

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“As consequências imprevistas do acolhimento na Atenção Básica”

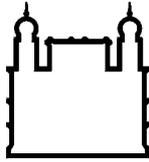
por

Ligia Carvalho Botelho Zimmermann

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tatiana Vargas de Faria Baptista

Rio de Janeiro, maio de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“As consequências impremeditadas do acolhimento na Atenção Básica”

apresentada por

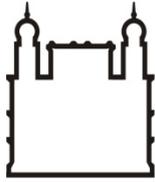
Ligia Carvalho Botelho Zimmermann

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Prof.^a Dr.^a Marilene de Castilho Sá

Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista – Orientadora



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



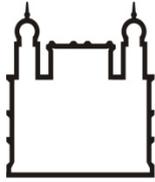
AS CONSEQUÊNCIAS IMPREMEDITADAS DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Ligia Carvalho Botelho Zimmermann

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública - subárea de concentração em Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Tatiana Wargas de Faria Baptista

**Rio de Janeiro
Maio 2010**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



AS CONSEQUÊNCIAS IMPREMEDITADAS DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Autor: Ligia Carvalho Botelho Zimmermann

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista (Orientadora)

Prof. Dr Ruben Araújo de Mattos

Profa. Dra. Marilene de Castilho Sá

**Rio de Janeiro
Maio 2010**

**Ao Waldir por toda a paciência e cuidado que um ser humano é capaz de
dedicar a outro.**

Agradecimentos

À Deus pela força de superação dos obstáculos e intempéries que surgiram ao longo desses dois anos de mestrado.

À Tatiana Wargas, minha orientadora, pelos alertas cuidadosos, pela palavra e incentivo na medida certa, pela troca de saberes e “reações” e, principalmente por me ajudar a controlar o impetuoso desejo de defender a prática do acolhimento como sujeito implicado. Minha gratidão e respeito por esta pesquisadora que tanto admiro. Suas contribuições foram muito importantes para mim!!!

À minha mãe Ana e à minha irmã Mariana pelas longas conversas ao telefone que me ajudaram a acalmar o coração. À Mariana principalmente pelas trocas de experiências, por estarmos passando um período da vida semelhante. Obrigada por vocês existirem na minha vida.

Ao amigo José Antônio Godinho pela elaboração da planta baixa da unidade do estudo. Obrigada pela contribuição!!!!

Aos doutores professores Marilene de Castilho Sá e Ruben Araújo de Mattos pelas que me emprestaram diferentes lentes para a observação do complexo processo do acolhimento e suas implicações para as práticas de saúde.

Aos amigos residentes e preceptores de Juiz de Fora com os quais aprendi no dia-a-dia das práticas o saber-fazer acolhimento, não sem sofrimentos,

angústias e questionamentos e sem os quais não teria ocorrido o despertar para o estudo.

À equipe da ESF Perequê IV pela paciência e apoio constantes.

À equipe do SPA Abraão pela compreensão desse momento da minha vida. Pelos plantões que não pude fazer, por todo apoio que me deram possibilitando a realização desse trabalho.

A todos os profissionais de saúde pela chance que temos a cada dia de repensar e renovar nossas práticas e processos de trabalho.

A todos os profissionais da saúde da cidade de Angra do Reis - novo lar - que possamos aprender com essa e outras experiências e trilhar o caminho do acolhimento no nosso município.

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso que examina a prática do acolhimento em uma unidade básica de saúde da cidade de Juiz de Fora – MG, numa ótica qualitativa. O objeto de estudo deste trabalho é o acolhimento propriamente dito, numa exploração de suas relações com a Política Nacional de Humanização, com a mudança de modelo assistencial e, em última análise, no reflexo desta prática nos serviços que chamamos serviços de ponta, procurando entender como o acolhimento é traduzido/reinterpretado nas práticas cotidianas. O relato de experiência busca elementos de análise a partir da conversa com outros profissionais que participaram desse processo, através de entrevistas individuais. Partimos de três hipóteses elementares: 1) a Política Nacional de Humanização tem sofrido interpretações e traduções pelos profissionais de saúde do nível local; 2) as distorções na organização do sistema podem gerar conseqüências imprevistas na medida em que contribuem para a reprodução de práticas ineficazes e embotadas no acolhimento, por falta de estímulos à mudança continuidade nas suas ações e 3) existem diferenças importantes entre as concepções do acolhimento em proposições teóricas de três diferentes propostas desenvolvidas no âmbito da política de saúde brasileira no período mais recente: o Projeto em Defesa da Vida (PDV), os programas de Humanização e a Política Nacional de Humanização (PNH) e o que é realizado na prática em nome do acolhimento. Concluímos que o acolhimento realizado na UBS “Abrigo” apresenta conseqüências imprevistas que nem sempre condizem com a boa prática em saúde, que ele acontece impulsionado principalmente pelos profissionais de saúde ligados à residência multiprofissional, e que essa prática possui potencialidades para mudanças nos processos de trabalho e no modelo assistencial, onde muitas mudanças já se tornam reais, mas ainda evidencia alguns desafios a superar como a não-adesão de todos os profissionais na prática do acolhimento, a falta de comprometimento da gestão e as dificuldades relacionais.

Palavras-chave: acolhimento; processo de trabalho; humanização; modelo de atenção.

ABSTRACT

This study regards the case which examines the practice of acceptance at a basic healthcare unit in Juiz de Fora City – Minas Gerais State, upon a qualitative view. The study object for this work is the acceptance as mentioned previously, exploring its relations to the National Politics of Humanization with changes in assisting model and, ultimately on the reflex of this practice on services denominated state-of –the-art services as we try to understand how acceptance is translated/ reinterpreted on daily practices. The report of experience seeks analysis elements as of conversation with other professionals who have taken part on such process by individual interviews. Three elementary hypothesis are the starting point: 1) the National Politics of Humanization has been through interpretations and translations by the healthcare professionals of a local level; 2) distortions in the system organization might generate unplanned consequences in so far as to contribute to the reproduction of ineffective and blunt practices in acceptance due to the lack of stimulation in continual change in its actions and 3) there are important differences among the conceptions of acceptance in theoretical propositions of three different proposals developed in the scope of Brazilian healthcare politics in a latter period: Life Protection Project (LPP), Humanization programs and the National Politics of Humanization (NPH) and what is actually performed for the sake of acceptance. It has been concluded that the acceptance performed in “Abrigo”’s BHU presents unplanned consequences which are not usually in accordance to the good health practice, which happens mainly by healthcare professionals related to multiprofessional residency, practice which has changing potentials in the working process and assisting model, where many changes have become a reality but still shows challenges to be overcome such as the non-adherence of all professionals to the acceptance practice, managers’ lack of commitment and relational difficulties.

Key-words: acceptance; working process; humanization; attention model.

SUMÁRIO

Dedicatória	
Agradecimentos	
Resumo	
Abstract	
Sumário	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
Introdução: sobre o porquê de estudar o acolhimento	1
Justificativa	5
Objetivos	8
Pressupostos	9
Estrutura da Dissertação	10
Revisão Bibliográfica e Marco Conceitual	11
Capítulo 1 – O acolhimento nas propostas políticas	13
As interfaces do acolhimento com os programas de humanização, o projeto em defesa da vida e a política nacional de humanização	
Capítulo 2 – Acolhimento, processo de trabalho, modelo assistencial e suas conexões	49
Capítulo 3 – O desenho do Estudo	59
Caracterização Geral do Método	59
Sobre o Olhar que vamos lançar sobre o objeto	60
Universo da Pesquisa	61
Desenho do Estudo	65
Estratégias de Investigação	66
Questões Éticas	68
Capítulo 4 – O Caso “Abrigo”	70
4.1 – A inserção do acolhimento na unidade “Abrigo” e sua relação com a Política Nacional de Humanização	70
4.2 - A estrutura da unidade	82
4.3 – Exame das práticas de saúde na unidade e as transformações dos processos	85

de trabalho.

4.4 – Os sentidos do acolhimento para os profissionais de saúde	99
4.5 – A reformulação do modelo assistencial a partir da prática do acolhimento: o que muda ou deveria mudar	106
Considerações Finais	117
Referências Bibliográficas	123
Anexos	130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

CMC – Central de Marcação de Consultas.

CNS – Conselho Nacional de Saúde.

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública.

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização.

IMS – Instituto de Medicina Social.

MS – Ministério da Saúde.

NATES/JF - Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde.

PDV – Projeto em Defesa da Vida

PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar.

PNH – Política Nacional de Humanização.

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

R1/ R2 – Residentes do 1º e 2º Ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFJF.

SE – Secretaria Executiva.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora.

USP – Universidade de São Paulo.

Introdução – sobre o porquê de estudar o acolhimento

Certa vez, fazendo a leitura para a fundamentação teórica de meu trabalho, me deparei com o Prefácio do livro *Acolher Chapecó* organizado por Túlio Franco, entre outros autores. Esse prefácio era intitulado “*O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido*”, escrito por Emerson Elias Merhy (2004a). Qual foi a minha surpresa quando me reconheci enquanto sujeito implicado¹. Isso porque pretendo estudar um processo do qual fiz parte e no qual aposto ser capaz de provocar mudanças nos serviços de saúde – o acolhimento. Achei pertinente relatar não só meu interesse, mas também minha implicação no processo de acolhimento, o que faz com que eu seja ao mesmo tempo *o pesquisador e o pesquisado*. Essa implicação estará bem evidente ao longo do trabalho onde exploro situações experienciadas na minha vida profissional no cotidiano do acolhimento. Mas devo dizer que não por essa implicação, a pesquisa perderá o seu valor científico, mas sim por ela, abarcará ainda mais sentido e conexão com o real, o concreto.

Meu interesse no tema acolhimento surgiu logo após a graduação quando ingressei no Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), no ano de 2005 onde permaneci por 2 anos. Até então nunca havia sequer escutado essa palavra. Não foi um tema discutido durante a faculdade ou algo que tenha emergido na própria prática durante os estágios realizados nas unidades básicas de saúde ou nos hospitais de Juiz de Fora.

Foi ao ingressar no programa de residência que tive o primeiro contato com o tema. Na realidade todos os processos de trabalho eram novos para mim. De todos eles

¹ A noção de implicação institucional trabalhada pela análise institucional envolve “*o conjunto de relações que existem, conscientemente ou não, entre o ator e o sistema institucional*” (Lourau, 1975: 273).

aquele que mais me chamou a atenção foi o que se denominava acolhimento. A unidade vivia o acolhimento, respirava por ele. Mas o que era esse processo? O que era, na realidade, o acolhimento?

Bem, essa foi uma resposta difícil de ser elaborada no início. A princípio o acolhimento era uma forma diferente de organizar a demanda. Na prática do acolhimento a palavra exclusão deixava de existir, pois sempre se procurava alguma maneira de responder às expectativas do usuário. À primeira vista essa prática parecia nos trazer muitas possibilidades: identificação do outro como sujeito – desenvolvimento do sentido de alteridade; ampliação do acesso da população aos serviços de saúde; incorporação de outros saberes e práticas na saúde – interdisciplinaridade; maior capacidade de resposta dos serviços; aumento do grau de compromisso com a continuidade da assistência; oferta do cuidado integral; estabelecimento de vínculos mais estreitos entre profissionais de saúde e usuários do serviço; maior responsabilização com relação aos usuários e suas demandas de saúde; contribuição para a horizontalização das relações profissionais, valorização e visibilidade das profissões não-médicas, entre outras. Entre tantas possibilidades de mudanças é fácil pensar que o acolhimento exercia um poder de interferência na forma de produzir saúde, de interferência no processo de trabalho, de mudança do tão criticado modelo biomédico.

No dia-a-dia, entretanto, detectava e vivia muitos ruídos no processo de acolhimento, assim como em todo processo que envolve habilidade relacional e comunicacional. Eram esses ruídos que faziam surgir dúvidas, inquietações, discussões e problemas interdisciplinares.

Assim, sempre me questionava sobre o que eu realmente estava fazendo. Seria uma boa prática ou escondia questões que eu não conseguia decifrar? De onde surgiu essa prática ou de onde ela se extrai? O acolhimento enquanto prática foi solicitado por

quem? Pelos profissionais de saúde? Quem a demandou e para resolver que problemas? Quais fatores dificultam a participação dos profissionais e principalmente o médico nesse processo? Em que peso essa não participação do médico influencia na legitimação (ou no enfraquecimento) dessa prática? Como a comunidade vê o acolhimento? E sob que lente os profissionais de saúde enxergam essa prática?

Os questionamentos giravam em torno de saber se o que eu estava praticando era acolhimento mesmo - uma boa prática ou algo diferente e distorcido do que se almejava conquistar. Nesse momento tomei conhecimento da Política Nacional de Humanização e me dei conta de onde se inseria a proposta do acolhimento. Novas questões surgiram. Estaríamos distorcendo na prática a proposta apresentada pela política? Se estivéssemos, o que ocorria na organização do sistema de saúde local que contribuía para essa distorção? Deveríamos seguir à risca a proposta política com a rigidez da norma? Essa política chega até a ponta (sistema de saúde local e serviços de saúde) de que forma? Onde estavam os ruídos? Portanto, o acolhimento não era uma ilha.... conectava-se também numa questão maior de organização do sistema de serviços de saúde que enquanto não fosse resolvido trazia implicações concretas para a organização da assistência e das práticas em saúde naquela unidade.

Essas são algumas questões sobre as quais nos debruçaremos, por entender que representam processos que influenciam diretamente na efetivação do acolhimento enquanto prática social nos serviços de saúde que influencia diretamente no tipo de assistência que se presta.

Após entender os caminhos que me levaram ao interesse pelo tema do acolhimento, é importante ter claro que o *objeto de estudo* deste trabalho é o acolhimento propriamente dito, numa exploração de suas relações com a Política

Nacional de Humanização, com a mudança de modelo assistencial e, em última análise, no reflexo desta prática nos serviços que chamamos serviços de ponta, procurando entender como o acolhimento é traduzido/reinterpretado nas práticas cotidianas.

O estudo pretende analisar como o acolhimento é traduzido/interpretado no âmbito de uma Unidade Básica de Saúde.

A Unidade Básica de Saúde de escolha para o estudo é um posto de saúde da cidade de Juiz de Fora – MG, onde por ocasião da residência foi o local onde entrei em contato pela primeira vez com a proposta de acolhimento. Assim, trata-se de um relato de experiência buscando elementos de análise a partir da conversa com outros profissionais que participaram dessa experiência.

As *perguntas* que guiaram este estudo foram:

- Como o acolhimento foi interpretado, ressignificado nas práticas cotidianas dos diferentes profissionais de saúde?
- De que modo as políticas implementadas atendiam às expectativas dos profissionais?
- Como as práticas de gestores e profissionais favoreciam o acolhimento?
- De que maneira o acolhimento interferia no processo de trabalho, nas práticas de produção de saúde e, em última análise no modelo assistencial?

Essas questões remetem a alguns pressupostos básicos do estudo: primeiro que há uma política em curso, liderada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização, que visa constituir o acolhimento como uma prática no âmbito do SUS; segundo que toda política e suas diretrizes são reinterpretadas no âmbito local pelos profissionais de saúde e gestores; assim, o acolhimento pode e certamente será reinterpretado e praticado de diferentes formas, não correspondendo necessariamente às

ações previstas pela Política, gerando, portanto, conseqüências impremeditadas² boas ou ruins; e, por último que o acolhimento tem um poder de interferência nas práticas de produção de saúde, no processo de trabalho e no modelo assistencial.

