidos nos EUA e começou então a sua produção em larga escala, agora de forma industrializada. O filho de Rockefeller seguiu a idéia de seu pai e exerceu forte influência no governo americano. Conseguiu com isso mostrar que as escolas médicas do país não possuíam uma padronização no uso dos medicamentos e na formação dos médicos. O governo americano convenceu-se da necessidade de se organizar e de se padronizar o ensino médico e encomendou em 1910 um amplo estudo

a Abraham Flexner pormenorizado do perfil das escolas médicas e do exercício da profissão médica. Os bastidores da história nos contam que o lobby exercido pela indústria farmacêutica foi preponderante nesta empreitada, pois que necessitava criar caminhos para a comercialização da crescente produção de medicamentos. Conta-se que Flexner era amigo de Rockefeller, quem detinha na época o controle da indústria farmacêutica e convenceu-se das idéias do magnata que afirmava a necessidade de produção de medicamentos confiáveis através de uma linha de produção industrial em detrimento da existente manipulação individual. A manipulação farmacêutica artesanal deixou de existir e passou a consumir-se em larga escala a produção industrial de medicamentos, pretensão inicial dos magnatas <sup>(17)</sup>. Abraham Flexner visitou 155 escolas médicas existentes na época e somente uma delas, a John Hopkins School de Baltimore atendia às exigências levantadas pela indústria farmacêutica <sup>(1)</sup>. Não é demais lembrar que ele visitou estas 155 escolas em seis meses, ou seja, 180 dias. O Flexner Report (Relatório Flexner) padronizou o ensino médico no país que passou a empregar a especialização a se basear no diagnóstico tecnológico e mecanicista <sup>(1)</sup>. A medicina perdeu o estado de arte e o contato com a alma humana <sup>(15)</sup>. A nova medicina sepultou a medicina humanitária e intuitiva que priorizava a totalidade do doente. Logo estas práticas foram implantadas no Canadá e também atravessava o Atlântico devido ao seu grande sucesso econômico. Grandes grupos econômicos se associaram nos EUA para essa medicina de vultosos rendimentos financeiros. A publicidade, a competitividade e depois os grupos de seguros médicos armaram enfim o controle de toda a prática médica, prática essa que envolveu todo o mundo ocidental.

As escolas médicas que não se adequaram a padronização de Flexner e de seu relatório deixaram de receber o incentivo do governo americano e com isso escolas e hospitais de homeopatia fecharam. A escola homeopática vitalista americana foi à grande prejudicada pela ganância da indústria farmacêutica da época <sup>(17)</sup>.

A revolução do ensino médico trouxe benefícios indiscutíveis na busca do alívio da dor e do sofrimento, mas esqueceu que a saúde é um direito humano fundamental e passaram-se 68 anos para que esta afirmação constasse da conferência de Alma-Ata, 1978 <sup>(10, 18)</sup>. Mais grave ainda é o fato da população americana não ter sido consultada sobre estas modificações indo contra a carta de Ottawa, em que a promoção da saúde implica no “empowerment” (empoderamento) da comunidade na apropriação dos conhecimentos de saúde e da sua gestão <sup>(10, 19)</sup>. Com isso há um maior poder decisório da comunidade na busca dos caminhos para a saúde <sup>(10)</sup>.

Quando se fala em modelo médico-hegemônico centrado ou modelo médico-enfermeiro centrado é feito um tensionamento político que objetiva fazer pensar dois dos protagonistas envolvidos no processo saúde-doença de forma a gerar críticas ou reflexões que ajudem a pensar saúde não apenas do ponto de vista de tecnologias duras <sup>(20)</sup>.

Quando um trabalhador de saúde age junto a um usuário, é estabelecido um encontro onde há expectativas, momentos de confiança e de esperança onde é produzido vínculo e aceitação. Somente uma adequada relação entre tecnologias leve-duras e leves irá produzir qualidade e sustentação na estratégia do acolhimento. A troca de informações forçosamente entre usuário e trabalhador de saúde deverá levar a uma maior defesa da vida, dar autonomia ao usuário para escolha de seu modo de estar no mundo através do repasse de informações, conhecimentos que lhe permitam ter controle sobre riscos de adoecer.

