

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE - FANESE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA**

**DALLYANNE FONSECA DE PAIVA ARAÚJO
DANIELE CARVALHO CASTRO**

**REFLEXÕES SOBRE O ACOLHIMENTO EM SAÚDE
PÚBLICA**

Aracaju – SE
2007

DALLYANNE FONSECA DE PAIVA ARAÚJO
DANIELE CARVALHO CASTRO

REFLEXÕES SOBRE O ACOLHIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA

Monografia apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão da FANESE, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública e da Família.

Orientador: Wilson Bispo da Fonseca, Esp.:

FANESE

BIBLIOTECA Dra. CELUTA MARIA MONTEIRO FREITAS

N.º RG. _____ DATA ____/____/____

ORIGEM _____

Castro, Daniele Carvalho

Reflexões sobre o acolhimento em Saúde Pública / Daniele Carvalho
Castro e Dallyanne Fonsêca de P. Araújo Oliveira – 2007.

32f.

Monografia (pós-graduação) – Faculdade de Administração e
Negócios de Sergipe, 2007.

Orientação: Esp. Wilson Bispo Fonseca

1. Acolhimento	2. Saúde	3. Assistência	4. Humanização
5. Oliveira, Dallyanne Fonsêca de P. Araújo	I. Título		

CDU 614.2

**DALLYANNE FONSECA DE PAIVA ARAÚJO
DANIELE CARVALHO CASTRO**

**REFLEXÕES SOBRE O ACOLHIMENTO EM SAÚDE
PÚBLICA**

**Monografia apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE da
Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito para
obtenção do título de Especialista em Saúde Pública e da Família.**

**Wilson Bispo da Fonseca, Esp.:
Orientador**

Coordenador(a) do Curso

**Dallyanne Fonseca de Paiva Araújo
Daniele Carvalho Castro
Alunas**

Aprovadas com média: _____

Aracaju (SE), _____ de _____ de 2007.

RESUMO

O presente trabalho trata do tema Acolhimento em Saúde Pública, visando propor reflexões sobre a realidade do acolhimento nas unidades de saúde prestadoras do SUS, a fim de repensar estratégias de melhoria da prestação da assistência. A pesquisa refere conhecimentos acerca da atual conjuntura do acolhimento enquanto prática de produção de saúde. Trata-se de um estudo bibliográfico, de caráter exploratório e pautado na abordagem qualitativa. O ensaio constatou que o acolhimento é uma forma de organização e humanização do processo de trabalho em saúde, representando importante recurso à concretização dos princípios do SUS. Conclui-se, pois, que, sem acolhimento, não há responsabilização clínica e sanitária, nem intervenção resolutiva em saúde.

Palavras-Chave: Acolhimento; Saúde; Assistência; e Humanização.

ABSTRACT

This paper addresses the subject reception in Public Health, aiming to offer reflections on the reality of the host in units of the SUS health providers, in order to rethink strategies to improve the providing of assistance. The research refers knowledge about the current climate of the host as practice for the production of health. This is a bibliographic study, in a exploratory nature and guided by the qualitative approach. The test found that the host is a form of organization and humanization of the process of working on health, representing important resource to the implementation of the principles of SUS. It concludes therefore that, without host, no clinical and health responsabilization, nor decisive intervention in health.

Key-Words: Reception, Health, Assistance and Humanization.

SUMÁRIO

RESUMO	04
ABSTRACT	05
1. INTRODUÇÃO	07
2. A QUESTÃO DO ACESSO.....	09
3. VÍNCULO E ACOLHIMENTO EM SAÚDE	12
4. O ACOLHIMENTO NO PSF.....	14
5. A CRISE NO SETOR DA SAÚDE PÚBLICA.....	16
6. HUMANIZAÇÃO, COMUNICAÇÃO, ALTERIDADE E INTERSUBJETIVIDADE: ELEMENTOS PRESENTES NO ACOLHIMENTO	20
7. METODOLOGIA	23
8. ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	24
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	30

1. INTRODUÇÃO

A saúde é um direito social inalienável de todo e qualquer cidadão, a ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e grupos.

A Saúde Pública no Brasil é gerida através do Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição Federal de 1988, precedido pelo Movimento Sanitário Brasileiro, ocorrido na década de 70, e pautado nos princípios da Universalidade, Eqüidade e Integralidade do acesso à saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando necessário, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (MS, 2004).

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975 apud MS, 2006). Embora represente diversas definições, a expressão “acolher” implica sempre estar em relação com algo ou alguém.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Cada unidade institui seus mecanismos de recepção dos usuários – modalidades de trabalho que devem estar pautadas em mútuo compromisso de reconhecer direitos e deveres de profissionais e usuários. Contudo, o conceito de acolhimento não pode restringir-se ao problema da recepção da demanda espontânea nas Unidades de Saúde.

Em Saúde Pública, especificamente, o acolhimento consiste em uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se for entendido como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (MS, 2006).

As portas de entrada dos serviços de saúde podem demandar a necessidade de um grupo preparado em promover o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde (como prontos-socorros, ambulatórios de especialidades, centros de saúde, entre outros), grupo este afeito às tecnologias relacionais, à produção de grupidades, à elaboração e ao manejo do banco de dados com informações sobre a demanda, o serviço e a rede de saúde, de apoio e proteção social (MS, 2006).

Este ensaio lida com a hipótese de que existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública.

Várias pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas durante o acolhimento nas unidades de saúde do SUS (MS, 2006).