Justificativa

Dito tudo isso, ***por que afinal é importante estudar o acolhimento?*** O acolhimento é uma proposta inserida no contexto de uma Política Nacional que tem por objetivo interferir nas relações dos profissionais e destes com o usuário, incluir os sujeitos na gestão para a construção de modelos de gestão mais participativos, repensar a reformulação da saúde a partir da valorização do trabalhador, entre outras coisas. Tratar, portanto, do acolhimento pode nos auxiliar a pensar no modelo assistencial que almejamos modificar/construir e guiar novas práticas em saúde. Pensar no modelo assistencial, por sua vez, é relevante, pois as questões que orbitam em torno do modelo vigente representam entraves para a consolidação do SUS e seus princípios. O SUS durante seus anos de existência progrediu muito em questões macropolíticas ampliando os níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, mas ainda persistem problemas. Em algum momento as questões micropolíticas foram deixadas de lado, mantendo em segundo plano os trabalhadores da saúde, as relações que se estabelecem entre eles e a própria lógica que rege essas relações e as práticas de saúde em si, gerando desencontros entre esses trabalhadores e seus saberes, desencontros com os usuários, desencontros com os próprios princípios do SUS e práticas de saúde degradadas, desumanas, descompromissadas com o outro e com o SUS. Corroborando, Sá (2005) acredita que

²Conceito trabalhado por Anthony Giddens em “A Constituição da Sociedade” (2003); Segundo o autor, a realização de qualquer ação pode desencadear conseqüências que não se pode prever ou premeditar e que não necessariamente se constituíam nas intenções do sujeito ao iniciar tal ação.

*“a baixa qualidade dos serviços e as dificuldades de acesso aos mesmos se potencializam significativamente através de um processo que tenho identificado como uma **crescente banalização da dor e do sofrimento alheios** nos serviços de saúde. Tal processo se manifesta, por exemplo, na apatia burocrática, no corporativismo e na omissão dos profissionais, na falta de ética, de respeito e de solidariedade na relação entre profissionais de saúde e destes para com os usuários/pacientes.”* (Sá, 2005: 31 – grifo do autor).

Entender o acolhimento no âmbito dessas dificuldades encontradas para atingir um compromisso com o SUS, com a vida e com a melhoria da qualidade das práticas de saúde, como ponto de encontros para essas questões é um esforço importante para este estudo.

A partir desse panorama, também é interessante entender o acolhimento como uma espécie de estratégia para a resolução dos problemas apontados acima. Os textos oficiais do Ministério da Saúde têm posicionado o acolhimento como uma estratégia/diretriz da Política Nacional de Humanização, sendo esta uma Política capaz de interferir no modelo assistencial e melhorar a qualidade da assistência prestada através de seu caráter transversal. Então, entender como se dá esta interferência, no modelo assistencial também é importante para esta dissertação, bem como as discussões sobre o atendimento das necessidades de saúde da população e, conseqüentemente como apontam para a necessidade de ampliação do conceito de saúde. Essas discussões apresentam como pano de fundo questões maiores como as relacionadas ao modelo assistencial e à qualidade dos serviços de saúde.

Uma justificativa patente deste estudo é a lente que se utiliza para analisar o tema. O que pretendemos aqui é analisar se acontecem conseqüências impremeditadas e quais são elas e através de quais os processos de tradução do acolhimento feitos pelos

diferentes profissionais de saúde no âmbito da atenção à saúde elas ocorrem. É importante esclarecer que conseqüências impremeditadas estão presentes em todos os casos, inclusive nos exitosos. O que se pretende com essa lente é entender quais são as dificuldades e desafios que se apresentam na construção de práticas de saúde pautadas no acolhimento, como se transformam as diretrizes de políticas como o acolhimento no momento de sua efetiva implementação, tratar das ressignificações/renormatizações dos processos preconizados pela política, colocar em questão e contribuir para o processo de formulação das políticas e construção do processo de trabalho e práticas em saúde. Assim, traçamos paralelos com a Política Nacional de Humanização a partir da prática estudada, mas não se trata aqui primordialmente de saber se a PNH foi ou não incorporada no serviço de saúde, mas sim como a prática do acolhimento foi construída e ganhou sentido na realidade estudada e se esse sentido sofreu alguma orientação a partir da política. Assim, é importante perceber o sentido de se configurar uma política nacional desta natureza, o que contribui e como nas práticas de saúde, compreendendo o diálogo entre essas práticas e a política em si.

Objetivos

Objetivo Geral

Analisar como o acolhimento é traduzido/interpretado no âmbito da Unidade Básica de Saúde da cidade de Juiz de Fora –MG.

Objetivos específicos

1 – Analisar como o acolhimento se insere em uma Unidade Básica de Saúde de Juiz de Fora - MG e sua relação com a Política Nacional de Humanização.

2 – Examinar nas práticas de saúde desta unidade o entendimento teórico dos atores acerca do acolhimento.

3 – Discutir as concepções e práticas de acolhimento produzidas no âmbito local como elemento para reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde e para transformação das práticas em saúde.

4 – Subsidiar o debate acerca da reformulação do modelo assistencial e das estratégias utilizadas pelos formuladores, gestores e profissionais de saúde.

Pressupostos

- A Política Nacional de Humanização tem sofrido interpretações e traduções pelos profissionais de saúde do nível local que geram contradições e também aperfeiçoamentos no desenvolvimento da própria política, mostrando seu caráter dinâmico.
- As distorções na organização do sistema podem gerar conseqüências impremeditadas na medida em que contribuem para a reprodução de práticas ineficazes e embotadas no acolhimento, por falta de estímulos à mudança continuidade nas suas ações.
- Existem diferenças importantes entre as concepções do acolhimento em proposições teóricas de três diferentes propostas desenvolvidas no âmbito da política de saúde brasileira no período mais recente: o Projeto em Defesa da Vida (PDV), os programas de Humanização e a Política Nacional de Humanização (PNH) e o que é realizado na prática em nome do acolhimento.

Estrutura da Dissertação

A fim alcançar os objetivos do trabalho e de responder às questões levantadas esta dissertação está estruturada em seu corpo em 4 capítulos. No Capítulo 1 trabalharemos o tema acolhimento dentro das propostas políticas explorando seu conceito, quando essa prática surge e suas diferentes perspectivas dentro das propostas políticas do projeto em Defesa da Vida, nos Programas de Humanização notadamente o PNHAH e na PNH. Neste capítulo faremos também uma discussão do conceito de acolhimento e a perspectiva que orienta a análise da experiência.

No Capítulo 2 a discussão gira em torno do acolhimento e o trabalho em saúde, onde questionamos se e porque/como o acolhimento pode promover mudanças no cuidado e na organização do trabalho e a complexidade deste tipo de trabalho e os desafios para o acolhimento.

O Capítulo 3 aborda o desenho do estudo e conta seu processo de realização detalhando como se deu a escolha da unidade, a realização das entrevistas, quem foram os entrevistados.

Um pouco mais denso que os demais, o Capítulo 4 trata da análise dos dados coletados e está dividido em 5 tópicos: 1) A inserção do acolhimento na unidade “Abrigo” e sua relação com a Política Nacional de Humanização, onde exploramos questões como - quando se inicia a proposta de acolhimento na unidade? Por quê? Quem demanda? Veio responder a quê? Qual é a proposta de acolhimento? 2) A estrutura da unidade, onde tentamos retratar o que é a unidade – como se organiza, a sua estrutura física – o que o ambiente retrata de acolhimento e as influencias desse ambiente para a prática. 3) O exame das práticas de saúde da unidade e as transformações dos processos de trabalho - neste tópico discutimos o processo de trabalho, a rotina de trabalho, a relação dos profissionais, a organização do trabalho

(quais as principais estratégias utilizadas para a organização do trabalho na lógica do acolhimento) e, o trabalho em equipe; 4) O entendimento teórico dos atores acerca do acolhimento, ou seja, o que é o acolhimento do ponto de vista dos profissionais e, 5) A reformulação do modelo assistencial a partir da Prática do acolhimento: o que mudou ou deveria mudar para os profissionais de saúde e formuladores da proposta de acolhimento.

Por fim, no capítulo de conclusão fazemos reflexões sobre o acolhimento a partir da experiência estudada num esforço de tirar lições para a organização do trabalho em saúde e para a própria a formulação de políticas.

Revisão Bibliográfica e Marco Conceitual

Foi realizada, para fins deste trabalho, uma revisão bibliográfica extensa e profunda sobre o tema por entender que esta etapa representa uma das mais importantes do estudo no sentido de dialogar e realizar conexões teóricas com os dados coletados. O desenho do estudo também nos obrigou a dar ênfase à revisão bibliográfica tendo em vista que *“a análise qualitativa depende, em última instância, da capacidade analítica e do estilo do pesquisador”* (Nogueira-Martins e Bógus, 2004: 55). E esta, por sua vez, está intimamente relacionada ao embasamento teórico.

Um eixo teórico importante de análise foi a discussão sobre o modelo assistencial. Para o aprofundamento do debate foram utilizados autores de diferentes correntes teóricas.

Os estudos de Gastão Wagner S. Campos foram apropriados para a discussão do modelo assistencial com enfoque nas macropolíticas de saúde. Esse autor é relevante também pelo seu papel na construção da Política Nacional de Humanização juntamente com Regina Benevides. Juntos, eles têm um referencial teórico que une a Psicanálise à

Análise Institucional para a discussão dos modelos e a proposição da própria Política (Campos, 1991, 2007 e Benevides, 2005; Benevides e Passos, 2005). Para discussão dos microprocessos em saúde, práticas, processo de trabalho e a questão da gestão, Emerson Elias Merhy e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio foram nosso norte, ainda que em algum momento o foco hospitalar desses autores (principalmente Cecílio) seja marcante. Merhy, em particular nos traz uma visão sobre a questão do trabalho em saúde também com a incorporação da Análise Institucional. Também é marco conceitual importante do autor a ampliação do conceito de tecnologias em saúde, com a inclusão do conceito de “tecnologias leves”. (Merhy, 1997a, 1997b, 2003, 2004a, 2004b; 2007a, 2007b, Cecílio, 2004).

Para conversar com o eixo de modelos assistenciais, entramos na discussão da integralidade com Ruben Mattos (IMS/UERJ), devido à estreita relação do acolhimento com esse princípio do SUS e, ainda com a construção de políticas públicas de saúde (Mattos, 2006). Do mesmo Instituto, na linha das Racionalidades Médicas, trabalhamos com Kenneth Camargo Jr. e a crítica à hegemonia do modelo biomédico, bem como a crítica à posição central que a doença ocupa dentro dessa racionalidade – a reificação da doença; as dificuldades de conceituação da mesma (e, portanto as dificuldades de um exame crítico); e, ainda, o reducionismo biológico da biomedicina (Camargo, 2005).

Na ENSP/FIOCRUZ a discussão sobre o tema Humanização na Saúde e subjetividades foi incluída mais recentemente com as discussões produzidas pelas autoras Marilene de Castilho Sá (2005). Sá faz uma discussão pertinente ao nosso estudo sobre a constituição de vínculos subjetivos com a instituição saúde e sua implicação na capacidade de construção de projetos coletivos, auxiliando na compreensão da complexidade dos processos que envolvem as mudanças nessas instituições.

CAPÍTULO 1 – O Acolhimento nas Propostas Políticas

As interfaces do acolhimento, os programas de humanização, o Projeto em Defesa da Vida, e a Política Nacional de Humanização

Quando falamos em acolhimento pensamos nos vários sentidos que essa palavra pode nos despertar. Quando refletimos sobre o acolhimento enquanto proposta política para a reformulação das práticas em saúde, percebemos que sua compreensão recebe sentidos muito diferentes dependendo de quem a propõe ou pratica. Assim, o objetivo desse capítulo se encerra em tentar captar os diferentes significados do acolhimento em três diferentes propostas desenvolvidas no âmbito da política de saúde brasileira no período mais recente: o Projeto em Defesa da Vida (PDV), os programas de Humanização e a Política Nacional de Humanização (PNH). Cada proposta apresenta uma história própria e está localizada em momentos específicos da trajetória da política de saúde brasileira, apresentando em comum uma preocupação com o desenvolvimento de práticas de saúde mais humanas, focadas no usuário, acolhedoras e estabelecidas como políticas.

O foco principal desta revisão é explicitar o objetivo de cada proposta e sua contribuição para a construção do acolhimento como prática de saúde no Brasil na atualidade. Iniciaremos a discussão pelo PDV, por se tratar da experiência mais antiga e que inaugura um debate em torno do acolhimento; seguiremos com o relato dos Programas de Humanização e finalizaremos com a PNH. Assim, espera-se compreender os argumentos e caminhos de construção em torno da proposta atual de acolhimento. Ao final do capítulo apresentamos uma discussão em torno do conceito de acolhimento indicando as opções que realizamos para a análise da experiência.

O Projeto em Defesa da Vida (PDV) começa a se delimitar no ano de 1989, a partir de uma experiência de gestão de sistema de saúde no município de Campinas, tendo como Secretário de Saúde o sanitarista Gastão Wagner de Souza Campos³. A experiência foi relatada no livro “*A Saúde Pública e a Defesa da Vida*”, escrito por Gastão Campos e editado em 1991. O livro, mais do que um relato de uma experiência municipal, extrapola para uma análise mais ampla da política de saúde, das diretrizes da reforma sanitária e da organização da atenção à saúde prestada no âmbito do sistema público brasileiro desenvolvendo críticas e apresentando proposições para o aprofundamento do projeto de reforma da saúde, especialmente no que tange ao modelo de atenção e às práticas em saúde. Campos (1991), alerta para questões como falta de recursos, baixos salários e a deterioração de equipamentos e serviços, e, principalmente, denuncia a situação de descaso e desrespeito à vida, indicando ser este o real problema a ser enfrentado no âmbito do sistema de saúde brasileiro. Nas palavras do autor:

“Se nem o desvelamento do que realmente ocorre nos hospitais e unidades de Saúde tem sido completamente realizado, o que dizer da análise sobre os complexos determinantes destes processos e sobre a indicação de novos caminhos para superá-los. Refiro-me, por exemplo, à postura desumana e pouco profissional da maioria dos profissionais de saúde trabalhando em serviços públicos – entre eles, particularmente, os médicos -, que não se envolvem com a resolução de problemas de saúde e não se responsabilizam pelo funcionamento da empresa pública. Penso no sistemático desrespeito aos direitos básicos do cidadão e, até mesmo, do homem-paciente, transformado em rotina nas

³ Gastão foi, posteriormente, um dos principais construtores da PNH, ocupando o cargo de Secretário Executivo do Ministério da Saúde à época do lançamento oficial da Política (2004). Existem vários elementos em comum no PDV e na PNH, como veremos ao longo do capítulo.

unidades de saúde; na privatização da coisa pública – praticada segundo vários recortes: partidário, corporativo, empresarial -, mas todos levando à degradação do espírito de compromisso social, necessário ao funcionamento dos serviços de saúde.” (Campos, 1991: 26).

Com essa assertiva o autor problematiza as práticas em saúde, a construção do modelo assistencial e a lógica de organização dos serviços. E, ao colocar o sujeito e a atenção a ele prestada no centro do debate inaugura uma discussão sobre as relações entre profissionais e usuários, entre profissionais de saúde e entre esses profissionais e gestores.

É nesse sentido que o Projeto em Defesa da Vida discute a produção de serviços de saúde baseada nas necessidades dos indivíduos e da população de uma forma mais geral, sem dividir/diferenciar as ações de saúde pública da atenção individual (pois alega que esta deve estar dentro do escopo de ações da saúde pública), em detrimento da produção de serviços de saúde baseado nas regras de mercado.