A partir das reflexões postas acima, como será possível transformar a realidade de nosso cotidiano, onde trabalhamos com formação de profissionais para atuarem no SUS? Uma das formas é através da proposta do quadrilátero de saúde, formado por gestão, atenção, participação e educação que exige que sejam construídas as possibilidades para a democracia, a disposição para a experimentação do novo, seja ele individual, coletivo ou institucional, bem como assegurar tempo e espaço para o novo. A defesa de uma prática pedagógica inclui o processo de construção do aprender a aprender no cotidiano de trabalho <sup>(21)</sup>. Nos dias atuais, o processo de educar o homem passa por um novo olhar ou por novos olhares que permitem uma nova compreensão dos significados envolvidos nesta tarefa <sup>(21)</sup>. As múltiplas realidades envolvidas geram a necessidade de investimentos em estratégias educacionais que busquem uma prática crítico-reflexiva <sup>(21)</sup>. A intervenção com novos referenciais, diretrizes e pressupostos no campo de atuação deve gerar opções projetos que passam a ser novos por terem relação com as antigas práticas. O ponto de partida passa a ser a construção do conhecimento a partir de uma dimensão problematizadora que é gerada a partir da apropriação de informações e de explicações da realidade.

Neste processo há dois caminhos. O primeiro, a pedagogia da problematização, que se baseia nos ensinamentos de Paulo Freire, em que há uma inserção crítica na realidade para dela extrair os elementos que irão conferir significado e um rumo às aprendizagens. O outro caminho refere-se à aprendizagem baseada em problema que por sua vez trata de uma realidade onde os problemas são geralmente derivados de um



evento que deve ser analisado pelo grupo de alunos onde são empregados os saberes prévios. Há necessidade de compreensão do processo em si e de elaborar as interrogações relacionadas ao caso. São pressupostos da aprendizagem baseada em problemas (ABP): o conhecimento prévio de cenários diferentes de aprendizagem que sejam facilitadores de novos conhecimentos, ter como premissa fundamental de que o conhecer é gerado pela eterna reconstrução das informações, que a prática é fundamental para o aprendizado e que a motivação para o aprendizado é gerado pelo cruzamento constante das condições sócio-educativas com os projetos pessoais <sup>(22,23)</sup>.

No Brasil, a Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo, bem como a Universidade Estadual de Londrina, Paraná, foram pioneiras como escolas médicas que se basearam na ABP como um caminho para a mudança curricular <sup>(22,23)</sup>. Há a necessidade de experiências e de análises inspiradas nos pressupostos problematizadores onde se objetiva a produção de novos conhecimentos e com isso ir em direção a mudança e a construção do novo. Para implementar o novo é preciso começar tendo clareza de que o caminho se faz ao longo da caminhada. Aqui, novamente, encontramos um dos pilares entre os vários que sustentam a estratégia do acolhimento na medida em que este oferece excelente espaço na construção de novos saberes a partir do conhecimento prévio das diferentes categorias profissionais envolvidas, RIS e RM, ou seja, os residentes médicos e os residentes da residência interdisciplinar em saúde. A ABP encontra nesse espaço ético que se abre com a nova prática do acolhimento, um espaço fértil e riquíssimo de oportunidades de formulação de problemas na medida em que este cenário se processa onde a maior parte das questões da construção de saúde se apresenta aos trabalhadores em atenção primária.

Ao falarmos em acolhimento e em espaço em espaço ético de atuação não podemos esquecer também de que é um espaço de atenção coletiva, o que implica no conhecimento de seu desempenho de serviço de atenção primária de saúde do ponto de vista de inteligência coletiva. Em termos cognitivos, se traduz por uma capacidade de aprendizagem autônoma e em termos históricos por um processo de evolução <sup>(24)</sup>. Emerge entre processos de interação, entre um grande numero de sistemas complexos: uma espécie viva, uma sociedade animal, uma sociedade humana ou um organismo <sup>(24)</sup>. Caracteriza-se sempre por ser um coletivo numeroso e interdependente, neurônios, organismos, espécies, daí que “inteligência coletiva constitui-se num pleonasma”. Acresce-se a isso o fato de que a inteligência coletiva humana aumenta com a liberdade

e a responsabilidade de seus membros, bem como os enriquece, e aqui está o espaço de atuação para os residentes da RIS e da RM <sup>(24)</sup>.