A sistemática de acolhimento na rede SUS deve ocorrer de forma integrada, focando a formação e o fortalecimento de equipes multi e interprofissionais. Cabe ainda, neste contexto, a ampliação do debate, o aprofundamento teórico metodológico e a troca de experiências mediante eventos estaduais, regionais e municipais sobre o tema, envolvendo gestores, representantes de trabalhadores, usuários e instituições formadoras.

Eis a relevância do presente trabalho, que, na medida em que propõe reflexões acerca do acolhimento nas práticas de produção de saúde, convoca também a comunidade científica, os profissionais de saúde e seus usuários a buscarem novos caminhos capazes de transpor os princípios aprovados para o setor saúde nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde. Consiste, pois, em uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório e pautada na abordagem qualitativa.

Inicialmente, trabalha-se a relação entre o acolhimento em saúde e elementos aí implicados, como acesso e vínculo. Em seguida, aborda-se o acolhimento no contexto do PSF (Programa de Saúde da Família). Na sequência, levanta-se a questão da crise no setor saúde, evidenciando-se o acolhimento como estratégia de recuperação das ações neste campo. Por fim, elementos como humanização, comunicação, alteridade e intersubjetividade são elencados como extremamente relevantes na prática do acolhimento em saúde pública.

2. A QUESTÃO DO ACESSO

Acessibilidade diz das ações receptoras dos clientes em estabelecimentos de saúde - uma etapa do processo de produção das relações usuário-serviço - e o acolhimento deflagra os critérios e a dinâmica de acessibilidade a que os usuários estão submetidos em cada unidade de saúde (FRANCO, BUENO & MERHY, 1999).

O acolhimento é permeado por fatores diversos ligados ao acesso – como a estrutura física e o acesso geográfico, considerando-se que o acesso diz do caminho que o usuário perfaz até obter os serviços de que necessita, incluindo os tipos de serviços oferecidos, horários previstos e qualidade do atendimento.

Em Lima (et. Al., 2007), acesso e acolhimento são elementos inter-dependentes essenciais do atendimento, para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade. São recursos que podem viabilizar a reorganização dos serviços, visando à melhoria da qualidade da assistência.

Alguns problemas são comumente identificados pelos usuários como relacionados ao acesso em saúde: dificuldade de acesso aos serviços, tempo de espera pelo atendimento prolongado, necessidade de chegar muito cedo às unidades para garantir o atendimento, dentre outros.

É consensual entre boa parte dos usuários a idéia de que tais problemas, que evidenciam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, compõem um processo natural no que tange à assistência (LIMA, et al., 2007).

Muitos usuários chegam a considerar um dever do usuário cumprir este “ritual” para ter atendidas as suas necessidades, isto é, consideram a dificuldade de acesso uma característica própria do sistema público de saúde no país.

Sabe-se que a avaliação dos usuários sobre os serviços de saúde no tocante às suas necessidades e expectativas representa importante ferramenta à promoção da melhoria na qualidade da prestação de tais serviços.

A relevância desta reflexão consiste no fato de que a satisfação das necessidades de saúde dos usuários está relacionada a algumas etapas que compõem o processo de busca e obtenção dos serviços, como o acesso, o acolhimento e o vínculo durante o atendimento – conceitos centrais ligados ao objeto de análise do presente estudo.

O aspecto geográfico representa outro elemento bastante significativo no que concerne ao acesso, mas a qualidade da assistência em cada unidade parece determinar a demanda pela prestação dos serviços.

Assim, acesso geográfico e acolhimento estão também relacionados, pois, “apesar de existirem serviços de saúde próximos da casa do usuário (questão de acesso), sua escolha é influenciada pela forma como ele é recebido na unidade, pela confiança na experiência dos trabalhadores, o tipo de atendimento ofertado, a capacidade e a competência dos membros da equipe e a resolutividade desses serviços” (LIMA, et al., 2007).

O usuário, em geral, avalia o desempenho profissional por meio do interesse demonstrado no encontro técnico-usuário, perguntas feitas, orientações prestadas e resolutividade das condutas.

Contextos socioeconômicos e demográficos são, também, determinantes na busca (acesso) e utilização dos serviços de saúde, permeados por fatores secundários, como família, apoio social, necessidades em saúde e características dos serviços ofertados nas unidades (SCHOLZE et al., 2006).

O acolhimento, muitas vezes, é o único acesso para agendamento de consultas médicas, pois a própria comunidade costuma associá-lo à consulta médica, cabendo aqui a distinção entre ambos: é por meio do acolhimento que se procede ao encaminhamento para a consulta de usuários cujas necessidades demandam avaliação mais detida da situação de doença ou vulnerabilidade (SCHOLZE et al., 2006).

Lacunas presentes neste momento de encontro são emblemáticas do modelo de atenção operacionalizado na unidade e somente podem ser diluídas por meio da exploração de novos mecanismos de acesso e novas possibilidades de organização micropolítica dos serviços que, no cotidiano, executam modelos de atenção à saúde.

Para Teixeira (2007), uma breve revisão da produção intelectual da Saúde Coletiva no país mostra que, em pouco mais de uma década, a problemática do acesso aos serviços evoluiu no sentido de uma substituição progressiva das análises centradas no tema da extensão da cobertura, pelas análises centradas em temas como o do acolhimento nas unidades prestadoras.