Assim, para Campos, defender a vida é:

“Criar uma nova dimensão ética para a luta por saúde. Construir mecanismos de gestão e um estado de espírito que tornem inadmissível o desempenho profissional de um médico que não esteja voltado para a defesa do paciente e da sua saúde; intolerável a permanência de uma instituição que não produza benefícios à saúde das pessoas ou da coletividade” (Campos, 1991: 35).

No PDV explicitam-se algumas apostas: na ascensão de uma saúde pública que seja efetiva e que dê conta das demandas da população; na intervenção do Estado em detrimento da regulação pelo mercado; na participação efetiva dos trabalhadores de

saúde nos processos de gestão dos serviços; no investimento financeiro em reformas de ambiente, compra de equipamentos e insumos necessários para oferecer condições dignas de trabalho; no investimento em capacitações para os trabalhadores; e, por fim, na força dos movimentos populares e na reformulação da gestão, visando uma gestão mais participativa e democrática – a democracia institucional.

No PDV as questões orbitam em torno de discussões sobre a gestão compartilhada, a clínica e o planejamento programático em saúde, e inserido nelas o acolhimento.⁴

O autor ao desenvolver e defender a idéia de gestão compartilhada tem como preocupação manter a **autonomia local na gestão** da produção dos serviços de saúde de acordo com as necessidades locais.

“Como seria, por exemplo, a proposta de assegurar autonomia à equipe de saúde, ao serviço local, e não a cada indivíduo; ou ainda, a de condicionar a autonomia local a diretrizes gerais formuladas pelos governos, por conselhos de representação ou pela sociedade civil e, finalmente, também a autonomia para definir e escolher, de forma criativa, as técnicas e normas do trabalho específico” (Campos,1991: 78)

Assim, o PDV defende que

“a democratização da gestão do estado e, portanto, dos Serviços Públicos de Saúde, pode garantir aos setores populares e dominados mecanismos para a expressão de suas necessidades e demandas. Criando, através destes procedimentos, espaços para confrontá-las com outras lógicas e projetos, decorrentes das

⁴ Esses três pontos específicos: A clínica ampliada, a gestão compartilhada e acolhimento estão fortemente presentes na PNH. O que discutiremos mais à frente é se também possuem o mesmo sentido ou intenção nas duas proposições teóricas.

razões de Estado ou de outras classes e agrupamentos sociais”
(Campos, 1991: 73).

Entendemos que há uma intenção clara de interferência no modelo assistencial a partir de mecanismos de gestão mais democráticos, que insiram trabalhadores e usuários do sistema de saúde no processo de decisão das ações, contrapondo com a idéia de um planejamento verticalizado e baseado em recortes epidemiológicos.

Quando o autor fala em gestão democrática, traz embutida a idéia de inserção do trabalhador de saúde nos processos decisórios e no planejamento das ações de saúde, entendendo-o como sujeito, combatendo a idéia de que os trabalhadores de saúde são meros produtos do modelo biomédico. No modelo de gestão democrática esses trabalhadores de saúde assim como os usuários são considerados sujeitos capazes de modificar a realidade. Sobre isso o autor afirma que:

“na verdade, esse raciocínio procura “neutralizar a noção de realidade, como se esta fosse externa aos sujeitos sociais, tendente à infinita reprodução de si mesmo, estranho aos homens, impermeável à sua prática, alheio à sua intenção de conservá-lo ou de radicalmente transformá-lo” (Campos, 1991: 20)

A relação que estabelecemos entre gestão democrática e o acolhimento é que este tem a intenção de criar um momento de contato com as demandas dos usuários e trabalhadores de saúde oportunizando aos serviços de saúde o conhecimento dessas demandas e a criação e planejamento de ações de saúde voltadas para essas demandas indo de encontro à idéia de um planejamento verticalizado.

Além da gestão democrática, um segundo ponto marcante do projeto se configura numa crítica explícita e severa sobre a **Programação em Saúde** onde se entende que esse tipo de planejamento das ações de saúde, baseado estritamente em

dados epidemiológicos, não daria conta de resolver os problemas das pessoas, isso porque é limitado e restrito às situações mais prevalentes que nem sempre correspondem às necessidades de saúde das pessoas. Assim imagina-se que as ações programáticas, devido ao seu caráter estreito e limitante, seriam incapazes de dar conta de todas as tarefas relacionadas aos serviços de saúde. (Campos, 1991).

Em poucas palavras, as ações programáticas representam o planejamento de ações de saúde baseado nos dados epidemiológicos recortados e limitados pela lógica do coletivo que nem sempre dá conta da dimensão das necessidades individuais. Quando limitamos, através do planejamento programático, o escopo de ações da Saúde Pública, estamos falando em barreiras de acesso das pessoas aos serviços de saúde. Ao definir as ações de forma vertical, os trabalhadores de saúde fecham os olhos para demandas outras que não estejam elencadas num rol previamente definido. E é assim também que os trabalhadores de saúde deixam de prestar uma assistência baseada no princípio da integralidade – elegendo “partes dos indivíduos” mais importantes a serem trabalhadas (por meio de programas) do que outras, mesmo que esse indivíduo verbalize que essa não é sua necessidade de saúde num determinado momento.

A organização da atenção em saúde a partir dos programas é o planejamento programático na prática, a forma pela qual ele se concretiza. Dessa maneira, para o autor

“programas são simplesmente recortes de um conjunto de problemas sanitários, definidos segundo critérios supostamente técnicos e epidemiológicos; mas que, na verdade, são escolhidos e selecionados antes da aplicação de técnicas de programação a partir de pressões sociais, políticas e econômicas” (Campos, 1991: 59).

E que *“uma vez definidos os recortes e realizada a seleção de prioridades, as*

ações programáticas são apenas a organização de pedaços de serviços para atender parte dos problemas sanitários” (Campos, 1991: 59).

Os teóricos que advogam a favor das ações programáticas as vêem como uma solução para o problema da medicina gerar explicações parciais sobre a realidade. Resgatando o texto de Schraiber *et al* (1993), utilizado por Campos (1991) para a construção de sua crítica, percebemos os limites apontados pelo autor.

“O saber médico sobre a doença é uma verdade parcial, e como todas as verdades parciais terá limites estruturais e lacunas, sendo que essas últimas podem ser preenchidas, os primeiros só podem ser superados: ou pela superação global do conjunto da verdade por outra, ou pela divisão do seu campo de jurisdição com outras verdades parciais” (Schraiber et al, 1993: 41).

“A programação em saúde, como forma de organizar tecnologicamente o trabalho, é um recurso de natureza essencialmente epidemiológica (...) a Epidemiologia conhece um objeto diverso daquele conhecido pelas ciências médicas” (Schraiber et al, 1993: 43).

Campos (1991), ao criticar as ações programáticas apresenta a tese que justifica seu uso: a de que a medicina ou a clínica *“produz explicações parciais sobre a realidade” (Campos, 1991: 66)*. O autor pondera que essa afirmação aplica-se *“não só para a Medicina, mas também para a Física, a Sociologia, e para qualquer outra disciplina de conhecimento sobre o mundo, inclusive e até mesmo para a lógica” (Campos, 1991: 66)* e, porque não dizer, para as ações programáticas e para a epidemiologia.

Assim sendo, para o autor

“O caminho para a superação destas lacunas é o da reestruturação do saber clínico, por meio de sua abertura para a fisiologia, a patologia, a epidemiologia, a psicanálise, as ciências sociais; o que, certamente criaria novos espaços a serem esclarecidos” (Campos, 1991: 67).

Fazendo um paralelo, o desdobramento da crítica ao Planejamento Programático é a idéia de ***Clínica Ampliada***, reconhecida claramente como dispositivo da PNH.

Antecipando a proposta de clínica ampliada na PNH, o que se define é

“um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade; reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas – tarefa muito difícil para esses profissionais – e buscar outros conhecimentos em diferentes setores” (Brasil, 2004: 8).

Portanto o conceito de clínica ampliada da PNH vem ao encontro do conceito de clínica do PDV e também de outros conceitos presentes neste projeto como responsabilização e compromisso com a vida.

Essa clínica (ampliada), então, deveria absorver outras ciências para dar conta de um objeto tão complexo que é o ser humano; se pensamos em um planejamento de ações de saúde baseado em apenas uma dessas ciências (como é o caso da epidemiologia no planejamento programático), estamos negando a própria complexidade do ser humano e de suas necessidades ou, o que seria ainda pior, negando sua própria humanidade ao reduzir os sujeitos a doenças mais prevalentes e as respostas a seus anseios de saúde a programas.

Corroborando a idéia exposta sobre a incorporação de outros saberes à clínica,

Campos e Amaral (2007) afirmam que

“a clínica necessitará de recorrer a conhecimentos, já sistematizados em outras áreas, sobre o funcionamento do sujeito quando considerado para além de sua dimensão biológica. A prática clínica necessita de uma nova semiologia e de uma nova terapêutica; parte desses conhecimentos pode ser buscada na Saúde Coletiva, na Pedagogia, Psicologia, Antropologia, Ciências Sociais e Políticas e, até mesmo, em noções de Gestão e Planejamento” (Campos & Amaral, 2007: 853).

Campos e Amaral (2007) afirmam ainda que a clínica ampliada

“considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidades das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas” (Campos & Amaral, 2007: 852).

Dessa maneira, a **clínica** deveria ser entendida como *“densidade resultante, em grande medida, de sua capacidade de evitar e aliviar a dor física e o sofrimento, de controlar doenças e reabilitar pessoas” (Campos, 1991: 62-63)* – independente de quais sejam suas questões de saúde. Por esse olhar a clínica apresenta-se mais universal que o planejamento programático baseado na epidemiologia. Aqui estamos novamente falando em integralidade e acesso aos serviços de saúde.

Para concluir a crítica que faz ao planejamento programático, o autor afirma que:

“Imaginar um Sistema Nacional de Saúde assentado principalmente no Planejamento e em “diagnóstico” e “normas” oriundos da epidemiologia, mas que ignorem o sofrimento e a subjetividade seria construir um modelo burocrático, desumano, incapaz de captar as necessidades de saúde, mesmo dos setores dominados e, em geral, constrangidos a sofrerem agressões bem mais concretas dos que as aqui discutidas” (Campos, 1991: 70-71).

Portanto é notória a crítica às ações programáticas, no que se refere a recortes de necessidades devido à limitação de recursos e ainda à repressão da demanda espontânea em favor da demanda programada (Campos, 1991). A crítica às ações programáticas é uma crítica ao modelo de planejamento que pretende regular e prever tudo. É o antigo debate da oferta organizada X demanda espontânea. E aqui também alcançamos a noção de **acolhimento** como uma tecnologia capaz de captar essas necessidades individuais e subjetivas na tentativa de construir um modelo de atenção nelas baseado. No PDV o acolhimento teria o dever de reconhecer as demandas individuais, a demanda espontânea (sem desconsiderar a demanda organizada ou programada) com o intuito de *“captar reivindicações e desejos, expressão de milhões de pessoas que procuram conforto e ajuda” (Campos, 1991: 73)*, conferindo legitimidade a esta demanda aparentemente espontânea com o objetivo de elevar os padrões de consciência sanitária, garantindo a expressão das necessidades individuais. (Campos, 1991).

O acolhimento no PDV é um mecanismo de captação dessas vontades individuais, do reconhecimento de demandas outras que não estão necessariamente pré-definidas por modelos epidemiológicos. Esses mecanismos seriam capazes de captar as aspirações da sociedade por novos padrões de direitos sociais. Desse modo, de maneira

alguma o acolhimento tem o sentido de seqüestro dessas vontades, mas sim de reconhecimento das mesmas e da criação de espaços para que elas sejam expostas e possam, de alguma maneira, realizar mudanças nos serviços de saúde, nas maneiras de se olhar o outro e de criar conjuntamente soluções para a resolução de seus problemas. Assim sendo, *“o acesso individual da maioria de um povo ao diagnóstico e tratamento modificaria a história supostamente autônoma deste objeto coletivo”* (Campos, 1991: 69). Nesse sentido, o acolhimento pode ser entendido, no PDV, como um instrumento para a produção de saúde baseada nas necessidades dos indivíduos que intenta realizar mudanças nas práticas tendo em vista que representa um canal aberto para a escuta das necessidades dos indivíduos e comunidade com o objetivo de dar-lhes repostas.

Sobre essa relação implícita do PDV e acolhimento Merhy sugere que não nos recusemos a

“dispor de tudo que temos para defender a vida (...), construindo um outro proceder em saúde que se orienta pela construção de um vínculo efetivo entre o usuário e os trabalhadores na busca da garantia do acesso dos usuários às ações de saúde (...) necessidade de acolhimento humanizado dos usuários aos serviços...”(Merhy, 1997a: 124).

Finalizando, a noção de acolhimento no PDV vai ao encontro da crítica ao planejamento programático porque deveria idealmente desconstruir as idéias de prioridades e recortes, a idéia da agenda programada e do planejamento verticalizado no momento em que mexe com o processo de trabalho e prioriza a demanda espontânea em detrimento da oferta organizada de serviços donde surgem as mais variadas situações de saúde a serem trabalhadas pela equipe e que não necessariamente se enquadram em situações previstas. É o reconhecimento da complexidade das pessoas que traz a imprevisibilidade, a não estruturação. Assim, o rearranjo dos serviços de saúde deve

acontecer.

Os Programas de Humanização

Continuando a revisão proposta sobre o acolhimento, percebe-se então no final da década de 90 a proeminência de um debate em torno da humanização das práticas culminando com a criação de Programas voltados para o tema. Porém, apesar desse debate ser mais notório no final da década de 1990 e da orientação para a construção de uma política de âmbito nacional que tratasse do tema da humanização na saúde ter surgido apenas em 2003, essa não é uma discussão nova. Segundo Deslandes (2006), o tema humanização tem sido debatido desde os anos 50 nos Estados Unidos, ganhando mais ênfase nos anos 70, impulsionado provavelmente pela Declaração de Alma Ata, em 1978.

Benevides e Passos (2005) ressaltam que no Brasil “*a luta pela humanização das práticas de saúde já estava colocada na pauta do movimento feminista na década de 60, ganhando expressão no debate em torno da saúde da mulher*” (2005: 390). Não por acaso as primeiras propostas de humanização surgem no início dos anos 2000 a partir das experiências na área de materno-infantil, subsidiando a criação dos primeiros Programas e ações governamentais com esta ênfase, tais como: o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000) e a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000).

Paralelo ao debate da humanização e incorporando algumas de suas proposições, o Ministério da Saúde define no final dos anos 90 ações e Programas voltados para a gestão da qualidade, num contexto de crescente insatisfação com relação à qualidade da atenção nos serviços de saúde. Destacam-se a instauração do procedimento da Carta ao Usuário (1999), o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH

(1999), o Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999), o Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000), o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (2000) e o Programa de Acreditação Hospitalar (2001). Percebe-se até este momento a grande ênfase na atenção hospitalar e o foco na questão gerencial.

Dentre os Programas apresentados, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar - PNHAH – é o que traz de forma mais incisiva o debate proposto pela humanização, indicando a necessidade de se promover uma mudança na organização dos serviços e do próprio trabalho em saúde.

Assim, a criação do PNHAH segundo o MS ocorreu com a intenção de

“buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuário, entre os próprios profissionais de saúde e entre o hospital e a comunidade, de modo a garantir o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS” (Brasil, MS, 2002: 07).

O Programa tinha como objetivos *“possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS” (Brasil, 2002: 9).*

A criação de programas por parte do Ministério da Saúde relacionados à humanização, ou seja, a entrada da humanização como tema na agenda e a formulação de ações com este fim ocorreu, em grande medida, para dar conta de uma crescente insatisfação com relação aos serviços de saúde, principalmente no que se refere à questão da qualidade destes serviços.