Um dos conceitos importantes é o de capital social de uma comunidade, que é a capacidade de interação dos indivíduos, seu potencial para interagir com os que estão a sua volta. O sentimento de confiança mútua que precisa existir em maior ou em menor grau entre as pessoas, a capacidade que cada um teria de entrar em relação com os outros, de perceber os outros e incluí-lo em seu universo de referência <sup>(25)</sup>. Quanto menos alguém interage, menos tenderá a desenvolver essa habilidade fundamental que é “a percepção do outro” <sup>(26)</sup>. É preciso capital social, isto é, um verdadeiro patrimônio capital que é “imaterial” que quanto mais é usado mais se incrementa <sup>(25)</sup>.

As pesquisas no que dizem respeito ao campo da inteligência coletiva, bem como sua aplicação no acolhimento retratam a tentativa de produzir conhecimento científico, que tem motivações ético-políticas <sup>(26)</sup>. Desejam avaliar os serviços de atenção primária através do desenvolvimento de um novo eixo de avaliação ainda não colocado ou utilizado <sup>(26)</sup>. Um dos aspectos essenciais nos projetos coletivos onde há o engajamento de muitos indivíduos em atos específicos ocorre em decorrência de um sentimento de confiança mútua que precisa existir entre as pessoas <sup>(26)</sup>. Esta ocorre se houver capacidade individual de inclusão do outro em seu universo de referência <sup>(26)</sup>.

O ato de perceber, de detectar e de localizar no outro uma característica não percebida antes é dar valor a esse alguém e incluí-lo como colega ou parceiro. Aqui se justifica novamente o acolhimento e a inserção da RIS e da RM nesta nova forma de trabalho.

Ao se falar de empoderamento do indivíduo, de alguma forma se está falando em educação sanitária, com o objetivo de participação da comunidade. Em relação a educação sanitária que tem como objetivo promover a participação comunitária citamos os postulados de Briceno-Leon <sup>(27)</sup> resumidos em sete teses:

- 1 - a educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas;
- 2 – a educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento; esforço - recompensa;
- 3 – a educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva;
- 4 – a ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado;
- 5 – a educação deve ser dialogada e participativa;

6 – não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas;

7 – a educação não ocorre só nos programas educacionais, mas em toda a ação sanitária.

A tese número cinco nas entrelinhas diz que o processo educacional não deve ser unidirecional uma vez que os dois sabem, os dois devem dizer algo. A educação então deve ter como compromisso a transformação dos saberes e o mundo.

Um programa de saúde baseado no diálogo e na participação deve ter como premissa o fato de que cada indivíduo pode e deve fazer algo para manter sua saúde. A educação deve desenvolver um estado de arte em que busque a participação dos cidadãos com o objetivo de buscar manter a saúde.

O conhecimento passa pela possibilidade de se tornar tecnologia, seja ela dura, leve-dura ou leve como afirma Merhy<sup>(20)</sup>. As tecnologias desenvolvidas pelo homem só se justificam se estão ao alcance de todos os homens.

Os processos educativos nem sempre são considerados no planejamento dos Serviços de Saúde, mas o acolhimento pode ser ferramenta útil no processo de ensino-aprendizagem dos programas de RM e RIS. O acolhimento possibilita a escuta do outro por diferentes atores em diferentes momentos, com inúmeras possibilidades de aprendizagem, de repartição de saberes em várias circunstâncias do processo em questão sempre com um objetivo comum, no encontro do trabalhador com o usuário visando a valorização da vida.

Estudar e tentar entender a estratégia do acolhimento inserida numa unidade de saúde de atenção primária é de certa forma justificada pela magnitude do tema, tanto em nível nacional quanto mundial. Ainda que pairam dúvidas sobre a validade de pensar o acolhimento enquanto estratégia de trabalho, entendemos que o processo de trabalho em atenção primária precisa ser pensado como uma produção científica e como tal, apreciada.