Isto reflete uma progressão do foco de trabalho relacionado à garantia do acesso universal ao sistema de atenção, que vai do problema da quantidade de portas de entrada ao problema da qualidade dessas portas. O problema do acesso, atualmente, depende cada vez menos da expansão do número de unidades prestadoras e mais do tipo de atenção operante nas mesmas.

Muito ainda pode ser feito em termos de acesso e acolhimento nas unidades de saúde, visando qualificar o atendimento e alcançar a integralidade e a resolutividade da assistência, num modelo de trabalho humanizado e centrado nas necessidades do usuário.

3. VÍNCULO E ACOLHIMENTO EM SAÚDE

Pretendemos iniciar a reflexão sobre vínculo e acolhimento nas práticas de produção de saúde através do conhecimento da acepção geral da palavra “vínculo”, segundo a qual o termo traduz “tudo o que ata, liga ou aperta, ligação moral, gravame, ônus, restrições, relação, subordinação, nexos, sentido” (FERREIRA, 2000).

O acolhimento está relacionado a fatores como desempenho profissional (durante o atendimento), vínculo entre usuário e serviço de saúde – na perspectiva dos usuários, resolutividade do atendimento e adequação do serviço às necessidades dos clientes (LIMA, et al., 2007).

Entendemos vínculo, no campo da saúde, como sendo a responsabilização de uma equipe multiprofissional pelo estado de saúde do usuário, individual e coletivo. O acolhimento, por sua vez, prevê, em decorrência do vínculo estabelecido, o despertar da confiança do usuário frente ao serviço.

O vínculo se constitui por meio de um atendimento que prevê escuta do usuário e bom desempenho profissional, otimizando a assistência e instrumentalizando os profissionais para conhecerem a realidade da clientela e elencarem suas prioridades – viabilizando o acesso (LIMA, et al., 2007).

Conhecer a opinião dos usuários sobre o atendimento implica repensar práticas profissionais e abrir-se à reorganização dos serviços, em prol do aperfeiçoamento da assistência.

O vínculo gera satisfação e segurança ao usuário, que se percebe aceito e próximo dos cuidadores, implicando a sensibilização dos técnicos ao sofrimento alheio. Esta relação não pode ser confundida, no setor saúde, com dependência, pois o objetivo da equipe é capacitar o paciente para o auto-cuidado e a autonomia (LIMA, et al., 2007).

O encontro no trabalho em saúde deve visar a produção de escutas e responsabilizações, articuladas com a consolidação de vínculos e compromissos em projetos de intervenção, e o acolhimento visa operar sobre a necessidade do usuário, de modo a que se conquiste o controle do sofrimento (doença) e a produção de saúde (FRANCO, BUENO & MERHY, 1999).

Deste modo, fica claro que, sem acolher e vincular, torna-se inviável a produção de responsabilização clínica e sanitária, bem como intervenções resolutivas ligadas aos processos sociais de produção de saúde e de doença (SCHOLZE et al., 2006).

Há conflitos inevitáveis permeando a relação dos profissionais entre si e destes com os usuários, de modo que o acolhimento deve, pois, ser reconhecido e adotado por todos como prática a ser mantida dentro e fora da unidade de saúde (GOMES & PINHEIRO, 2005).

Esta medida representa uma prática de humanização em saúde, na medida em que prevê o estabelecimento de vínculo entre profissionais e população, de modo que ambos reconheçam a saúde como direito da cidadania.

O vínculo comunitário seria o entendimento entre quem oferece ou presta serviço e quem o recebe, numa relação personalizada – o que se espera que seja praticado no ato do acolhimento.

“Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-nos responsáveis pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal” (MERHY, 1994, p. 138 apud GOMES & PINHEIRO, 2005).

É nos territórios dessas tecnologias leves, isto é, que dizem respeito à produção de vínculos, acolhimento, autonomização e gestão do processo de trabalho, que ocorrem atualmente as principais reestruturações produtivas do setor saúde (Merhy, 2002 apud DESLANDES, 2004).

É preciso articular o que há de objetivo (tecnologias) com o subjetivo (relacionamentos) nas práticas em saúde, reconhecendo o quão potentes são as tecnologias de escuta e de negociação das regras organizacionais.

4. O ACOLHIMENTO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF (Programa de Saúde da Família) é uma estratégia de organização da atenção básica à saúde, criada e proposta pelo Ministério da Saúde em 1994, que visa contemplar os princípios do SUS – integralidade, universalidade e equidade (GOMES & PINHEIRO, 2005).

O programa representa uma proposta de mudança para reorganização do modelo assistencial na atenção básica em saúde, destinado a “grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias” (CAETANO & DAIN, 2002 apud GOMES & PINHEIRO, 2005).

Após a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o SUS entendeu como necessidade a ampliação dos serviços dentro do programa, incluindo e contratando profissionais de nível superior para o mesmo. Isto ocorreu porque, devido a associações com o PSF, os atendimentos à população do país estavam crescendo e necessitando de melhores serviços de saúde, o que demandou melhores condições de acesso e acolhimento para esta população (SCHOLZE et al., 2006).

A estratégia Saúde da Família centraliza suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família, privilegiando a equipe de profissionais através de investimentos em formação, capacitação e remuneração da mesma, a fim de garantir o estabelecimento de novos graus de relação entre profissionais, gestores e famílias (GOMES & PINHEIRO, 2005).

O PSF sempre teve maior adesão em municípios de menor porte, pois que, em grandes centros urbanos, existe uma complexidade de cenários que dificulta a implantação e consolidação da proposta.