Essa preocupação do PNHAH com a qualidade dos serviços pode ser percebida na descrição de um de seus objetivos específicos: *“Melhorar a qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS”*

(2002: 9).

De acordo com Almeida (2005),

“o trabalho desenvolvido durante muitos anos em instituições de saúde pública sempre nos trouxe um grande incômodo, assim como várias inquietações em relação ao modelo assistencial vigente. Inúmeras situações vivenciadas tanto pelos usuários e seus familiares, como pelos profissionais de saúde colocam em questão, pelo menos para nós, a forma como esse modelo se organiza e que, apesar das inúmeras, persistentes e antigas queixas, se mantém.

“Essas queixas têm sido utilizadas pelo Ministério da saúde como justificativa para a implantação de diversos programas e ações apresentados sob a rubrica de “Humanização da Assistência”” (2005: 1-2)

Almeida ao descrever sobre as propostas relacionadas à humanização em sua tese de doutorado as descreve como propostas que

“apontam para a emergência do problema da “qualidade da assistência” na agenda política, atendendo a pressões de ordem política, econômica e social. Essas propostas vão desde ações técnicas e normativas até a reorganização física dos estabelecimentos através de obras e/ou fornecimento de equipamentos e alta tecnologia, passando pela ênfase na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e os usuários, assim como os aspectos subjetivos envolvidos nesta relação.
”(2005: 10)

Prestando maior atenção no trecho acima destacamos a colocação da autora quando afirma que essas propostas eram compostas de ações técnicas e normativas.

Porém, conseguimos entender que mesmo de uma forma normativa e verticalizada havia outras preocupações no PNHAH para além da qualidade pura e simples. Permeando o programa existe uma discussão sobre as práticas em saúde, ainda que muito imatura, dando elementos para o desenvolvimento de uma prática de acolhimento. Dessa maneira, humanizar a assistência hospitalar para o PNHAH é: *“dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo”* (2002: 14). É nesse trecho que reconhecemos a idéia de acolhimento. A prática do acolhimento é citada como um dos três grandes parâmetros para a humanização da assistência hospitalar: 1) Acolhimento e atendimento aos usuários; 2) Trabalho dos profissionais e 3) Lógicas de gestão e gerência. Apesar desses parâmetros não há um conceito sobre acolhimento dentro do programa, mas pelo seu teor entendemos que acolhimento aqui recebe um sentido de abrir um canal de diálogo para captar as insatisfações das pessoas, sejam elas usuários ou trabalhadores. Mas não percebemos a lógica de como essa captação busca promover mudanças reais no modelo assistencial. De como essa captação intenta provocar nas pessoas a cidadania e a responsabilização pela saúde do outro, pela assistência prestada e mesmo pelo próprio serviço de saúde. Por outro lado, as outras duas dimensões – do trabalho e da gestão - são mais fortemente trabalhadas pelo PNHAH e de uma forma bastante normativa, através da proposição de ações passo a passo para a implantação de uma assistência humanizada nos serviços hospitalares, como podemos perceber nas propostas do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH).

Segundo o PNHAH os GTH são espaços participativos e democráticos que procuram institucionalizar uma política de resgate da humanização dos serviços de saúde (Brasil, 2002). Em tese o GTH tem o objetivo de promover democraticamente o programa de humanização hospitalar; porém, como já dito anteriormente, o programa apesar de apresentar forte apelo pelo discurso democrático não estimula essa

democracia e autonomia dos profissionais de saúde na criação de seus programas de humanização como podemos verificar ao analisarmos os “*cinco passos para o desenvolvimento de um processo de humanização dos serviços de saúde*”: 1) sensibilizar a gestão hospitalar; 2) constituir GTH; 3) fazer um diagnóstico da situação hospitalar em termos de serviço humanizado; 4) elaboração e implantação do plano operacional de ação de humanização; e 5) avaliação dos resultados da implantação do processo de humanização (Brasil, 2002).

Outra análise que devemos realizar é o fato de o PNHAH ser um *Programa*. Quando falamos em Programas pensamos em situações finitas. Algo que pode estar vigente num momento e acabar no outro. Não é uma diretriz, uma orientação, uma incorporação, algo que deve entrar no cotidiano das práticas para ficar e realizar mudanças. De modo contrário, e já adiantando um pouco sobre a Política Nacional de Humanização, há um esforço de firmá-la como Política, exacerbando a característica de ser permanente e universal contrapondo à idéia restritiva e efêmera de Programa.

Outra questão que deve ser observada é o foco hospitalar dos programas de humanização (notadamente o PNHAH). Nota-se aqui uma restrição, um recorte. Como se apenas a assistência hospitalar merecesse ser humanizada e prestar atenção de qualidade aos usuários. Como se em 2001 a atenção básica já não estivesse num processo de fortalecimento e num caminho de se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, sendo o ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde.

Como se não bastasse esse recorte da atenção hospitalar, dentro dele mesmo os programas voltados para a humanização da assistência sofrem outro recorte. Agora falando das propostas de humanização de serviços intimamente relacionados à saúde da mulher e da criança. E porque não dizer de um terceiro recorte quando restringimos as ações de humanização a certas categorias profissionais como os psicólogos ou

assistentes sociais?

O resultado de todo esse movimento em favor da humanização foi a construção, ao longo do tempo, de propostas isoladas umas das outras que culminaram em um corpo de ações e propostas fragmentadas, concentradas na área hospitalar, segmentado por áreas (principalmente saúde da mulher e criança), relacionadas a certas categorias profissionais como o psicólogo e assistente social e intimamente ligadas à questão do mercado sob a ótica da qualidade total nos serviços de saúde (Benevides e Passos, 2005).

Apesar das críticas, não podemos pensar, entretanto, que os Programas de Humanização não tenham tido nenhum efeito positivo. Muito pelo contrário, os Programas levaram a uma abertura maior para o debate, incluiu novos atores e novas interpretações e fortaleceu também a vertente de construção de uma política maior de humanização. A possibilidade de criação em 2004 da PNH surgiu do debate sobre as práticas em saúde e a qualidade dos serviços que já estava em curso.

Bom, vimos que o Programa Nacional de Humanização surge no final dos anos 90 com uma preocupação com a qualidade, porém com um viés de atuação vertical e totalmente restrito à atenção hospitalar. O Projeto em Defesa da Vida surge no início e meados dos anos 90 e tem fundamentos claros de crítica ao planejamento normativo, à verticalização das políticas e busca de maior participação social. A PNH, ao que parece, bebe das duas experiências, mas já num outro contexto político e social. As reflexões que se seguem sobre a PNH virão permeadas de conexões e paralelos com o PDV e PNHAH.

A Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização entra em cena num contexto onde a saúde

no Brasil havia avançado em muitos pontos, impulsionado principalmente pelo movimento de reforma e criação do SUS, mas ainda mantendo práticas e valores já estabelecidos.

A iniciativa de criação e implantação da PNH por parte do MS surgiu a partir da percepção do caráter fragmentário das ações e Programas de humanização e da persistência de problemas de ordens diversas na atenção, principalmente no que tange à dificuldade dos profissionais em responder a questões de ordem não-biológica e a forma como as relações de trabalho vinham se desenvolvendo, questões que refletiam diretamente na qualidade da assistência, como se pode observar no texto a seguir:

“Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado. (...) É por isso que propomos uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde” (Brasil, MS, 2004: 5-6).

Ainda são citados como problemas importantes para o setor saúde questões como o processo de gestão baseado na

“relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde” (Brasil, MS, 2004: 5).

Também se configura como problema o modelo de formação de profissionais distante do debate e da formação de políticas públicas de saúde e o modo como vinha sendo exercido o controle social.

A preocupação com a resolução desses problemas e conseqüentemente com a questão da qualidade apresenta-se no Relatório de construção da PNH (2004): “*a atenção humanizada e de qualidade é um dos compromissos do governo*”; “*a Qualificação e a Humanização devem ser entendidas como políticas públicas permanentes*” (Brasil, MS, 2004: 5-7).

A PNH insere-se nesse contexto numa preocupação precípua com a questão da melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Nesse sentido, humanizar para a PNH significa “*ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais*” (Brasil, MS, 2004: 6). Não podemos deixar de fazer conexão com o PNHAH que tem a mesma preocupação com a questão da qualidade.

É curioso notar como nos anos 90 os dois movimentos – Humanização e Qualidade – ganham força. Para alcançar, porém esta qualidade nos serviços de saúde, a PNH apresenta um discurso muito ingênuo de mobilização dos sujeitos, como podemos verificar no trecho abaixo:

“Assim, tomamos a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste processo” (Brasil, MS, 2004: 8).

Nesse trecho do documento assume-se como pressuposto de que os sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar sua realidade. Contudo, essa aposta

pode ser considerada ingênua, já que a transformação de práticas e de concepções de saúde, tanto por parte dos profissionais como dos usuários, depende também de um conjunto de outras ações, políticas, institucionais e organizacionais.

Como exercício de reflexão e fazendo um paralelo agora não mais com o PNHAH, mas com o PDV é importante notar a crítica que incide sobre as ações programáticas neste projeto e a necessidade de afirmar a PNH não como “*um programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.*” (Brasil, 2004: 6)

É por isso que, de certa forma, podemos entender que a Política Nacional de Humanização representa uma inflexão, um marco na forma de construção de políticas observável no momento em que contrapomos a fragmentação dos programas e ações propostos anteriormente pelo MS, que não conversavam entre si, com o caráter transversal e integrador da Política. Ao mesmo tempo essa idéia nos causa estranhamento, pois a PNH nada mais é do que a reunião de experiências locais (o SUS que dá certo) e desses programas pré-existentes - obviamente numa abrangência do campo de ação – e ficamos pensando qual seria a liga utilizada para integrar essas experiências de forma que o trabalho final não ficasse visível ou até mesmo grosseiro, como colar partes de uma porcelana quebrada.

Ainda traçando paralelos entre as três proposições teóricas estudadas neste capítulo, pensamos que, para além dessa divergência do normativo entre o PNHAH e o PDV, o que a PNH incorporou foi a *tentativa* de não normatizar. Porém, situação também para se pensar é como uma política que preza pelo desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e pela co-gestão reúne *experiências locais* (e, portanto singulares, específicas para aquela comunidade local, com aquelas formas características de relação e modos de andar a vida....) em uma *Política Nacional*.

A Humanização/Política Nacional de Humanização é definida pelo Ministério da

Saúde, em seu glossário presente no Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, como:

“No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão” (Brasil, MS, 2006a: 43-4).

O Ministério da Saúde demonstra, através de seus textos oficiais sobre a PNH que a intenção, a aposta da PNH é de provocar um debate, um repensar sobre as formas de produção de saúde através da interferência na cultura da atenção à saúde prestada aos usuários. Essa intenção é claramente notada quando lançamos um olhar sobre algumas frases elaboradas e descritas nesses documentos e pode ser dividida em três eixos básicos de apostas:

1) A PNH como Política Transversal:

“Mas queremos também que sua afirmação como política transversal garanta este caráter questionador das verticalidades, pelas quais estamos, na saúde, sempre em risco de nos ver capturados”; (Brasil, MS, 2004: 7).

“Como tal, o SUS deve ser contagiado por esta atitude humanizadora, e, para isso, todas as demais políticas deverão se articular por meio desse eixo.” (Brasil, MS,

2004: 8).

2) A PNH como uma Política que redireciona os processos de trabalho:

“aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho”. (Brasil, MS, 2004: 7).

3) A PNH como estratégia de transformação do modelo de atenção:

“Assim, tomamos a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste processo” (Brasil, MS, 2004: 8).

Essa última é uma das apostas da política mais caras para este estudo e sobre a qual nos debruçaremos de forma mais intensa.

Torna-se clara a aposta mais alta da PNH: a mudança, ou melhor, a interferência no modelo de atenção em saúde, através de um contágio da atitude humanizadora, da mobilização dos sujeitos sociais, do investimento na interação entre atores profissionais e atores usuários do sistema de saúde, possibilitado pela transversalidade de suas ações nas demais políticas de saúde. Assim,

“A Política Nacional de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços” (Santos-Filho, 2007: 1000).

Na PNH, ao contrário da PNHAH podemos notar claramente a intenção de interferência no modelo assistencial. Essa mudança de modelo viria principalmente através da adoção de diretrizes como a Gestão Compartilhada (usuários e trabalhadores de saúde), o Acolhimento (através da oportunização da discussão entre trabalhadores sobre seus papéis enquanto membros da equipe, horizontalização das relações profissionais; através da troca que o acolhimento proporciona entre usuários e profissionais e entre profissionais), e outras como a ambiência e equipes matriciais. As principais estratégias utilizadas pela PNH no sentido de realizar mudança de modelo estão presentes no PDV como já explorado anteriormente. Porém é na PNH que se expõe claramente a idéia e conceito do acolhimento.

A Política Nacional de Humanização vê no acolhimento a possibilidade de interferência nos processos de trabalho e de mudanças no trabalho da atenção e da produção de saúde (Brasil, 2006b).

Ainda traçando paralelos, uma das preocupações da PNH e idealmente do acolhimento é a dificuldade dos serviços de saúde em lidarem com as demandas mais subjetivas dos usuários indicada como um fragilizado *“preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção”* (Brasil, 2004: 5). A mesma preocupação ocorre no PDV como podemos notar no trecho a seguir:

“Um dos objetivos deste meu artigo é iniciar uma discussão sobre a conveniência se o Planejamento e a Gestão democrática incorporarem também aspectos originários dos tradicionais mecanismos de expressão de vontades subjetivas (...). Assim, entendo que vale o esforço de garimpar fundo a procura de elementos que nos tenham impedido de valorizar a subjetividade dos cidadãos e, em decorrência, estariam impedindo a consolidação de propostas de cunha socialista ou mesmo de caráter público” (Campos, 1991: 74).

Por trás dessa preocupação com a dificuldade de trabalhar questões subjetivas novamente há uma crítica ao planejamento normativo e sua incapacidade de olhar os sujeitos.

Como já dito, na PNH também há essa preocupação com a incorporação das subjetividades:

“Um processo de gestão com tais características é acompanhado de modos de atenção baseados – grande parte das vezes – na relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde” (Brasil, 2004: 5).

Na gestão, a PNH busca trazer de volta para o cenário político os profissionais de saúde: forças interessadas no desenvolvimento da Reforma – gestão compartilhada e também por funcionar como ideário motor. Esse ideário motor já estaria perdido e forças políticas já haviam afastado atores importantes da arena de discussões sobre saúde, fato exposto no PDV:

“Assim, quando o Poder Executivo, com o apoio explícito ou velado de setores do Movimento Sanitário, dificulta a participação popular, promove o afastamento de trabalhadores e dos profissionais de saúde da gestão do sistema, está, de fato, inviabilizando qualquer projeto de reforma sanitária, uma vez que este “vazio” político tenderia a ser imediatamente preenchido por forças que defendem a manutenção do status quo sanitário, advogando a privatização dos serviços de saúde e propondo um papel bastante restrito para a Saúde Pública e para o Sistema Único” (Campos, 1991: 101).

Entendemos que a PNH tenta retomar essa questão e arrebanhar novamente esses atores perdidos de volta para o círculo de discussões e da luta em defesa da vida ou humanização dos serviços de saúde e a concretização do SUS.