Um dos desafios na prática de atenção primária é o acesso, e a estratégia do acolhimento quebra com uma lógica antiga que é o fato de haver ou não haver fichas para atendimento, ou seja, se não há fichas é do portão para casa, ou inicia-se a peregrinação por outros serviços<sup>(20)</sup>. Nessa condição antiga de haver ou não haver fichas, excluiu-se totalmente a questão da vulnerabilidade individual ou coletiva, ou seja, há uma lógica estanque, o primeiro da fila será o primeiro a ser atendido<sup>(20)</sup>. Este

modelo vigente anterior a implantação da estratégia do acolhimento não possuía entre seus conceitos operacionais o entendimento de que pessoas diferentes com necessidades diferentes necessitam abordagens diferenciadas.

Bem, aqui nesse ponto a reflexão se torna necessária na medida em que como trabalhadores da atenção primária ligados ao SUS precisamos nos socorrer no conceito de equidade para lembrarmos que uma de nossas tarefas é oferecer saúde, o produto de nosso trabalho de uma forma igual a todos num primeiro momento <sup>(34)</sup>. O primeiro ponto que surge para reflexão é a questão do acesso e o acolhimento se propõe a isso.

A lei número 8080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes <sup>(37)</sup>. Ela representa oficialmente a posição do estado em relação aos seus cidadãos e constituiu um avanço sem precedentes do ponto de vista de saúde <sup>(37)</sup>. O artigo número dois diz que a saúde é um direito fundamental do ser humano devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. No seu inciso dois, ressalta que o dever do estado não exclui o das pessoas da família, das empresas e da sociedade <sup>(37)</sup>. No seu artigo número quatro, diz que o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público constitui o SUS <sup>(37)</sup>.

Quando da implementação da estratégia do acolhimento em Betim, iniciou-se, uma nova forma de relação dos usuários com os trabalhadores de saúde <sup>(20)</sup>. Esse encontro que se dá entre dois indivíduos ocorre em um espaço intercessor onde uma tecnologia de trabalho em saúde emerge e se sustenta, qual seja a da tecnologia das relações denominadas “tecnologia leve” <sup>(20)</sup>. Esses processos intercessores, como acolhimento, são os resultados de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador. Os encontros e desencontros devem gerar ruídos e estranhamentos, para um olhar analizador, permitindo um novo desenho no modo de se trabalhar em saúde, permitindo a introdução de modificações na forma do trabalho tradicional, nos serviços, agora em torno de um processo usuário-centrado, mais responsável com a defesa da vida individual e coletiva.

O acolhimento tem como proposta a inversão da lógica de organização e de funcionamento dos serviços de saúde, partindo dos seguintes princípios:

1 – atender a todas as pessoas que procuram serviços de saúde, garantindo o acesso universal. Assim o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher,

escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

2 – reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, equipe de acolhimento, que se encarregue da saúde do usuário, comprometendo-se em resolver o seu problema de saúde.

3 – qualificar a relação do trabalhador-usuário, comprometendo-se em resolver seu problema de saúde.

O acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho <sup>(20)</sup>. O impacto da reorganização do trabalho na unidade dá-se fundamentalmente sobre os profissionais não-médicos que fazem a assistência. Com este novo modelo, a enfermagem pode desenvolver todo o seu potencial, mostrando um rendimento aumentado no seu trabalho que em alguns casos chegou a 600% <sup>(20)</sup>. O acolhimento será possível se a gestão da unidade for participativa, baseada em princípios democráticos e interagindo com a equipe e os trabalhadores passem a conhecer melhor os usuários e a capacitação de trabalhadores para esta nova forma de trabalho que se dá com a própria experiência do trabalho de atendimento. Uma lista de problemas de saúde, comumente encontrados, passou a fazer parte de protocolos que orientam os trabalhadores, no caminho a seguir. Com isto também foi modificado o processo de aprendizagem dos profissionais que tem sua formação junto à Unidade de Saúde que promove esta prática.

Quando refletimos sobre o termo acolhimento, este nos remete para muitas dimensões, entre elas estão o prevenir e cuidar, o proteger, o tratamento, a recuperação, todos envolvidos no processo de produção de saúde. Em última análise, é a construção do SUS. Alguns desafios já foram vencidos. Outros, porém, persistem e aguardam com urgência aperfeiçoamento ou intervenções eficazes. O acolhimento implica em “estar com”, e isto remete em aceitar um desafio, reavaliar a capacidade do profissional de saúde de cuidar ou de acolher tendo como rumo principal:

- o coletivo como plano de produção de vida;
- o cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida e
- a indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde...).