A implantação e consolidação do PSF encontra dificuldades, devido à complexidade dos contextos sociais, políticos e econômicos nos quais estão inseridas as famílias pretensamente usuárias do programa (GOMES & PINHEIRO, 2005).

Fatores como financiamento, organização de serviços, decisão política e a enorme diversidade demográfica do país interferem no atraso da implantação do PSF em grandes centros urbanos.

O Ministério da Saúde, apoiado pelo Banco Mundial, desenvolveu um projeto para investimentos em grandes cidades e centros urbanos, visando fortalecer a atenção básica no

país – PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família) (GOMES & PINHEIRO, 2005).

O SUS reconhece como necessidade premente a ampliação do acesso aos serviços de saúde e o PSF, com seu notável crescimento e desenvolvimento quantitativo, contribui para efetivar este feito (SCHOLZE et al., 2006).

Este contexto remete ao processo de consolidação e aprimoramento do SUS, que depende de conquistas como: buscar a democratização do conhecimento do processo saúde/doença; promover o entendimento da saúde como direito de cidadania; e fomentar o exercício do controle social.

Ele propõe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e a primeira possibilidade de efetivação destas ações pode estar localizada no momento do acolhimento.

A incorporação do acolhimento pelo PSF nas práticas em saúde é uma forma de reorganização do SUS e de concretização de seus princípios básicos, focando o caráter multiprofissional, característico do programa, já que ele pode ser realizado com a participação de todos os profissionais da equipe (SCHOLZE et al., 2006).

Na perspectiva do mesmo autor, entende-se que o acolhimento, como parte integrante do trabalho no PSF, deve ser realizado por cada membro da equipe, pois, trabalho em equipe e co-responsabilização junto aos usuários favorece o acesso à atenção básica, otimizando serviços e evitando filas neste e nos demais níveis de complexidade da atenção.

Deste modo, todos os profissionais da equipe devem ser conhecedores do processo de trabalho na unidade de saúde, a fim de evitar contradições na orientação dos usuários – o que tornaria inócuo o atendimento (SCHOLZE et al., 2006). Isto porque não é ignorado que o acolhimento dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os procedimentos que são oferecidos aos usuários podem variar tanto de acordo com o saber técnico quanto com o próprio técnico que executa o atendimento.

5. A CRISE NO SETOR DA SAÚDE PÚBLICA

De acordo com Ayres (2001), a crise da saúde, crise da saúde pública, crise paradigmática, dentre outras, está no cerne das atuais discussões no setor. Neste contexto, emerge uma série de novas propostas de produção de conhecimentos, organização dos serviços e desenvolvimento da assistência, que evidenciam a inquietação e necessidade de revisão das questões que permeiam o setor saúde. O acolhimento se insere, neste sentido, como dimensão conceitual que sinaliza caminhos para a crise paradigmática da saúde.

A noção de crise prevalente no senso comum refere problema, destruição e pessimismo. Contudo, a crise representa uma oportunidade de renovação e criação. Este momento oferta oportunidades claras: “o SUS ganhando novo ímpeto com as propostas dos PSFs; a atenção primária recuperando seu prestígio, eclipsado durante décadas por uma aposta excessivamente ‘hospitalocêntrica’; discussões de quadros como o da vulnerabilidade ou da promoção da saúde, resgatando a importância das relações entre saúde e relações sociais” (MENDES – GONÇALVES, 1994 apud AYRES, 2001).

As crises podem, por outro lado, intensificar o vício das ideologias vazias, idéias que nos imobilizam, que nos mantêm estáticos, em sua aparência de movimento e transformação. Cabe, pois, em situações de crise, explorar ao máximo as possibilidades abertas à renovação e manter distanciadas as paralisantes deformações ideológicas.

A expansão de oportunidades abertas pela crise depende da ação e do compromisso das instâncias gestoras do trabalho em saúde, somados a uma postura de solidariedade social, consolidada pela interação democrática das equipes de saúde.

A reflexão crítica não pode estar de fora deste processo de renovação. Assim, este trabalho se ocupou de levantar alguns pontos relevantes do campo da saúde que refletem e ilustram a referida crise no setor.

Segundo Ayres (2001), o setor saúde, tradicionalmente, foca o caráter individualista e objetificado em suas práticas, em detrimento do caráter relacional e reconstrutivo das identidades subjetivas aí implicadas. Em geral, desconsideramos o universo de resistências que, ao mesmo tempo, nos opõe e aproxima desse outro a quem chamamos de nossas populações-alvo.

Para o mesmo autor, o sentido de correção que norteia nossos discursos está fundamentalmente relacionado à utopia do conhecimento/controlar das doenças. Evidentemente, não se deve minimizar a relevância do controle da doença, seja de sintomas, da patogênese, da infecção ou de epidemias. Mas deve ser revista sua exclusividade como critério normativo de sucesso das práticas de saúde.

A noção de êxito técnico em saúde deve transpor a idéia de um “como fazer”, para incluir um diálogo sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas para o bem viver, para a saúde. Há que se estender a tradução da doença para além dos limites do corpo, buscando tratar sujeitos e não as patologias (AYRES, 2001).

As práticas em saúde supõem, tradicionalmente, uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora dos sujeitos-alvo de nossas intervenções. No entanto, é preciso conceber sujeito como algo mais rico que o agente ou objeto de uma ação técnica, para refletir sobre os aspectos éticos, afetivos e estéticos desta relação.

A técnica apenas justifica e estabelece a presença de um diante do outro. Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Há complexas interações entre as formas de percepção e reação dos indivíduos frente à enfermidade, relacionadas ao meio social e fatores econômicos.