Corroborando com a idéia anterior, uma das apostas da PNH é *“investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos, que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando o seu protagonismo.”* (BRASIL, 2004: 8). Essa é uma aposta na qual identificamos elementos que giram em torno da proposta do acolhimento. Assim, para a PNH

“Nas Unidades Básicas o acolhimento, além de entendido enquanto processo que permeia toda a abordagem do usuário/comunidade, também é um espaço específico onde se realiza a primeira escuta, e é identificada a necessidade do usuário, assim como classificado o risco, por um profissional de saúde que o orientará e direcionará ao local mais adequado para resolução do seu problema, na própria unidade ou externamente, com garantia de atendimento” (Brasil, MS, 2006b: 22-23 – grifo nosso).

Quando pensamos na garantia do atendimento estamos falando em comprometimento e responsabilização; aqui estamos falando em defender a vida. Porém é importante percebermos que o acolhimento enquanto dispositivo da PNH formalizado no *“Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco”*⁵ possui o mesmo viés de humanização voltado para a assistência hospitalar reconhecido no PNHAH.

Nesse dispositivo,

“O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que

⁵ O MS a partir da PNH em 2004 publica uma série de Textos Básicos de Saúde relacionados à Humanização que se configuram nos dispositivos e diretrizes da PNH. Dentre eles podemos citar: Acolhimento com avaliação e classificação de risco (2004a), Ambiência (2006), Acolhimento nas Práticas de Produção em Saúde (2006b), Grupo de Trabalho de Humanização(2008), dentre outros.

pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da 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 for o caso, 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” (Brasil, MS, 2004a: 5).

*“A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, **sob a óptica de protocolo pré-estabelecido**, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada” (Brasil, MS, 2004a: 16 - grifo nosso).*

Apesar de na atenção básica também priorizarmos os atendimentos baseados numa certa lógica de classificação, essa lógica não se baseia exclusivamente em questões biológicas. Além disso, em tese a atenção básica não deve ser responsável pelo atendimento de urgências, ficando esse atendimento à cargo das unidades de pronto-socorro ou hospitais. Ainda assim deve-se considerar que podem surgir urgências demandando respostas efetivas da equipe, e a garantia do atendimento. Por estas razões, é preciso refletir que o sentido da proposta de *Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco* não se aplica para Atenção básica na grande maioria dos casos. Partindo do princípio que acolher é escutar a demanda do usuário e nos compromissar

resolvê-la, devemos entender que existirão demandas de todos os tipos. O que questionamos aqui é a capacidade de um protocolo *pré-estabelecido* dar conta do imprevisível. Como um protocolo pré-estabelecido para demandas majoritariamente biológicas pode dar conta da complexidade da necessidade de saúde de uma pessoa? Estaríamos sendo integrais? Não estaríamos aqui fazendo um retrocesso?

De qualquer maneira, a noção de Acolhimento impressa pela PNH não se restringe à classificação de risco. Podemos perceber isso quando, em outra publicação do Ministério da Saúde - *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde* –, a noção de acolhimento se aproxima mais da noção impressa pelo PDV. Assim, para a PNH, o acolhimento deve ser entendido no campo da saúde:

“ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços” (Brasil, MS, 2006 b: 18).

Diferentemente do PNHAH não há um passo-a-passo para a implementação do acolhimento na PNH. Analisamos esse fato de forma positiva e negativa simultaneamente. Positiva porque não se deve normatizar o acolhimento e sim fomentar uma discussão acerca do tema que incentive as equipes a incorporá-lo como postura em suas práticas diárias. Negativa porque como a discussão fica muito ampla e pouco definida sobre como praticar o acolhimento, essa prática pode se manifestar de várias maneiras, inclusive de formas não desejadas e que não refletem o verdadeiro objetivo do acolhimento, de acordo com a resignificação atribuída pelos profissionais de saúde.

Percebemos ao longo do capítulo diferentes concepções teóricas sobre o acolhimento dentro das propostas estudadas. Algumas carregam em si semelhanças e inflexões das outras. Essa miscelânea de conceitos sobre um único objeto pode refletir

na prática do acolhimento gerando conseqüências não necessariamente previstas pelas próprias teorias. Na prática, como o acolhimento tem sido praticado? Tem conseguido interferir no processo de trabalho e cuidado em saúde? Se isso tem acontecido, de que maneira essa interferência tem se dado? São estas questões que pretendemos aprofundar na construção do relato de experiência que apresentaremos neste trabalho, mas antes faremos uma discussão em torno do conceito de acolhimento e as filiações teóricas que norteiam nossa visão.

O acolhimento: conceitos, significados e origens

“O Acolhimento associa o discurso da inclusão social, da defesa do SUS, a um arsenal tecnicamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de Saúde, a partir do processo de trabalho, até a reconstrução de um processo de mudanças estruturais da forma de gestão da Unidade, permitindo a ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisão, por ampliar os espaços de escuta, de trocas e decisões coletivas” (Malta et al, 1998: 138).

No dicionário Aurélio da Língua Portuguesa podemos encontrar o significado de acolhimento como *“ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”*.

Acolher no dicionário eletrônico Houaiss significa *“oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico; abrigar-se, amparar-se. Dar ou receber hospitalidade; hospedar (-se), alojar (-se). Prestar cerimônia a; recepcionar. Receber, admitir, aceitar. Dar crédito a, levar em consideração; atender”*.

Segundo Gomes e Pinheiro (2005) essas palavras que buscam um significado para o acolhimento podem ser transpostas para o campo da saúde e são atributos da

atenção integral.

O MS entende o acolhimento como *“ato ou efeito de acolher que expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.”*(Brasil, 2006b: 6). O acolhimento é firmado como diretriz de *“maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização”* (Brasil, 2006b).

“A idéia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS. Tal experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos” (Brasil, 2006b: 13).

Podemos citar várias experiências de acolhimento retratadas na literatura acadêmica e muitas delas datam de antes de 2004, ou seja, antes do lançamento oficial da Política Nacional de Humanização: Belo Horizonte/MG: 1994; Betim/MG: 1996; Vitória da Conquista/BA: 1997; Campinas/SP: 2001; Chapecó/SC: 2002; Porto Alegre/RS: 2003; Ipatinga/MG: 1992. (Bueno, 2008; Merhy, 1997a).

Na Política Nacional de Humanização, o acolhimento, como prática já existente nos serviços de saúde, foi incorporado como diretriz, dispositivo e ferramenta tecnológica. Segundo o Ministério da Saúde, no âmbito da PNH, dispositivo pode ser conceituado como

“um arranjo de elementos, que podem ser concretos (ex. uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual de instruções) e/ou imateriais (ex. conceitos, valores, atitudes) mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão: 1) Acolhimento com Classificação de Risco; 2) Equipes de Referência e de Apoio Matricial; 3) Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; 4) Projetos de

Construção Coletiva da Ambiência; 5) Colegiados de Gestão; 6) Contratos de Gestão; 7) Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação; 8) Projeto “Acolhendo os Familiares/Rede Social Participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e Envolvimento no Projeto Terapêutico; 9) Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa; 10) Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde; 11 Grupo de Trabalho de Humanização.” (Brasil, 2006a: 39- 40)

Assim, o acolhimento também se configura como dispositivo na figura do “*Acolhimento com classificação de risco*”. Porém se entendemos dispositivo como algo que dispara outros processos e o MS tem no acolhimento uma aposta de que possa disparar mudanças nos processos de trabalho e conseqüentemente no modelo tecno-assistencial, devemos entender que em seu sentido mais amplo o acolhimento se constitui como dispositivo na PNH e não somente baseado na classificação de risco, como pudemos ver na citação anterior.

Acredito que toda essa confusão de classificação e conceitos do acolhimento na PNH possa gerar implicações na construção das práticas do acolhimento nos serviços de saúde. São conceitos muito amplos e que podem gerar interpretações infinitas por parte dos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, entendemos que a proposta de acolhimento não pode ser imposta ou dada como receita pronta, pois deve partir de projetos coletivos e adaptados a cada realidade local.

Outro ponto que devemos explorar sobre os sentidos do acolhimento enquanto prática é a idéia de que este se restringe à porta de entrada, bem como a sua diferenciação com o termo triagem. O Ministério da Saúde afirma que

“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*
“(Brasil, 2006b: 13).

O próprio Ministério da Saúde desmistifica a idéia que relaciona acolhimento exclusivamente à porta de entrada quando nos fala que

“É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea” tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como uma passagem para o acolhimento nas práticas de produção de saúde” (Brasil, 2006b: 16).

Assim, o acolhimento não é apenas uma forma de organizar a porta de entrada nos serviços de saúde, mas também isso. O acolhimento, como boa prática de saúde, deve estar presente em todos os momentos da relação trabalhador de saúde/usuário e trabalhador de saúde/trabalhador de saúde, preenchendo todos os espaços do serviço.

Há sempre uma idéia relacionando acolhimento à triagem. É importante afirmar que acolhimento e triagem representam duas práticas distintas em tese. O que não impede que a triagem aconteça sob o nome de acolhimento. Este último pode até conter uma parte destinada à triagem, quando se faz o julgamento técnico sobre a demanda apresentada pelo usuário, representando um momento de decisão técnica, uma etapa do

processo de acolhimento. Porém, quando se faz acolhimento, se parte do pressuposto que no cardápio utilizado para a resolução dessa demanda não contém o item “não há mais vagas”. Portanto, em tese, não há exclusão. Enquanto o termo triagem pressupõe exclusão.

Sobre essa discussão, o MS (2006b), afirma que

“o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou local específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos 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” (Brasil, 2006b: 19),

Franco e Panizzi (2004) identificam a ação da triagem como barreira de acesso aos serviços de saúde quando nos falam que o *“Acolhimento significa que a porta da Unidade de Saúde deve ser alterada, para assimilar a ruptura de todo aparato que significa dificuldade de acesso aos usuários, tais como o cartaz definindo o número de consultas disponíveis, fichas e triagem” (Franco e Panizzi, 2004: 83-4)*. Assim, definimos que acolhimento, em tese, não é igual à triagem.

Entendo que acolhimento, enquanto boa prática deve servir aos princípios da integralidade e universalidade, deve gerar vínculo e resolubilidade dos problemas de saúde da população e deve ser gerador de interferências no modelo assistencial.

Malta *et al* (1998) ao relatarem a experiência de implantação de projetos de Humanização em Belo Horizonte /MG, nos contam que a primeira fase desse processo passava por identificar as causas da não-universalização do acesso e que essas causas sempre passavam por serviços de saúde que se organizavam adotando práticas

desumanizadoras e não acolhedoras.

Segundo Carvalho e Campos (2000), o acolhimento é um arranjo tecnológico que procura garantir o acesso através da escuta dos usuários buscando resolver os problemas mais simples e garantir os encaminhamentos necessários.

Também Bueno (2008) afirma que *“são comuns as iniciativas de acolhimento nas portas de entrada, com o objetivo de reorganizá-las para a ampliação e a qualificação do acesso, o que contribui para a redução das filas de espera”* (Bueno, 2008: 34).

Devemos ponderar que a ampliação do acesso não basta; os serviços de saúde devem procurar soluções efetivas para os problemas de saúde que se propõe a escutar. Merhy (1997a) afirma que

“O usuário, qualquer que ele seja, espera que a relação trabalhador de saúde-usuário seja capaz de gerar um acolhimento, que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, o seu problemas. Há uma grande expectativa de que o trabalhador, individual ou coletivamente, possa responder resolutivamente ao seu problema. Espera que o conjunto de ações de saúde ao qual se dispõe a se submeter lhe traga benefícios, i.é, consiga alterar seu quadro problemático. Enfim, a sua grande expectativa é que as ações de saúde sejam efetivas e o satisfaçam” (Merhy, 1997a: 120).

Acreditamos que essa satisfação do usuário não é alcançada se o profissional de saúde, ao tentar responder ao problema do usuário, não praticar o princípio da integralidade. Gomes e Pinheiro (2005) identificam a *“integralidade como modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança* (2005: 290).

Mattos (2006) ao refletir sobre o tema afirma que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, mas sim uma “bandeira de luta”. Acreditamos que o acolhimento pode facilitar o caminho para o alcance da integralidade nas práticas de saúde no momento em que provoca o contato do profissional de saúde com problemas de ordens diversas e os ajuda a enxergar os indivíduos com outras lentes.

Ainda para Mattos (2006) a integralidade reúne três conjuntos de sentidos importantes: a integralidade como traço da boa medicina; a integralidade como modo de organizar as práticas e, finalmente, a integralidade como respostas políticas a problemas específicos de grupos populacionais.

Ao refletir sobre a integralidade como prática da boa medicina Mattos (2006) traz à tona a discussão sobre a forma reducionista com que a prática médica trata os problemas de saúde, ressaltando *“as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais”* (2006: 45).

Assim, concordamos com o autor quando nos fala que *“cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram”* (Mattos, 2006: 48). Acreditamos que o acolhimento tem potencialidade para defender a integralidade como valor nas práticas de saúde.

Além da integralidade, outro ponto importante na discussão do acolhimento é o vínculo. As potencialidades do acolhimento para geração de vínculos e a consolidação dos princípios do SUS são consideráveis. Segundo Gomes e Pinheiro (2005)

“vêm sendo identificados avanços importantes na reorganização de serviços que apontam o acolhimento e o vínculo como diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS - em particular a integralidade,

universalização e equidade em saúde” (2005: 289).

Sobre o tema, Merhy (1997a), afirma que

“criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal” (1997a: 138).

A criação de vínculos gera responsabilização. Um serviço de saúde que tenha como base de trabalho a criação de vínculos com sua comunidade e conseqüentemente a responsabilização por suas demandas de saúde é um serviço comprometido em defender a vida. Os trabalhadores de saúde comprometidos e responsabilizados por esses problemas se verão induzidos a procurar formas de resolução desses problemas, garantindo a satisfação do usuário, mesmo que isso signifique traçar linhas de fuga das normas instituídas nos serviço.

São nessas linhas de fuga que os trabalhadores de saúde podem encontrar caminhos outros de fazer assistência que não os velhos conhecidos. Merhy (2007) ao falar sobre o tema aposta

“na possibilidade de se constituir tecnologias da ação do trabalho vivo em ato e mesmo de gestão deste trabalho que provoquem ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, que possam implicar a busca de processos que focalizem o sentido da “captura” sofrido pelo trabalho vivo e o exponham as possibilidades de “quebras” em relação aos processos institucionais que o operam cotidianamente” (Merhy, 2007a: 101).

O acolhimento deve ser considerado como uma dessas tecnologias de ação do

trabalho vivo que conseguem fazer interferência nos processos de trabalho. Malta *et al* (1998) ao falarem sobre a implantação do processo de acolhimento em Belo Horizonte/MG e como ele pode trazer mudanças no processo de trabalho afirmam que

“Os resultados desse processo foram interferindo no cotidiano das unidades e, uma a uma, as unidades foram repensando o seu processo de trabalho e propondo ações compartilhadas entre os trabalhadores.” (Malta et al, 1998: 133-34).

Concluindo, concordamos com o conceito de acolhimento de Malta *et al* (1998), ao afirmarem que

“o acolhimento consiste na mudança do processo de trabalho em Saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de Saúde, restabelecendo no cotidiano o princípio da universalidade, assumindo nos serviços de saúde uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre profissionais e população; reorganizar o processo de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário” (Malta et al, 1998: 128).

Assim, o acolhimento que vamos considerar neste estudo, à parte da discussão sobre dispositivos e diretrizes, portas de entrada e triagem é o acolhimento com potencialidades para gerar vínculo, acesso e cidadania, sustentar o princípio da integralidade nas práticas de saúde, provocar mudanças nos processos de trabalho e, conseqüentemente ter o poder de interferência no modelo assistencial.