É preciso obrigatoriamente comprometer os gestores com a saúde dos cidadãos e com isso garantir o princípio da universalidade e do acesso <sup>(35,37)</sup>. A rede de relação que

se tece ao acolher exige uma interação e um diálogo permanentes. Para com isso incorporar a análise e a reavaliação diária das praticas de gestão e de atenção implementadas. <sup>(35,37)</sup>.

O antigo processo de trabalho convive com filas que se formam na madrugada onde o critério é o horário de chegada privilegiando, de certa forma, os mais fortes e excluindo os que mais necessitam de atendimento e de cuidado. A construção dos encontros entre trabalhador e usuário admite a possibilidade de relações complexas onde o trabalhador se reinventa e se reinventa com o outro <sup>(20)</sup>. Sendo assim, de forma clara são inseridos os programas de residência médica e residência interdisciplinar de saúde tendo em vista que o acolhimento é um fornecedor continuado de problemas de saúde e que necessitam abordagem adequada, cabendo também lembrar que o aprendizado baseado em problemas é uma estratégia de ensino e de aprendizado <sup>(22,23)</sup>. O processo de ensino e aprendizado baseado em problemas, onde se aprende a aprender certamente vem na direção da estratégia do acolhimento <sup>(20,22,23)</sup>. O acolhimento não é um espaço físico ou um local, mas uma postura ética onde há uma divisão de saberes, de angústias e de invenções. Isto o diferencia da triagem <sup>(20,22,23)</sup>. O acolhimento oferece a possibilidade de uma clinica ampliada, para além da doença e de suas queixas com aumento do vinculo terapêutico com o empoderamento dos indivíduos na direção da produção de saúde <sup>(10,19)</sup>.

### **Relato de Experiência:**

Em 2009 O processo de implantação da estratégia do acolhimento na Unidade de Saúde Parque dos Maias do GHC começou a ser discutido. A Unidade de Saúde Parque dos Maias faz parte de uma das doze que compões o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) as quais estão inseridas nas comunidades e cujo corpo de funcionários é constituído por médicos de família e comunidade, técnicos de enfermagem, administrativos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e por agentes comunitários de saúde (ACS), além de farmacêuticas e nutricionistas que atuam de forma matricial. Além disso, recebe por um período de dois anos médicos residentes e residentes da residência interdisciplinar em saúde compostos por diferentes categorias profissionais, sendo elas, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos. A US Parque dos Maias recebe enfermeiros, farmacêuticos e cirurgiões-

dentistas para seu período de residência por um período de dois anos. Essa diversidade oportuniza falas diferentes que participaram na discussão de como fazer, de como escutar, de como organizar a implantação do acolhimento, com entusiasmo e dedicação. A partir deste contexto, a US resolveu reestruturar então seu processo de acolhimento. Um aspecto que facilitou as discussões foi o fato de que o posto estava em processo de ampliação de sua área física e fechado para tal. Durante esse período era oferecida em 3 dias da semana (Segunda-Feira, Quarta-Feira e Sexta-Feira), nos turnos da manhã e tarde, orientações de saúde e renovação de receitas para pacientes crônicos. Os outros horários eram utilizados para discussões acerca do processo de construção de um protocolo, hoje utilizado que facilita os trabalhadores que estão exercendo suas funções no acolhimento.

As discussões foram intensas e envolveram todos os trabalhadores e culminou hoje num resultado aferido através de pesquisas de satisfação que mostram resultados positivos acima de 70%. O instrumento utilizado para isto é um questionário onde há espaço para sugestões e opiniões e que fica à disposição da comunidade. Ao mesmo tempo em que há 70% de satisfação, percebe-se que há uma grande procura pela consulta médica, ainda reflexo do modelo médico hegemônico antigo influenciado pelo relatório Flexner que determinou de forma importante no nosso País a maneira da prática médica. Não seria de se esperar, nesse momento, resultados diferentes<sup>(1)</sup>. Após a implantação do acolhimento as queixas feitas na ouvidoria do Hospital Conceição também aumentaram e o gestor semanalmente responde a todas, mas a principal delas está relacionada à impossibilidade de se obter consultas com especialistas.