É preciso construir referências conceituais de sujeito mais fecundas para o campo da saúde, a despeito dos alcances limitados das práticas de saúde, sobretudo daquelas que dependem de que “o outro” assuma sua condição de sujeito da própria saúde (AYRES, 2001).

Outra questão que merece ser repensada no campo da saúde e que fortalece a noção de crise no setor é a posição do saber médico neste contexto. A relação médico-paciente é emblemática quando se leva em conta a hegemonia absoluta do trabalho médico dentro das unidades de prestação de assistência.

O processo tradicional de trabalho em saúde está centrado na figura do saber médico e o acesso às consultas médicas, dada a baixa oferta das mesmas, se dá, em geral, por meio do clássico sistema de fichas.

Quando a demanda por consultas médicas imediatas não é atendida, surgem riscos potenciais para a saúde, como a automedicação – fator que altera e desorganiza os agendamentos futuros, já que, em geral, a automedicação condiciona à falta a consultas marcadas.

Em geral, os médicos permanecem fechados num círculo vicioso, visualizando parcialmente a realidade da unidade de saúde que atende e pouco interagindo com os demais membros da equipe, de modo que devem também ser incluídos no acolhimento.

O adequado acolhimento deve repensar a assistência médico-centrada, a fim de valorizar as especificidades de cada membro da equipe multiprofissional no processo de cuidado.

É preciso incluir no acolhimento uma mudança de paradigma, no sentido de buscar sempre o trabalho multiprofissional em detrimento do fluxo unidirecional do mesmo, ainda vigente – que foca o atendimento médico ao invés de conjugar os diferentes saberes profissionais da equipe.

Para Franco (et al., 1999), acolhimento prevê três princípios: atendimento às pessoas que buscam os serviços de saúde (universalidade), escutando e respondendo positivamente as demandas trazidas; reorganização do processo de trabalho, para deslocar o foco do médico para uma equipe multiprofissional de acolhimento, que oferta a escuta e resolve problemas de saúde; e qualificação da relação trabalhador-usuário, pautando-a em paradigmas humanitários e promovendo a cidadania.

O acolhimento, em geral, modifica e impacta gravemente o processo de trabalho dos profissionais não-médicos que realizam a assistência, já que estes utilizam recursos tecnológicos, conhecimentos assistenciais, escuta e resolução de problemas de saúde como diretrizes de trabalho.

O processo de trabalho do profissional médico, por sua vez, não vem sendo modificado suficientemente com implantação do acolhimento nos serviços, a ponto de causar significativo impacto na assistência, devido ao seu trabalho estar ainda muito atrelado à clássica lógica da consulta agendada.

Embora o acolhimento proponha modificar a verticalidade da organização do trabalho nas unidades, obtendo-se maior potencial dos profissionais não médicos, romper com a lógica do trabalho médico, focado na agenda/consulta, representa um desafio a ser transposto nesta crise.

Pelo exposto, entendemos que o conflito entre as demandas de saúde trazidas pelos usuários e o que a instituição “saúde” tem a ofertar revela e sinaliza transformações no modelo assistencial (GOMES & PINHEIRO, 2005).

Há que se refletir sobre como têm sido nossas práticas na relação com os diferentes tipos de usuários. Conhecer a opinião dos usuários sobre o atendimento implica repensar práticas profissionais e abrir-se à reorganização dos serviços, em prol do aperfeiçoamento da assistência (LIMA, et al., 2007).

“O acolhimento, como diretriz operacional, propõe inverter a lógica de organização e de funcionamento do serviço de saúde” (Franco et al., 1999), já que o atendimento prestado

parece não satisfazer integralmente as necessidades do usuário, que busca adquirir conhecimentos acerca do binômio saúde-doença, para manter seu bem-estar e tornar-se autônomo diante de sua própria saúde.

É preciso reformular a lógica do atendimento, centrando-o no sujeito e na equipe, por meio de tecnologias criadas na própria dinâmica do trabalho na unidade e através da reflexão sobre o processo de trabalho na equipe de saúde (LIMA, et al., 2007).

6. HUMANIZAÇÃO, COMUNICAÇÃO, ALTERIDADE E INTERSUBJETIVIDADE: ELEMENTOS PRESENTES NO ACOLHIMENTO

O acolhimento representa um processo relacional entre usuário e trabalhador, compondo, pois, uma dimensão individual do trabalho em saúde, ligado a um conjunto de ações clínicas.

O termo “humanização” vem sendo empregado constantemente no âmbito da saúde, para designar uma forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado e o reconhecimento dos direitos do usuário, de sua subjetividade e cultura. A humanização como paradigma traz nova práxis na produção do cuidado em saúde (DESLANDES, 2004).

Existe, no setor saúde, uma Política de Humanização do SUS, o HumanizaSUS, que visa produzir novas formas de interação entre profissionais e usuários do sistema, qualificando seus vínculos e destacando aspectos sociais e subjetivos do processo, paralelamente aos técnico-científicos (SCHOLZE et al., 2006).

Conforme Deslandes (2004), a humanização está inclusa na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000. O documento oficial do Programa de Humanização dá conta de que o diagnóstico de insatisfação dos usuários diz respeito, sobretudo, aos aspectos de relacionamento com os profissionais de saúde.

Avaliações desta natureza ratificam o imaginário social e a opinião pública ao confirmarem que não somente são precários, mas desrespeitosos e mesmo violentos os cuidados dispensados nos serviços públicos de saúde.