CAPÍTULO 2 - Acolhimento, processo de trabalho, modelo assistencial e suas conexões

“O processo de trabalho é uma atividade orientada a um fim útil para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal entre homem e natureza, condição natural eterna da vida humana” (Marx, 1996: 303).

Segundo Merhy (2007a), as discussões sobre processos de trabalho, as formas como se gerenciam e se estruturam esses processos, têm sido frequentes entre os militantes na defesa do SUS, por representarem um dos grandes nós críticos no que se refere à mudança da direção do modelo tecno-assistencial.

Entendemos que a mudança dessa direção deve se realizar por dentro dos serviços de saúde, de forma micropolítica, através da mudança dos processos de trabalho iniciada pelos próprios trabalhadores de saúde. Nossa tese é de que o acolhimento, enquanto dispositivo, possa disparar essa mudança.

Para Merhy (1997b), o processo de trabalho constitui o campo das micropolíticas e como tal representa um palco de disputas de forças que acontecem entre os sujeitos. O autor, ao pensar sobre o mundo do trabalho, nos traz os conceitos de trabalho vivo e trabalho morto. É caracterizado como trabalho morto o produto de um trabalho vivo anterior que agora é incorporado a outro trabalho, como uma “cristalização”. O trabalho morto é representado pelo produto meio. Já o trabalho vivo, é aquele produzido em ato, aquele que está em ação. O autor chama a atenção para o risco de captura do

“trabalho vivo em ato, de tal modo que ele pode não conseguir exercer nenhuma ação de forma autônoma, ficando, assim, completamente amarrado pela lógica do trabalho morto

expresso por algumas das dimensões tecnológicas” (Merhy, 1997b: 84-85).

No trabalho em saúde, na produção do cuidado, essas dimensões tecnológicas citadas pelo autor devem coexistir de forma equilibrada. Segundo Merhy podemos afirmar que o processo de trabalho comporta três dimensões tecnológicas: as tecnologias leves, leve-duras e duras. Tecnologias duras são representadas pelas máquinas, a personificação das forças instituídas pelas quais o trabalho criador, o trabalho “vivo em ato” está sempre em risco de se ver capturado. Tecnologias leve-duras representadas pelos saberes estruturados, ou seja, o modo como o trabalho será produzido e como são produzidas as necessidades desse trabalho. E, finalmente, as tecnologias leves representadas pelo trabalho “vivo em ato” caracterizado em linhas gerais pelas tecnologias relacionais. (Merhy, 1997b).

Também segundo Ribeiro *et al* ressaltam a especificidade do trabalho em saúde:

“Um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade” (Ribeiro et al, 2004: 440).

O trabalho em saúde possui peculiaridades e apresenta-se extremamente complexo. O produto do trabalho em saúde é consumido imediatamente após sua produção. A forma como são sentidas as necessidades de saúde e são produzidas ações relacionam-se diretamente com processos subjetivos que envolvem as partes presentes naquele momento de encontro – trabalhador e usuário. Para Sá (2005) a especificidade do trabalho em saúde está em

“Sua característica relacional/intersubjetiva e de intervenção única de um sujeito sobre o outro, em suas experiências vivenciadas, portanto singulares, de vida, prazer, dor, sofrimento e morte” (Sá, 2005: 48).

Merhy (2007a) ao comparar o processo produtivo capitalista e o processo produtivo em saúde deixa clara a complexidade e especificidade do processo produtivo em saúde devido à

“sua natureza muito menos estruturada e do fato de que, no interior dessas práticas, está-se permanentemente diante da constituição de um espaço interseção trabalhador-usuário, como o lugar que dá factibilidade ao trabalho vivo em ato e ao jogo de necessidades, que como vimos define-se no interior de um processo quase-estruturado” (Merhy, 2007a: 95).

Assim, podemos afirmar que o trabalho em saúde é essencialmente relacional, se dá no encontro produzido entre trabalhador de saúde e usuário. Nesse ponto as tecnologias leves têm papel fundamental na produção das ações de saúde.

Porém, o sistema de saúde brasileiro, apesar de todos os avanços que podemos apontar ao longo dos anos, tem encontrado dificuldades em encontrar o caminho do uso das tecnologias relacionais.

Feuerwerker (2005), afirma que *“existe o reconhecimento de que a mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecno-assistencial são campos em que o SUS ainda não foi capaz de produzir avanços significativos” (Feuerwerker, 2005: 493).*

Bueno (2008) nos fala que as equipes de saúde tem encontrado dificuldades em modificar suas práticas, reproduzindo *“ações de baixa qualidade, fragmentadas, enfim, ainda presas ao modelo hegemônico” (Bueno, 2008: 25).*

Assim, o que precisa ser modificado é o modelo de organização do processo, as ações dos trabalhadores de saúde dentro de uma certa lógica de trabalho em unir o trabalho vivo e o trabalho morto, ou seja, o trabalho em si – vivo em ato e o saber tecnológico – e as ferramentas. Em outras palavras a forma como se dará a interseção entre tecnologias leves, leve-duras e duras dentro do próprio espaço de interseção entre trabalhador e usuário. Dessa maneira é possível interferir na mudança de direção do modelo assistencial.

Para Camargo Jr. (2005), as características do modelo biomédico guiadas pela racionalidade médica estão assentadas em três proposições:

- *“dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais: caráter generalizante;*
- *os modelos aludidos acima tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o “Universo” a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos: caráter mecanicista;*
- *a abordagem teórica e experimental adotada para elucidação das “leis gerais” do funcionamento da “máquina universal” pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes: caráter analítico;”(Camargo Jr, 2005: 178-79)*

Entendemos que as características generalizantes, mecanicistas e analíticas desse modelo hegemônico ferem respectivamente os princípios da equidade, humanização e integralidade. Corroborando Merhy acredita que

“As características essenciais deste modelo, liberal-

privativista (Campos, G.W. et als, 1989), marcam tanto as instituições públicas como as privadas, tanto a medicina quanto a saúde pública. Nele, o usuário - individual e/ou coletivo – deve se tornar um mero objeto depositário de problemas de saúde que só poderão ser reconhecidos pelos saberes que o modelo legitimar, sejam eles vindos da clínica ou da epidemiologia – e, o chamado universo das necessidades de saúde tornam-se uma propriedade exclusiva de alguns trabalhadores de saúde, de acordo com a concepção médico hegemônica. O que define não só uma determinada forma de enquadrar o que são e o que não são necessidades, mas também uma determinada maneira de abordá-los, de tratá-los, de procurar solucioná-los (Merhy, 1997a: 118)”.

Dessa forma, não devemos nos deixar cair no erro de considerar o modelo de atenção soberano e imutável, mandante sobre todas as coisas. São práticas repetidas que o mantêm tal como ele é. É por isso que se entendemos o acolhimento como um canal aberto que capta as reais necessidades de saúde e procura outras maneiras de respondê-las que não a hegemônica, estamos reinventando e saindo dos trilhos, do estabelecido. E é assim que o acolhimento pode ser capaz de realizar interferências no modelo de atenção.

Modelos de atenção podem ser definidos segundo Paim (1999) como

“Combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressão das necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (Paim, 2006: 20)

Teixeira (2003) corrobora com a afirmação acima quando conceitua modelos de atenção como

“formas de organização das relações entre sujeitos

(profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas” (Teixeira, 2003: 261).

Considerando que o modelo assistencial é definido pelas formas de organização das tecnologias de saúde e seu equilíbrio, fica notória a interferência do uso dessas tecnologias de saúde na concepção do modelo assistencial vigente. E considerando que as tecnologias leves devem ser privilegiadas no espaço de produção dos serviços de saúde, entendemos que as tecnologias relacionais se configuram no maior desafio para a mudança de modelo assistencial.

Assim o trabalho em equipe assume posição de destaque na modificação dos processos de trabalho. O trabalho em equipe tem sido considerado imprescindível para se alcançar a integralidade na assistência. Além disso, é no trabalho em equipe que se depositam as esperanças em um modelo de atenção menos centrado na figura do profissional médico. Desse modo, há que se considerar a forte influência que os profissionais de saúde e as relações que se estabelecem entre eles na manutenção do modelo biomédico.

“Um dos pontos nevrálgicos do sistema de saúde localiza-se na micropolítica dos processos de trabalho, no terreno da conformação tecnológica da produção dos atos de saúde, nos tipos de profissionais que os praticam, nos saberes que incorporam, e no modo com que representam o processo saúde e doença” (Merhy, 2007b: 132).

Segundo Merhy (2003) o trabalho em equipe deve ser encarado primeiramente como uma forma de quebrar a rotina de divisão do trabalho, horizontalizando as relações. Em segundo lugar, o trabalho em equipe justifica-se também para responsabilizar essas equipes por problemas de saúde e ações capazes de resolvê-los.

Peduzzi (2001) faz uma reflexão sobre como as equipes tem tido como referencial comum o projeto assistencial hegemônico e estão tendo dificuldades em pensar em outros modelos de atenção que não o dominante. Para a autora, as equipes

“Ao partilhar sobretudo o modelo biomédico hegemônico, dá-se um consenso em torno de um único tipo de atenção à saúde, entendido como pertinente a toda e qualquer situação referente ao processo saúde-doença nos planos individual e coletivo. Assim, os profissionais, além de não compartilhar outros valores que poderiam cunhar outros modelos, deixam de investir na construção conjunta de outro projeto assistencial que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde”(Peduzzi, 2001: 107).

Franco (2006) afirma que nenhum profissional é auto-suficiente no campo da saúde. Partindo desse pressuposto, a constituição do cuidado em saúde deve se processar em rede, numa forma de compartilhamento dos diferentes núcleos de saberes

Sobre isso, Pinheiro *et al* (2007) afirmam que

“Quando se trabalha com a perspectiva transdisciplinar, é preciso estar aberto para esse encontro de saberes, e não estar fechado em si, defendendo territórios disciplinares, já que nenhuma disciplina dá conta do trabalho em saúde, que como todo trabalho tem caráter enigmático e imprevisível. Afinal as especificidades de cada profissional contribuem para a qualidade sinérgica da equipe, o que exige refletir sobre a importância indiscutível de se escutar o outro” (Pinheiro *et al*, 2007: 8).

Nessa questão também se encerra a complexidade do trabalho em saúde, pois os processos relacionais proporcionam trocas de saberes, conflitos e uma proximidade que nem sempre pode ser confortável. Sobre isso, Bonaldi *et al* (2007) nos falam que

“Estar aberto à alteridade pressupõe correr riscos, sair do conforto e segurança garantida pelos pressupostos científicos e prescrições morais e perceber nossa falibilidade. Pensando a saúde a partir de seu conceito ampliado, o espaço de previsibilidade e segurança se esvai, uma vez que a tomamos como processos e nos deparamos incessantemente com o limite dos nossos saberes e fazeres” (Bonaldi et al, 2007: 25).

A idéia defendida aqui é a de que o processo de trabalho não pode ser centrado em um único núcleo de saber; se assim for, estaremos utilizando mais tecnologias duras e leve duras do que as tecnologias leves, anulando a dimensão cuidadora do processo de trabalho. O que se defende aqui é a intersecção de vários núcleos de saber que culminam com a ampliação do escopo de ações da saúde pública. Ampliação dos saberes a fim de dar conta de um sujeito-objeto tão complexo que é o ser humano e suas necessidades de saúde. Ou seja, para se alcançar maior compreensão dos problemas de saúde e seu enfrentamento de modo adequado há que se ampliar a caixa de ferramentas que os trabalhadores utilizam no seu dia-a-dia na produção das ações de saúde (Merhy, 2004b).

As reflexões de Merhy corroboram com as anteriores e apontam para o fato de que para haver mudança no modelo assistencial os processos de trabalho devem ser reorientados com a predominância de tecnologias leves como o acolhimento.

“O percurso de procura de uma nova conformação tecnológica para a produção dos atos em saúde, impactando a relação entre o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde com os outros núcleos deste processo produtivo, faz parte de uma aposta que se coloca de modo anti-hegemônico” (Merhy, 2007b: 31).

O acolhimento é uma tecnologia leve, um dispositivo relacional que ao

proporcionar mais contato, maior proximidade entre os membros da equipe na tentativa de resolução dos problemas do usuário exacerba conflitos e gera trocas, expondo os problemas, mostrando as fissuras e favorecendo o pensamento em novas maneiras de agir em saúde.

Merhy aposta

“Na possibilidade de se constituir tecnologias da ação do trabalho vivo em ato e mesmo de gestão deste trabalho que provoquem ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, que possam implicar a busca de processos que focalizem o sentido da “captura” sofrido pelo trabalho vivo e o exponham às possibilidades de “quebras” em relação aos processos institucionais que o operam cotidianamente” (Merhy, 2007a: 101).

O acolhimento deve ser entendido como uma dessas tecnologias, como um disparador dos processos de fuga aos processos instituídos, ao hegemônico. Esses disparadores devem

“Estar vinculados a um olhar ético-político interrogador e ruidoso, mais do que centrados em um outro modelo prévia e totalmente definido que se contraponha globalmente ao trabalho morto cristalizado” (Merhy, 2007a: 101).

Concluindo, Scholzer *et al* (2009), corroboram com nossa opinião de que o acolhimento pode ser entendido como disparador de mudança do processo de trabalho em saúde e conseqüentemente do modelo assistencial.

“Nesse contexto teórico, o acolhimento constitui-se em um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado envolvidas nas ações dos profissionais de saúde, porém esse potencial pode ser

restringido pelo contexto prático no qual o acolhimento será estabelecido. O contexto do trabalho em saúde hegemônico na atualidade é aquele do modo-de-ser trabalho, voltado para a produção de procedimentos e muito bem adaptado à estrutura dos serviços de saúde organizados como aparelhos”(Scholzer et al, 2009: 307).

Porém, se esses elementos de mudança, esses disparadores (como o acolhimento) não apresentarem o olhar interrogador descrito anteriormente por Merhy; se estiverem mais conectados a modelos previamente definidos ou ao modelo hegemônico e pouco preocupados em traçar linhas de fuga desse modelo não haverá mudança. E é por isso que afirmamos que **potencialmente** a prática do acolhimento pode realizar interferência no modelo assistencial hegemônico através da mudança dos processos de trabalho. **Potencialmente**; pois se tomarmos o acolhimento apenas para nomear velhas práticas essa mudança nunca virá.

É este olhar sobre o acolhimento e processo de trabalho e o que potencialmente mobiliza que norteará a análise da experiência que abordada neste estudo. O relato de caso nos traz a discussão sobre os limites e possibilidades da mudança do modelo assistencial e das práticas em saúde através do acolhimento.

CAPÍTULO 3 – O Desenho do Estudo

Caracterização Geral do Método

A metodologia pode ser entendida como o olhar que incidimos sobre o objeto, a lógica através da qual pensaremos sobre o objeto de pesquisa. Segundo Pelto e Pelto *apud* Hassen *et al* (2000), há

“uma distinção entre metodologia e técnicas de pesquisa, definindo as técnicas como pertencentes à ordem dos pragmatismos da coleta primária de dados e a metodologia como relativa à “lógica acionada” (logic-in-use) na seleção de determinadas técnicas de observação, no uso dos dados coletados e no estabelecimento de relações desses dados com as proposições teóricas.” (2000: 35).

Também Martins (2004) refere que a metodologia deve ser entendida

“como o conhecimento crítico dos caminhos do processo científico, indagando e questionando acerca de seus limites e possibilidades. Não se trata, portanto, de uma discussão sobre técnicas qualitativas de pesquisa, mas sobre as maneiras de se fazer ciência. A metodologia é, pois, uma disciplina instrumental a serviço da pesquisa; nela, toda questão técnica implica uma discussão teórica” (2004: 291).