Não houve modificações drásticas de consulta oferecidas exceto as modificações introduzidas pelo acolhimento na questão da escuta qualificada, feita por diferentes profissionais. As consultas da fila, pelo sistema antigo, foram todas absorvidas pelo acolhimento, que estabelece uma nova dinâmica no dia-a-dia do trabalho. Há consultas que são agendadas outras que são atendidas pelo médico de apoio do acolhimento e outros atendimentos que são resolvidos ou agendados para atendimento por outras categorias profissionais. O diálogo entre os outros integrantes da equipe que havia antes da implantação segue sendo a condição básica para a execução dos trabalhos para não haver queda na qualidade do serviço prestado a comunidade. O que se percebe com muita clareza é que o serviço de enfermagem aumentou em todos os setores como resultado de um processo centrado no indivíduo, não na doença.

O diálogo, ou seja, a escuta atenta em mais de uma instância, qualifica a atenção em saúde. É costume dizer-se que uma história contada novamente sempre acrescenta algo novo. O desafio quando se quer trabalhar de forma diferente, mais qualificada, não exclui vários conceitos que já são realidade em vários outros países que é o da promoção de saúde. O trabalho continuado com pacientes portadores de doenças crônicas entre elas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete Mellitus (DM) nos mostra que existe um desafio continuado que é o de conseguir a tão propalada adesão ao tratamento.



#### **4 Considerações Finais**

A resposta que sempre é esperada quando se implementa um tratamento de saúde implica no conhecimento de alguns obstáculos que passam por habilidades pessoais do trabalhador de saúde, mas também passa pelas dificuldades do sistema de saúde e que estão diretamente ligadas ao país em questão. Como ressaltamos anteriormente, em atenção primária tem-se como realidade ou como lugar comum o fato de lidarmos com escassez de recursos e com a necessidade constante da otimização dos recursos.

O acolhimento redescobriu os demais profissionais de saúde em relação à prática de atenção primária no trabalho de atenção a saúde. A escuta feita por profissionais de categorias diferentes além de ampliar o leque de possibilidades de adesão aos pacientes do ponto de vista de geração de vínculos, amplia os caminhos para algo diferente que é também chamado paradigma ampliado de saúde <sup>(10,19,20,21,24,26,30,38,39)</sup>. Da mesma maneira, faz com que os profissionais que estão em formação, sejam preparados para este novo olhar de construção da Saúde.

## REFERÊNCIAS

- 1- Pagliosa FL, Ros MA. **O Relatório Flexner : para o bem e para o mal.** Revista Brasileira de Educação Médica. 2008, Out/Dec; 32(4): 492-499.
- 2- Brasil. Conselho Nacional de Educação. **Resolução cne/ces nº 4, de 7 de novembro de 2001.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em 21/11/2009.
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 4 – Bondia, JL. **Notas sobre a experiência e saber de experiência.** Revista Brasileira de Educação. 2002, Jan/Fev/Mar/Abri; 19(1): 20-28.
- 5 - GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002
- 6 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 006. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd15.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf) . Acesso em 26/12/2009.
- 7- Hahnemann S. **Organon da Arte de Curar.** Robe Editorial: Câmara Brasileira do Livro, 1996.
- 8 - Buss PM, Filho AP. **Informe. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença : comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Cad. Saúde Pública. 2006, Sept; 22(9): p.2005-2008.
- 9 - Aguiar E. **Arte e Cura : passado, presente e futuro. Porto Alegre: Pacartes, 2009. p-206.**
- 10 - Alma-Ata e Ottawa – **As Conferências de Entre as Conferências.** Portal de Saúde Pública. Disponível em [http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa\\_CMeireles.htm](http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm). Acesso em 19/11/2009.  
Sonzogno MC, Seiffert O, Goldenberg P, Batista SH, Batista N. O enfoque problematizador na formação da saúde. Ver. Saúde Pública. 2005, Apr; 39(2): p.231-237.
- 11 – Souza AM, Galvão EA, Santos I, Roscke MA. Organização Pan-Americana da Saúde. Oficina Regional da organização Mundial de Saúde. **Processo Educativo nos Serviços de Saúde.** Brasília: OPS, 1991.