Humanização representa um campo de possibilidades: tanto para o aumento da qualidade da assistência quanto para uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo, contudo, apesar de representar um modo de atenção que contempla um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de humanização propicia algum estranhamento no setor saúde, dada sua abrangência e aplicabilidade não demarcadas (DESLANDES, 2004).

A deficiência do diálogo, a debilidade do processo comunicacional entre profissionais, usuários e gestores repercute negativamente no cuidado prestado, além de acarretar desgaste e sofrimento psíquico.

A “comunicação” consiste em um fator que merece especial atenção no contexto do acolhimento, já que em torno dela se estabelece, ou não, a empatia – elemento fundamental ao processo (SCHOLZE et al., 2006).

Teixeira (apud SCHOLZE et al., 2006) pensa o acolhimento como estando inserido em uma “rede de conversações do serviço de saúde, ao longo do qual são definidas as trajetórias que cada usuário deve buscar visando a satisfação para suas demandas”.

Em todo encontro técnico-usuário, não cessamos de acolher novas possíveis demandas em nossas conversas. E o acolhimento conecta uma conversa à outra, interconectando os diferentes espaços de conversa (TEIXEIRA, 2007).

Para o mesmo autor, técnicas de conversa foram e continuam sendo inventadas e desenvolvidas por diferentes povos, religiões, sistemas políticos, profissões, ofícios e serviços, comunidades e pequenos grupos, e com todas elas podemos enriquecer nosso repertório e buscar inspiração para nossas buscas e criações, destacando-se seu enorme potencial democrático, já que, muitas vezes, são pouco consideradas por nossos imperfeitos e arrogantes sistemas democráticos.

Todos sabem algo e ninguém sabe tudo, assim, a arte da conversa não consiste em homogeneizar os sentidos suprimindo as divergências, mas em fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades.

Para Deslandes (2004), é necessário conjugar o binômio tecnologia-fator humano nas práticas de produção de saúde. Possuir boas condições tecnológicas e nem sempre dispor da delicadeza do cuidado desumaniza a assistência. Por outro viés, não dispor de recursos técnicos necessários configura fator de estresse e conflito entre profissionais e usuários, igualmente desumanizando o cuidado.

Os valores de solidariedade e alteridade são considerados norteadores das mudanças culturais da assistência. A cultura da assistência não será mudada somente por meio de capacitações dirigidas aos técnicos. Mais comunicação é a estratégia genérica para a concretização da mudança cultural.

As dificuldades de lidar com a alteridade não são problema exclusivo dos serviços públicos de saúde e estão, em verdade, instalados no seio do desenvolvimento tecnocientífico da biomedicina moderna.

Um dos desafios à construção do SUS é a ausência de postura reflexiva por parte dos profissionais e gestores acerca das práticas em saúde, da necessidade de reorganização e transformação destas práticas, visando a satisfação do usuário (GOMES & PINHEIRO, 2005).

É preciso que os profissionais de saúde sejam capazes de auto-analisar-se para que possam auto-gerir-se no processo de trabalho e isto depende do permanente contato com a assistência (conhecimento do usuário), fóruns, discussões técnicas, debates sobre políticas de

saúde, etc. – o que implica a assimilação de conhecimentos importantes sobre a realidade institucional do setor saúde.

Pensar os processos institucionais em saúde pressupõe um debate conjunto entre trabalhadores, focando-se a ética usuário-centrada, além de um questionamento sobre a relação usuário-serviço.

O conceito de cidadania está em construção e possui sentidos pertinentes ao seu tempo. Cidadania, hoje, refere a noção de direitos, que, em Saúde Pública, diz dos direitos à igualdade, ao acesso, à inclusão e participação em sistemas vigentes.

Para Ayres (2001), a transformação das práticas em saúde está relacionada a fatores como a secundarização da idéia de sujeito em favor da idéia de contextos de intersubjetividade, como recursos para o conhecimento, intervenção e transformação do cuidado.

Neste sentido, o mesmo autor entende que cabe à Saúde Pública focar muito mais a intersubjetividade do que a subjetividade, isto é, considerar o caráter relacional de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos.

A felicidade almejada por nossas intervenções em saúde se obriga a dialogar com interesses de natureza estética, emocional, moral, etc., de modo que apenas o saber científico não contempla a complexidade da questão. Eis o acolhimento como ferramenta de articulação destes aspectos no processo de produção de saúde (AYRES, 2001).

Não se trata de abolir a ciência do âmbito desses regimes, mas de resgatar a dignidade de outros tipos de saberes na construção das verdades úteis para a saúde, inclusive as sabedorias práticas transmitidas em tradições culturais.

7. METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma pesquisa bibliográfica, exploratória e pautada em abordagem qualitativa. Pesquisa bibliográfica porque desenvolvida “a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 1991, p.48). Estudo de caráter exploratório na medida em que visou proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito, através do aprimoramento de idéias. E abordagem qualitativa porque cumpre a prerrogativa desta de “não empregar instrumentos estatísticos como base do processo de análise, buscando descrever a complexidade de determinado problema sem envolver a manipulação de variáveis e estudos experimentais” (GRESSLER, 2003, p.43).

Procedeu-se, assim, à sistematização de teses, através da identificação dessas em diferentes fontes bibliográficas: livros, publicações periódicas e artigos, todos de caráter científico. O ensaio, pois, é resultado da análise de conteúdo temático contido nas referidas fontes: pré-análise (sistematização de idéias iniciais, recorrendo-se à leitura repetida e exaustiva, a fim de obter maior aproximação do material) e interpretação dos dados colhidos em leitura.