Apresentar a metodologia de um estudo significa então evidenciar que olhar iremos lançar sobre nosso objeto, como vamos fazer ciência, mas também delinear o caminho que iremos traçar para alcançar os nossos objetivos finais. Assim sendo, apresentar a metodologia de um estudo implica também em definir (para além da

discussão teórica), a discussão técnica sobre o universo de pesquisa, as técnicas de pesquisa a serem utilizadas e as categorias de análise dos dados coletados.

Sobre o olhar que vamos lançar sobre o objeto

Este estudo configura-se como um estudo qualitativo. Em artigo sobre a avaliação de programas de saúde Bosi e Uchimura (2006) fazem uma relação estreita entre o uso da metodologia qualitativa em saúde e os temas humanização e integralidade, sinalizando suas interfaces com essas diretrizes e demarcando a pesquisa qualitativa como tradição teórico-metodológica inerente a essas dimensões. As mesmas autoras afirmam que na perspectiva da humanização e integralidade, a abordagem qualitativa deve necessariamente ser incluída, tendo em vista que não se trata de escolha, mas de ‘imposição epistemológica’, inerente aos objetos. Corroborando com a mesma idéia de adequação da pesquisa qualitativa para o tema do estudo, Santos-Filho (2007), refere que

“contemplando objetivos mais amplos de provocar transformações no âmbito das relações entre as pessoas em situação de trabalho, transformações nos processos e modos de produzir serviços, e transformações na interação a ser estabelecida entre profissionais e usuários, a humanização se instaura como objetivos a serem tratados de modo qualitativo, buscando-se significados dessas ações/relações sociais na ótica dos sujeitos/atores do processo.” (2007: 1002).

Por outro caminho, Nogueira-Martins & Bógus (2004) também advogam pela escolha do método qualitativo quando o assunto a ser tratado se refere à humanização e que tem relação direta com os objetivos do estudo proposto quando referem que estes

estudos “*não podem se restringir a verificar simplesmente se as metas são ou não alcançadas; é necessária uma abordagem ampliada, que inclua os “comos”, os “porquês” do processo*” (2004: 47).

A pesquisa qualitativa apresenta limitações e possibilidades. No sentido das possibilidades podemos afirmar que a pesquisa qualitativa privilegia a análise dos microprocessos; é flexível quanto à coleta de dados; trabalha em profundidade possibilitando a compreensão dos processos a serem estudados e as técnicas utilizadas permitem a apreensão do não-verbal.

Entre as limitações já clássicas apontadas para a metodologia qualitativa estão a dificuldade de extrapolar dados para outras realidades além da estudada, maior investimento de tempo para a pesquisa devido ao trabalho detalhado, não ser possível trabalhar com amostras grandes e a presença de subjetividades que permeiam o estudo.

Com relação a essa subjetividade posiciono este estudo⁶ entre aqueles que não fazem uma separação clara entre o sujeito e o objeto. Este estudo está classificado, segundo Merhy (2004), como

“ainda consagrado mas não tão hegemônico (...), é o conjunto dos estudos que reconhecem a íntima relação entre sujeito e objeto, criando métodos de pesquisas que transformem esta “relação-contaminação” em componente dos procedimentos epistemológicos, e que devem ser trabalhados na investigação da forma mais objetiva possível.” (2004a: 23).

Essa relação não-neutra, implicada que se tem com o tema não significa falta de rigor metodológico ou tendência/manipulação dos resultados. Assim como não significa também interferência na realidade estudada, no momento em que ocorre o estudo. “*O fato de não sermos neutros não implica que tomemos e defendamos posição no curso da*

⁶ Faço este posicionamento baseada na classificação que Merhy realiza ao discorrer sobre metodologia dos estudos na área da saúde no Prefácio (já mencionado) do livro Acolher Chapecó. (Merhy, 2004)

pesquisa” (Hassen et al, 2000: 58).

Acreditamos que, ao contrário de representar ponto negativo, o conhecimento da causa e a implicação nos munem de elementos que podem enriquecer a discussão.

Universo da Pesquisa

A pesquisa teve como cenário uma Unidade Básica de Saúde de Juiz de Fora – MG que funciona conscientemente na lógica do acolhimento. O nome da unidade de estudo foi substituído por outro fictício a fim de assegurar o direito de sigilo da identidade dos sujeitos da pesquisa.

Entendemos por funcionar conscientemente na lógica do acolhimento uma Unidade que tenha o processo do acolhimento implantado e reconhecido pelos membros da equipe, comunidade e pela Coordenação de Saúde do município.

É importante observar que essa unidade representa uma unidade de saúde típica. Ao contrário de muitos relatos de casos conhecidos na literatura sobre a prática do acolhimento, a realidade explorada aqui não representa um serviço com uma proposta/experiência inovadora, mas sim uma realidade comum à maioria dos serviços de saúde, não apresentando polarizações, ou seja, o que há de melhor – a prática de excelência, ou o que há de pior – a prática degradante. Representa o típico, o comum. Podemos dizer que isso traz uma riqueza e um desafio para o trabalho porque nos dá a sensação de que os referenciais teóricos utilizados não são capazes de explicar realidades típicas, mas apenas os casos extremos.

O acolhimento foi implantado na unidade no ano de 2001; dessa maneira, com esse projeto já firmado enquanto prática da unidade há oito anos, temos a possibilidade de observar processos mais instituídos e, assim, identificar mais facilmente as conseqüências desta prática na unidade.

Apesar da unidade funcionar na lógica do acolhimento por 8 anos não há um projeto oficial de implantação da proposta do acolhimento, documento ou qualquer tipo de protocolo administrativo que firme o acolhimento, seja na unidade ou em nível municipal.

A unidade de estudo foi escolhida pela vivência do pesquisador com acolhimento neste local e, conseqüentemente conhecimento dos processos de trabalho que lá ocorriam; é essa experiência que nos propomos a relatar. O relato que realizamos neste estudo conta a minha experiência na unidade “Abrigo” nos anos de 2005 e 2006 enquanto profissional de saúde. É importante explicitar que a unidade “Abrigo” é uma das três unidades de saúde do município de Juiz de Fora⁷ que sediam o curso de pós-graduação de Residência Multiprofissional de Saúde da Família, realizado pelo NATES/JF (Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde) e UFJF em parceria com o Ministério da Saúde.

A atenção básica foi escolhida como cenário por vários motivos. Um deles gira em torno da própria experiência do pesquisador em atenção básica o que tornou mais fácil o processo de pesquisa pela familiaridade com o tema. Além disso, a própria motivação pessoal para o estudo surgiu da vivência do acolhimento na atenção básica, o que trás mais elementos para a discussão.

Segundo o MS (2006), atenção básica

“caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados,

⁷ A cidade de Juiz de Fora conta atualmente com 52 unidades básicas de saúde _ (<http://www.sssda.pjf.mg.gov.br/>)

pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.” (Brasil, 2006: 10).

Assim, baseada nesse conceito e guiada por esses princípios a atenção básica representa um lócus interessante para o estudo do acolhimento por apresentar, dentro desta proposição teórica, condições propícias para o seu desenvolvimento. Num outro olhar, queremos considerar a atenção básica enquanto lócus de nosso estudo como estratégia de organização dos sistemas de serviços de saúde e local de produção de mudanças nesse sistema. Assim, também entendemos

“A atenção básica como lócus da produção de mudanças no sistema de saúde, como elemento organizador e articulador do cuidado em saúde, e ainda um desafio posto aos sistemas de saúde. Assim, a tarefa, no contemporâneo, é reinventar as conexões e os sentidos da atenção básica, buscando construir novas linhas de sentido entre a ação clínica individual e a ação sanitária coletiva, que implica, entre outros, na reorganização do sistema, serviços e práticas, que exige vontade política e

capacidade de realização” (Pasche⁸, 2008: 14).

Dito isso, se o acolhimento pode ser entendido, entre outras coisas como instrumento para modificação nos fluxos do atendimento aos usuários, como uma “nova linha de sentido” para organização dos serviços de saúde, faz todo sentido estudar o acolhimento no âmbito da atenção básica que também pode ser entendida como lócus de mudança no sistema de saúde.

Além disso, as ações relacionadas à humanização anteriores à PNH apresentavam um foco hospitalar forte, partindo do próprio movimento em prol da humanização, a criação de um Programa Nacional de Humanização Hospitalar em 2001 e, apenas posteriormente almejando atingir os serviços e níveis de atenção de forma mais equânime e transversal com a Política Nacional de Humanização em 2003/2004, o que também nos impulsiona a escolher a atenção básica como cenário.

Desenho do Estudo

Este estudo está desenhado como um estudo de caso, por entender que para além de sua capacidade de analisar uma realidade específica existe a possibilidade de falar sobre um processo geral. Para Neves (1996), o estudo de caso tem como objeto a análise profunda de uma unidade de estudo e tem se tornado a modalidade preferida daqueles que procuram saber como e porque certos fenômenos acontecem. Segundo Godoy (*apud* Neves 1996: 3), “*visa ao exame detalhado de um ambiente, de um sujeito ou de uma situação em particular*”.

Nesse sentido o estudo de caso nos servirá como técnica de análise dos processos do acolhimento e a forma como eles se traduzem no serviço.

Uma crítica severa diz respeito à “*suposta impossibilidade de os resultados de*

⁸ É interessante destacar que Dário Pasche é o atual coordenador da PNH no Ministério da Saúde.

uma pesquisa com base na metodologia qualitativa, especialmente os estudos de caso, servirem de base para as generalizações” (Martins, 2004: 295). Apesar dos resultados da pesquisa não serem considerados generalizáveis, podemos dizer que haverá sempre um pano de fundo de cenários comuns passíveis de análise. Portanto, é importante esclarecer que o estudo de caso foi utilizado aqui não apenas com a intenção de obter conhecimento profundo da realidade local (município ou unidade onde será realizado o estudo), mas também com o intuito de aprofundar a análise sobre o processo do acolhimento na atenção básica, identificando esses possíveis cenários comuns, buscando o que o singular fala do processo geral.

Estratégias de Investigação

Foram utilizadas como técnicas de coletas de dados a análise documental e entrevistas individuais.

Análise Documental

A análise documental utilizada caracterizou-se como primeira etapa desta pesquisa e pretendeu dar conta do objetivo de compreender os fundamentos e pressupostos da Política Nacional de Humanização, essencial na análise do acolhimento no âmbito da PNH e do entendimento teórico dos formuladores e profissionais acerca desta prática.

Foram objetos da pesquisa documental os documentos oficiais (leis, regulamentos) do Ministério da Saúde que se relacionam com a Política Nacional de Humanização desde sua criação em 2003, identificando seus eixos estruturantes, atores, contexto político e outras variáveis que ajudam a compreender a proposta dessa política.

Foram também fontes de pesquisa bibliográfica os documentos públicos, tais como os artigos científicos, teses, livros e dissertações que se refiram à Política Nacional de Humanização ou ao acolhimento, buscando inclusive identificar as posições dos atores presentes na construção da política (coordenadores, os críticos, colaboradores).

Entrevistas Individuais

As entrevistas individuais foram escolhidas como estratégia de investigação por se tratar de um estudo que realiza a reconstrução de uma experiência que precisa necessariamente ser mediada por outros sujeitos.

As entrevistas individuais presenciais foram realizadas com o gestor local da unidade, 02 assistentes sociais, 01 enfermeiro. Todos profissionais do período referido por esta pesquisa. O auxiliar de enfermagem que foi entrevistado não está entre aqueles que viveram a experiência relatada, pois todos os profissionais desta categoria que trabalharam no período relatado pela experiência se desligaram do serviço. Foi entrevistado através do recurso da internet, 01 profissional médico, que participou da experiência do acolhimento no período relatado pelo estudo. Buscou-se realizar entrevistas com profissionais de diferentes categorias no sentido de verificar como essas diferentes classes profissionais se comportam com relação ao processo de acolhimento. Corroborando o dito anteriormente, *“é fundamental que o pesquisador busque, dentro de seu universo, a maior diversidade possível, de forma a contemplar as diferentes perspectivas do problema e obter uma saturação de dados adequada.”* (Hassen, 2000: 51).

O instrumento de coleta de dados foi semi-estruturado. Esse instrumento trouxe questionamentos que provocaram nos entrevistados uma reflexão sobre suas práticas, com o objetivo de apreender o entendimento teórico sobre um aspecto específico que é

o acolhimento.

Algumas questões norteadoras foram pensadas para o roteiro de entrevistas (ANEXO A). A estrutura do roteiro de entrevistas apresenta quatro eixos: do conceito do acolhimento para os profissionais (em que consiste a proposta de acolhimento para cada profissional, como a proposta foi apresentada a cada um); o histórico do acolhimento na unidade (quando começou, de que maneira, requisitado por quem, a estrutura da unidade); organização do processo de trabalho (como o acolhimento influencia no processo de trabalho, o trabalho em equipe) e organização da gestão municipal frente ao processo de acolhimento (interesse da gestão sobre o processo). As entrevistas foram registradas através de gravação e sofreram posterior transcrição na fase de análise dos dados coletados.

Os fragmentos de relato colhidos nas entrevistas foram intencionalmente identificados pelas categorias profissionais (e não por nomes fictícios, por exemplo) a que pertencem os sujeitos de pesquisa devido à relevância para o estudo de verificar a diversidade dos discursos relacionada à formação profissional.

É oportuno esclarecer que a experiência vivenciada pelo pesquisador nesta unidade foi motor para a realização desta pesquisa. De fato, como já dissemos anteriormente, essa experiência é impregnada de valores, anseios, dúvidas e implicações. Ciente desse processo as entrevistas foram realizadas com questões que tentam resgatar e retomar os processos observados de forma a problematizá-los, colocando em análise a própria observação do pesquisador naquele período.

Questões Éticas

Este projeto de pesquisa foi submetido ao CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

da ENSP, respeitando os critérios estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS/MS196/96 que traça as Diretrizes e Normas que regulamentam a Pesquisa envolvendo Seres Humanos e aprovado através do Parecer 13/09 – CAAE: **0014.0.031.000-09** (ANEXO B). A coleta de dados somente aconteceu mediante aprovação pelo CEP.

Foram elaborados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C) para os diferentes sujeitos da pesquisa e foi emitida autorização para pesquisa por parte do gestor municipal (ANEXO D).

Capítulo 4 - O Caso da Unidade “Abrigo”

4.1 – A inserção do acolhimento na unidade “Abrigo” e sua relação com a Política Nacional de Humanização.

O relato que aqui será feito conta a realidade vivida pelo pesquisador entre março de 2005 e janeiro de 2007.

O acolhimento começou a ser praticado nesta unidade em 2001. Em 2005, com quatro anos de existência, o acolhimento já havia se transformado em um processo sólido na unidade que vivia o acolhimento, respirava por ele.

A unidade em questão não representava uma unidade de saúde da família de modelo padrão: onde se tem uma equipe mínima de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Tratava-se de uma unidade de saúde da família que abrigava uma residência multiprofissional, contando, por este motivo, com uma equipe expandida – 2 médicos, 2 enfermeiros e 2 assistentes sociais (residentes do 1º. E 2º. Ano), bem como a equipe fixa da unidade composta de auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Dentro da mesma estrutura física funcionavam três equipes de saúde da família; dessa maneira, no total, contávamos com 18 profissionais de nível superior, 03 auxiliares de enfermagem e 18 ACS. Some-se a isso três preceptores das diferentes categorias profissionais: 1 assistente social, 1 médico e 1 enfermeiro.