- 12- Brasil. Ministério da Saúde. **Diabetes Melitus**. Brasília, DF, 2006. 56p. Cadernos de Atenção Básicas. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd16.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd16.pdf). Acesso em 22/12/2009.
- 13- Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Organização de Sandra Rejane Soares Ferreira.../et. AL/; ilustrações de Maria Lúcia Lenz. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. 54 p.
- 14 - Huberman, L. **A História da Riqueza do Homem**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.
- 15 - Lown BA. **Arte Perdida de Curar**. São Paulo: Petrópolis, 2008.
- 16- Hübner LCM, Franco TBO. **Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2007, Jan/Abr; 17(1): 173-191.
- 17 - Freire G. **O vitalismo na Atualidade**. Disponível em <http://recantodasletras.vol.combr/artigos1212096>. Acesso em 16/052009.
- 18 - OMS/UNICEF. **Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata: URSS, 1978.
- 19 - Organização Mundial da Saúde- OMS. **Carta de Ottawa para La promoción de La salud: I Conferência Internacional sobre La Promoción de La Salud**. Canadá: Ottawa , 1986.
- 20- Merhy EE. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. 1999, Abr/Jun; 15(2): 345-355.
- 21 - Ceccin RB, Feuerwerker LCM. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão,atenção, e controle social**. Physis. 2004, Jan/Jun; 14(1): 41-65.
- 22 - Campos SWG. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?**. Interface(Botucatu). 2005, mar/Ago; 9(17): p.389-406.  
Manfroi CW, Machado BLC, Benetti SC, Vigmochi C. Considerações sobre aprendizagem baseada em problemas na educação em saúde. Revista HCPA. 2009; 29(1): p.45-50.
- 23 - Soares FCS, Rodrigues PCA, Lopes FCS, Ibiapina CC, Junior TCCA. **Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico**. Revista Médica de Minas Gerais. 2008; 18(2): p.123-131.
- 24 - Teixeira RR. **O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva**. Interface- comunic., saúde, educ. 2005, Mar/Ago; 9(17): p.219-234.

- 25 – Costa R. **Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva.** Interface (Botucatu). 2005, Mar/Ago; 9(17): p.235-
- 26 -Teixeira RR. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** In Pinheiro R, Mattos RA.(Org). Construção da integralidade : cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. Rio de Janeiro : IMS ; UERJ ; CEPESC ; ABRASCO, 2003. P.89-111.
- 27- Briceño-Leon R. **Sete teses sobre à educação sanitária para a participação comunitária.** Cad. Saúde Públ. 1996, Jan-Mar; 12(1): p.7-30.
- 28 - Buss PM, Filho APA. **Saúde e seus Determinantes Sociais.** Physis: Revista de Saúde Coletiva.2007, Jan/Abr; 17(1): p.77- 93.
- 29- Oliveira LML, Tunin AS, Silva CF. **Acolhimento: Concepções, Implicações no Processo de Trabalho e na Atenção em Saúde.** 2008, Out/Dez; 11 (4): p.362-373.
- 30- Teixeira RR. **Humanização e Atenção Primária à Saúde.** Ciênc. Saúde coletiva. 2005, July/Sept; 10(3): p.585-597
- 31- Schimith DM, Lima SDAM. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública. 2004, Nov-Dez; 20(6) : 1487-1494.
- 32- Silva FY, Junior DFC, Scholze SA. **Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde : afeto, empatia ou alteridade ?** Interface (Botucatu). 2009, Oct/Dez; 13 (31): p.303-314.
- 33- Pinheiro R, Gomes APCM. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.** Interface (Botucatu). 2005, Mar/Aug; 9(17): p .287-302
- 34- Teixeira FC. **Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde.** Grupo Interinstitucional de Comunicação e Educação em Saúde de santa Catarina. <http://www.gices-sc.org/SubteCNSModeAten.html> - acessado em 24/09/2005.
- 35 - Souza FMO. **Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica.** Ver. bras.enferm. 2008, Mar/Apr; 61(2): p.153-158.
- 36- Comparato FK. **Ética: direito, moral e religião no mundo moderno.** São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
- 37- Brasil. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm>. Acesso em 29/10/2009.

38- Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção a Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília , 2006.

39 - Campos SWG. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?**. Interface(Botucatu). 2005, mar/Ago; 9(17): p.389-406.

Manfroi CW, Machado BLC, Benetti SC, Vigmochi C. Considerações sobre aprendizagem baseada em problemas na educação em saúde. Revista HCPA. 2009; 29(1): p.45-50.