Este trabalho foi, portanto, realizado através do levantamento das contribuições de diversos autores sobre o tema em questão, com posterior leitura e fichamento dos textos pertinentes. O texto final é produto da análise crítica do material utilizado, problematizando-se questões relativas.

8. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Pensar o acolhimento como dimensão espacial ou ainda ação de triagem administrativa apenas representa uma lógica produtora de adoecimento e boa parte dos serviços de saúde hoje pauta o desenvolvimento do trabalho cotidiano nesta perspectiva, cujo objetivo central é o repasse do problema, focando-se a doença e não o sujeito e suas necessidades. Prova disso é a forma como está estruturado o acesso aos serviços, geralmente organizado a partir de filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, de agravo ou do grau de sofrimento do usuário do serviço (MS, 2004).

O acolhimento deve ser diferenciado de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Assim, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento, não somente aqueles que atuam diretamente nas recepções dos serviços.

Práticas contrárias comprometem a eficácia do trabalho realizado e causam sofrimento a trabalhadores e usuários do SUS. Superar tais dificuldades implica que outras técnicas e outros saberes sejam incorporados pelos profissionais das equipes de saúde.

O acolhimento é uma prática que está presente em todas as relações e encontros que fazemos na vida, contudo, exercer e afirmar o acolhimento nas práticas cotidianas parece ter se tornado tarefa complexa.

Talvez isto se explique por meio dos efeitos devastadores que o capital provocou no tocante à precarização das relações de trabalho, emprego, e à crescente privatização dos sistemas de seguridade social, alijando-se grande parte da população da garantia das condições de existência. O fato é que este processo provoca impactos importantes nas relações intersubjetivas, reduzindo, muitas vezes, os encontros ao seu mero valor mercantil de troca.

Além disso, a nossa escuta parece estar anestesiada, indiferentes que estamos ao outro, às suas diferenças e necessidades, seja nas relações de trabalho ou mesmo sociais e pessoais. Estes processos de afastamento do outro produzem uma enganosa sensação de que estamos nos preservando do sofrimento, contudo, promovem o movimento inverso: na medida em que nos isolamos, tornamo-nos insensíveis e incapazes de estabelecer laços coletivos que nos

legitimam como humanos. Assim, temos perdido a capacidade de afetar e sermos afetados, o que gera sofrimento.

É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da Universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos, através da construção de vínculos solidários entre os profissionais e a população e mudanças nas práticas dos serviços, pautadas em princípios éticos e de defesa da vida (MS, 2004).

A expressão Saúde Pública, embora suscite diversas denotações, costuma referir formas de agenciamento político/governamental capazes de dirigir intervenções voltadas às denominadas necessidades sociais de saúde. ⁽⁴⁾ Deste modo, alterar o modo como os serviços de saúde pensam e realizam o acolhimento requer o compartilhamento entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal), os trabalhadores da saúde e a sociedade civil, em especial por meio das instâncias de participação e de controle social do SUS (MS, 2006).

Algumas experiências constatadas em Unidades de Saúde do SUS inscrevem o acolhimento como uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais em relação aos usuários, o que demonstra mais um equívoco no modo como tais profissionais concebem e praticam o acolhimento no cotidiano.

Pelo exposto, conforme Bleger (1984), torna-se relevante pontuar a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades, pois toda atuação na saúde pública tem efeitos sobre os fenômenos mentais e psicológicos do sujeito.

Deste modo, um adequado acolhimento, tanto do ponto de vista ético quanto do técnico, deve incorporar a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas Unidades do SUS.

A postura profissional esperada, neste contexto, é a de escuta da queixa, dos medos e das expectativas do usuário, identificando os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e responsabilizando-se por respostas ao problema trazido.

O acolhimento, pensado deste modo, deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, que, partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante, possibilita a resolutividade e humanização das relações em serviço (MS, 2006).

Faz-se, pois, necessário promover o aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles. Este vínculo terapêutico visa aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

As Unidades de saúde devem estar organizadas com os princípios de responsabilidade territorial, adscrição de clientela, vínculo com responsabilização clínico-sanitária, trabalho em equipe e gestão participativa, pensando-se o acolhimento como prática inerente e intrínseca ao exercício profissional em saúde (MS, 2006).

É também necessário superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica e na realização de procedimentos a despeito da perspectiva humana na interação e na constituição de vínculos entre profissionais de saúde e usuários.

A implantação do acolhimento nos serviços de saúde deve contemplar a ampliação da qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionadas à escuta qualificada, de modo a estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade, bem como o reconhecimento e a atuação em problemas de saúde de natureza aguda ou relevantes para a saúde pública (MS, 2004).

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito da cidadania, efetivado por meio de ações e serviços de saúde que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS).

A criação do SUS foi promovida pela Lei Orgânica de Saúde, que contempla as Leis 8080/90, tratando da municipalização da atenção em saúde, e 8142/90, regulando a participação social na gestão do SUS.

O acolhimento em saúde representa um dos dispositivos que contribui para a efetivação do SUS e o padrão de acolhida aos cidadãos usuários e aos cidadãos trabalhadores da saúde, nos serviços de saúde, é um desafio quando se pensa na defesa da vida e na garantia do direito à saúde (MS, 2006).

Modificar o processo de trabalho para incluir o acolhimento como diretriz depende da adesão dos profissionais, do compromisso com a mudança e construção do devir. Isto é viabilizado quando os profissionais podem discutir e decidir sobre a organização dos serviços de saúde.

“O acolhimento associa na medida exata o discurso da inclusão social e da defesa do SUS a um arsenal técnico extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até a constituição de dispositivos auto-analíticos e auto-gestores, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão das unidades” (FRANCO, BUENO & MERHY, 1999).

Os mesmos autores consideram que, enquanto diretriz operacional do fazer em saúde, o acolhimento favorece a perspectiva de efetiva construção de um sistema de saúde com base no acesso para todos, equidade, integralidade das ações, eficácia, com atendimento qualificado e humanizado e sob controle social.

O acolhimento tende a ser concebido como atividade particularizada, que procede à combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso, etc.). Contudo, ele não corresponde a uma atividade particularizada, mas a um conteúdo de qualquer atividade assistencial.

Ele é um operador de distribuição, onipresente em todos os pontos da rede, de modo que os encontros consistem em momentos pautados pelo espírito de entendimento e negociação de decisões sobre a trajetória necessária de cada usuário através do serviço.

A plasticidade nos módulos de atenção à saúde (preconizada no acolhimento) favorece a diversidade de singularizações possíveis, pois diferentes usuários realizam diferentes combinatórias da atenção, ou seja, o sistema ofertando margem de adaptabilidade a esquemas de necessidades diversos.

A definitiva incorporação do acolhimento no trabalho em saúde representa um desafio para técnicos, gestores, pesquisadores, profissionais e usuários de saúde, além de uma oportunidade de participarem, com suas experiências, do contínuo processo de interpretação do país e construção coletiva da nossa identidade.

O processo de consolidação da cidadania e do espírito democrático no campo da saúde representa o momento de fazer avançar esse processo nos espaços micropolíticos, isto é, em cada unidade prestadora.

GOMES & PINHEIRO (2005) postulam o acolhimento como um conceito em construção, que deve contemplar práticas democráticas, saberes integrados e cuidado pautado no compromisso ético, na sinceridade, responsabilidade e confiança (GOMES & PINHEIRO, 2005).

Acolher implica reconhecer e respeitar os saberes dos sujeitos, “saberes históricos silenciados e desqualificados” (FOUCAULT, 1999 apud GOMES & PINHEIRO, 2005). Eis uma postura ética nas relações gestores/profissionais/usuários.

Se praticamos saúde pública sem refletir sobre nossas práticas, sem respeitar os desejos, projetos e saberes do usuário, sem levá-lo a pensar e discutir sobre os serviços de saúde prestados, estamos nos limitando a apenas manter as relações de poder e dominação historicamente construídas. Cumprir os princípios do SUS (organizativos e operacionais) significa re-distribuir o poder, por meio da mudança nas relações de poder técnico/usuário (GOMES & PINHEIRO, 2005).

“No curso da história e no campo das negociações de ordem política de gestão, os agentes de determinada organização constituem novos parâmetros para ação, introduzindo mudanças na cultura da assistência” (DESLANDES, 2004).

A expressão Saúde Pública, embora suscite diversas denotações, costuma referir formas de agenciamento político/governamental capazes de dirigir intervenções voltadas às denominadas necessidades sociais de saúde. Deste modo, alterar o modo como os serviços de saúde pensam e realizam o acolhimento requer o compartilhamento entre as três esferas de

governo (municipal, estadual e federal), os trabalhadores da saúde e a sociedade civil, em especial por meio das instâncias de participação e de controle social do SUS (MS, 2006).

Tudo o que é relativo à saúde pública tem estreita conexão com a organização estatal e disto deriva, freqüentemente, uma atitude de expectativa ou dependência, na qual espera-se tudo dos poderes públicos. Certamente que deles dependem, em grande medida, a planificação racional e a possibilidade de levar a cabo os projetos na escala necessária, mas não é menos certo que também nós somos um “poder público” e que muitos projetos e ações devem e têm que partir dos próprios profissionais, no caráter de tais (BLEGER, 1984). Assim, cabe a cada um o desafio de reativar nos encontros a capacidade de cuidar ou estar atento para acolher (MS, 2006).

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):63-72, 2001.

BLEGER, José. **Psico-Higiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre: Artmed: 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde/2**. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: Um Paradigma Ético-Estético no Fazer em Saúde**/Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DESLANDES, Suely F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio: O minidicionário da língua portuguesa – Século XXI**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira: 2000. 790 p.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. & MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas: 1991. 175 p.

GOMES, Márcia Constância Pinto & PINHEIRO, Roseni. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos**. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.17, p. 287-301, mar/ago 2005.

GRESSLER, Lori Alice. **Introdução à Pesquisa: Projetos e relatórios**. São Paulo: Loyola:2003. 295 p.

LIMA, M.A.D.S.; RAMOS, D.D.; ROSA, R.B.; NAUDERER, T.M. & DAVIS, R. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários**. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(1):12-7.

O que é Saúde Pública. Disponível em: <www.saudepublica.cict.fiocruz.br>. Acessado em: 20/07/2007.

Saúde Pública. Disponível em: <www.casan.com.br/saude_publica.htm>. Acessado em: 03/05/2007.

SCHOLZE A.S.; ÁVILA L.H.; SILVA M.M. et al. **A Implantação do Acolhimento no Processo de Trabalho de Equipes de Saúde da Família.** Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez. 2006.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** Disponível em: <www.scielo.br>. Acessado em: 31/08/2007.