Juntamente com a experiência da residência em si, que objetivava unir a prática à teoria, todos os residentes cursavam a Especialização em Saúde da Família. Por esse curso ser concomitante à residência e também pela presença de muitos profissionais de várias categorias profissionais o clima era de discussões teóricas constantes, onde sempre refletíamos sobre as práticas de saúde e os papéis de cada profissional. O

acolhimento apresentava-se como uma temática importante e provocava discussões, especialmente no momento em que aproximava as práticas profissionais e as obrigava a dialogar.

Como já dito, a prática do acolhimento iniciou-se na unidade “Abrigo” em 2001. Segundo os relatos, o acolhimento era uma diretriz do governo municipal à época servindo de incentivo para a adoção da prática na unidade.

“Já era uma proposta da própria secretaria no Governo quando a gente entrou aqui.... e aí a gente traçou isso mesmo como uma diretriz de serviço aqui de trabalho pra unidade” (Enfermeiro).

Apesar de o relato indicar o incentivo por parte da gestão municipal à adoção do acolhimento, era de conhecimento geral neste período que havia poucas unidades na cidade de Juiz de Fora que aderiram à proposta de acolhimento. Assim, podemos inferir que a interferência da gestão municipal nesse aspecto foi pouco expressiva. Na verdade, aparece na fala dos entrevistados, como sendo muito mais importante a iniciativa individual dos profissionais de saúde, do gestor local da unidade e dos preceptores da residência a adoção do acolhimento na unidade do que o incentivo da gestão municipal.

“Eu comecei essa coisa sozinha, parecia um ET. Eu e algumas assistentes sociais” (Assistente social I.)

Almeida (2005) faz uma reflexão sobre como as características do trabalhador influenciam em sua prática.

“A forma de desenvolver o trabalho está determinada, por um lado, pela rotina da instituição, mas por outro, é também fortemente marcada por características do próprio trabalhador.

Segundo Campos (1997), o autogoverno do trabalhador é amplo em diversas situações. O trabalho em saúde é uma atividade sujeita a constantes imprevistos o que torna necessária a autonomia profissional” (Almeida, 2005: 135).

Aqui observamos a autonomia profissional influenciando na fragmentação da prática do acolhimento, exercido, no início, notadamente por assistentes sociais

Já com relação a algum tipo de influência da política nacional, vinda mais precisamente da PNH, os profissionais apresentavam impressões diferentes, como podemos ver através de suas falas quando questionados sobre a Política.

“Olha, igual eu te falei, esse termo humanização eu ainda não consegui meio que digerir ele até hoje não. A gente não chegou a discutir a Política não. A gente chegou a discutir alguns fatores que estavam trabalhando com o acolhimento, mas dizer que a gente pegou a política pra estudar, não” (Enfermeiro 1).

“A PNH veio legitimar a nossa prática porque você não consegue acolher sem o apoio do Estado. Então, na época da Política de Humanização eu fui capacitadora de todas as equipes de todos os profissionais da APS, então a gente pode pelo menos pulverizar a idéia do acolher que era uma coisa necessária, que era uma coisa cotidiana, que não era esse bicho de sete cabeças, que era só fazer essa escuta, escutar qual era a queixa do usuário, então isso para gente foi muito bom” (Assistente social 1).

Em ambos os casos podemos perceber que a PNH não trouxe o input do acolhimento para os profissionais, tendo em vista que a prática de acolhimento dos mesmos era anterior à política; porém no segundo relato a política teve o papel de legitimadora da prática de acolher.

Ainda sobre a relação da PNH e a prática do acolhimento na unidade, tentamos verificar se houve influência da publicação do protocolo de “*Acolhimento com Classificação de Risco*”. As respostas obtidas foram:

“A gente tá tentando organizar mais ainda, mas a gente já tem alguns protocolos do que fazer em cada situação. A gente já estudou esse protocolo do Ministério sim, mas não traçamos as coisas ali como obrigatórias para avaliação, como desencadeador de alguma solução. Eu acho que ele se detém muito na questão biológica; eu avalio ele muito pela questão biológica. E eu acho que o acolhimento que a gente faz aqui vai muito além disso. A gente tem muitas demandas sociais. Tem muitas coisas que não tem resposta ali” (Enfermeiro 1).

“Eu conheço o protocolo de risco, mas nós não fizemos protocolo de doença não. Fizemos protocolos só dos grupos das demandas programadas. Na demanda espontânea a gente prioriza o que a gente sempre priorizou, né? O que eu conheço do Ministério não deve estar muito longe que é febre, dor no peito, aquelas coisas de passar na frente mesmo. Mas o Pronto Socorro começou a trabalhar com fichinha, mas nós não trabalhamos assim ainda não, pode ser uma evolução” (Assistente social 1).

Podemos perceber na fala da Enfermeira 1 uma crítica clara ao modelo proposto pelo Ministério da Saúde no que se refere ao protocolo de acolhimento com classificação de risco. Nessa fala é indicado que esse protocolo valoriza aspectos biológicos em detrimento de outros no atendimento em saúde. Devemos ressaltar que dessa crítica nasce a necessidade de construção de protocolos que se adequavam mais à forma que os profissionais da unidade buscavam produzir o acolhimento. A criação de protocolos por parte das equipes multiprofissionais voltados para a realização do acolhimento, pensados para aquela realidade em particular não é uma ato previsto pela

política de humanização, configurando-se no que estamos denominando de consequência impremeditada, neste caso bastante positiva para a estruturação do acolhimento na unidade.

Ainda sobre protocolos, já havíamos indicado que há uma predominância do discurso biológico sobre os demais no “*Acolhimento com classificação de risco*”, onde se valoriza muito o politraumatizado, a queimadura, a dor no peito, o trauma crânio-encefálico, entre outras patologias (Brasil, 2004a). Não queremos questionar a classificação de risco que, em situações de urgência pode salvar muitas vidas; por outro lado, a visão das necessidades biológicas não pode ser privilegiada em detrimento de outras tantas que um ser humano pode carregar. Não acreditamos que o Ministério da Saúde, com a implantação do protocolo de acolhimento com classificação de risco, intente passar a mensagem de que acolhimento se restringe à classificação de risco e que essa classificação de risco esteja inserida, majoritariamente, ao campo das necessidades biológicas. A Política não prevê a apropriação do protocolo de avaliação e classificação de risco como sentido único para o acolhimento e isso é uma consequência impremeditada – o encarceramento da prática do acolhimento dentro de um protocolo notadamente voltado para a resolução de problemas de saúde físicos.

Há uma breve menção sobre o atendimento de necessidades não-biológicas nesse protocolo:

“Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade” (Brasil, 2004a: 13).

Atentamos, porém, para o que os profissionais, ao entrarem em contato com o

referido protocolo, podem entender de acolhimento a partir dele.

Há que se pensar que o protocolo de avaliação e classificação de risco notadamente não foi confeccionado para utilização em atenção básica. E o que utilizar na atenção básica? Há alguma diretriz? Questionamos o fato de não haver qualquer diretriz/protocolo para a realização do acolhimento na atenção básica, pois isso deixa margens para que o acolhimento seja realizado de várias formas diferentes e até mesmo de formas indesejadas gerando efeitos impremeditados; práticas com o nome de acolhimento que não condizem, porém com o preconizado pela política. Por outro lado, nos perguntamos se realmente deve haver um protocolo de acolhimento para unidades básicas de saúde tendo em vista a impossibilidade de uma receita nacional de acolhimento se adequar à singularidade de cada local e ainda a idéia de que o acolhimento deve ser demandado pela comunidade local e não verticalizado.

Portanto, ao se problematizar a questão dos protocolos, uma das respostas obtidas com relação ao seu uso foi:

“Alguns sim, né; por exemplo, os grupos de hipertensos/diabéticos tinham protocolo baseado no Ministério da Saúde. Mas de acolhimento não” (Assistente Social 2).

Quando o assistente social fala em protocolos para grupos de diabéticos/hipertensos não podemos deixar de nos remeter ao planejamento programático e aos recortes epidemiológicos. Apesar do atendimento na unidade ao paciente portador de hipertensão arterial e diabetes ser multiprofissional, um serviço que baseia as ações de acolhimento em protocolos de recortes populacionais - crítica ao planejamento programático do capítulo 2 -, e não em protocolos de acolhimento pode correr o risco de não ser integral e resolutivo; ou seja pode correr o risco de não realizar o acolhimento de fato.

Sobre protocolos, Malta *et al* (1998) afirmam que

“Embora o conteúdo técnico dos protocolos esteja nos textos dos livros didáticos, o avanço deve-se ao processo de formulação sob a ótica da intervenção multiprofissional, legitimando a inserção de toda a equipe na assistência, a humanização do atendimento, a identificação de risco por todos os profissionais, a definição de prioridades, a padronização de medicamentos, enfim, a qualificação da assistência” (1998: 135).

Os mesmos autores justificam a adoção de protocolos voltados para o acolhimento alegando que

“através dos protocolos estendeu-se a potência das atividades da enfermagem à medida que a instituição passou a normatizar e a respaldar determinadas ações, reconhecendo estes atos em Saúde como de competência técnica de determinada categoria profissional” (Malta et al, 1998: 137).

Franco (2004) nos diz que, no caso das enfermeiras, a adoção de protocolos *“lhes dão amparo legal para realizar consulta e prescrever exames e medicamentos, o que eleva muito sua resolutividade no acolhimento e nas outras atividades assistenciais” (Franco, 2004: 95).*

Também o Ministério da Saúde defende a elaboração de protocolos de atendimento para o acolhimento baseado no mesmo argumento de legitimação da prática de outros profissionais. Segundo o MS

“A elaboração de protocolos, sob a ótica da intervenção multi e interprofissional na qualificação da assistência, legitima a inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência na identificação de risco e na definição de prioridades,

contribuindo, assim, para a formação e o fortalecimento da equipe” (Brasil, 2006b: 30)

Devemos problematizar, no entanto, a maneira de confeccionar protocolos para solucionar problemas tão poucos estruturados e diversos como são aqueles que estamos suscetíveis a nos deparar no acolhimento. Corre-se o risco de estar enquadrando demandas espontâneas que nada tem a ver com risco biológico nas “velhas caixinhas” utilizadas nos serviços de saúde criadas pelo planejamento programático.

Ao tentar entender como a proposta de acolhimento chegou para esses profissionais, captamos a existência de uma vontade preexistente de realizar um atendimento de melhor qualidade.

*“A proposta do acolhimento é assim, eu sempre pensei assim, nunca pensei diferente. Podia não chamar acolhimento, mas sempre tive isso na minha cabeça. Eu tentei implantar esse tipo de acolhimento, **a mesma coisa que Betim fez naquele relato do Túlio**. Mas eu não tinha apoio de ninguém, era um acolhimento sozinho e esse acolhimento é muito difícil de acontecer” (Assistente social 1 – grifo nosso).*

“Olha, o primeiro contato que eu tive com o acolhimento foi com um grupo da própria prefeitura, da própria secretaria de saúde que tinha enfermeiras envolvidas e que estavam estudando essa proposta nova, essa perspectiva nova. E a partir dali eu fui tentando estudar, procurando alguma coisa sobre acolhimento e vi que já tinham algumas pessoas produzindo e estudando a respeito desse conceito novo que tinha surgido. Eu já tinha uma coisa que não era conceitual sobre acolhimento, que era essa coisa de ouvir todas as pessoas que chegavam na unidade, era preocupação minha. Porque quando eu estava no outro serviço eu ficava muito na porta. Eu era enfermeira única do serviço. Então eu tinha essa preocupação de ouvir. Não era simplesmente falar

pra pessoa: “Ah, acabou a consulta”, porque eu sabia que alguma coisa eu podia ajudar, eu podia resolver. E depois eu fui ver que aquilo que eu estava fazendo já tinha um conceito que era o conceito de acolher, entendeu. Então assim, a gente juntou o conceito com aquilo que a gente pensava que era um bom atendimento” (Enfermeira 1 – grifo nosso).

Assim, o que se verificou é que a prática de acolhimento desses profissionais era anterior tanto à PNH quanto à implantação do acolhimento na unidade de estudo. Mais do que a não interferência da PNH devemos atentar para a explícita relação da construção da prática do acolhimento na Unidade com o PDV, mediado pelo relato do caso de Betim.

Outro ponto importante para a análise é a resignificação que a prática do acolhimento recebe a partir da junção do “*conceito com aquilo que a gente pensava que era um bom atendimento*”. Entenda-se aqui conceito o contato dos profissionais com o PDV.

As resignificações também são permeadas pela configuração dos sujeitos nas práticas e as alianças firmadas entre eles. Como poderemos observar ao longo das falas, podemos dizer que existem quatro blocos importantes e bastante heterogêneos para o entendimento dos sentidos do acolhimento e as resignificações da prática observadas nesse estudo. O primeiro bloco é composto pela preceptoria (Assistente social 1 e Enfermeiro 1), que formam uma aliança forte em defesa do acolhimento e é o bloco idealizador e construtor da prática na unidade; o segundo bloco de residentes também a favor da prática do acolhimento mas insatisfeitos com sua preparação e as condições da unidade para a realização dessa prática; um terceiro bloco composto pelos auxiliares de enfermagem, vinculados à secretaria municipal de saúde que são contra o acolhimento; por fim um quarto bloco composto basicamente dos médicos, ex residentes, que se declaram a favor da prática do acolhimento mas sofrem críticas severas dos demais

profissionais (exceto do auxiliar de enfermagem), quanto à sua postura e entendimento com relação à prática do acolhimento.

Corroborando a heterogeneidade do grupo e a importância da percepção das alianças firmadas, percebemos, através das falas anteriores que o acolhimento representava uma prática muito solitária, não sendo compartilhada por todos os membros das equipes as quais esses profissionais pertenciam, o que corrobora nossa percepção de segmentação da prática.

Quando questionados sobre o porquê da implantação do acolhimento na unidade, para responder a qual necessidade, os sujeitos indicaram a necessidade de melhorar a humanização no serviço de saúde, como podemos verificar no relato abaixo:

“Da humanização do serviço. Eu sempre pensei em melhorar o acesso, em humanizar o serviço. Sabe, eu tinha uma preocupação muito grande, me incomodava muito a mãe que chegava 10 horas e não era atendida porque ela chegou às 10 horas. “Eu não dormi à noite, aaahhhh passei mal até agora”, então ela era penalizada. Então chegar cedo é como se fosse um prêmio: levava a consulta médica. Isso sempre me incomodou” (Assistente social 1).

A proposta do acolhimento surgiu dessa necessidade dos profissionais em humanizar o serviço e ampliar o acesso dos usuários. A fala do profissional médico sobre o porquê da implantação do acolhimento parte de uma necessidade diferente da do assistente social e enfermeiro, e que envolve a preocupação com o atendimento dos casos graves ou agudos muito mais que a humanização do serviço ou ampliação do acesso.

“Porque realizar atendimento só de agendados, rapidamente a agenda estava cheia e sempre com pessoas com

demanda aguda necessitando de atendimento, e já não tinha mais vaga; e a resposta dada ao paciente era que não tinha mais vaga e ele voltava sem mesmo eu ficar sabendo o que se passava, qual era a gravidade” (Médico).

Há na fala do médico uma abertura para o diálogo, uma possibilidade de articulação como o coletivo, uma predisposição para a realização da prática do acolhimento e, porque não dizer a denúncia da segmentação dessa prática. Destacamos ainda a crítica que esse profissional constrói à priorização dos serviços de saúde para a demanda programada em detrimento da demanda espontânea. Porém não podemos deixar de alertar para o risco de entendimento do sentido da prática do acolhimento restrito à demanda aguda, grave, tal como se observa na classificação de risco.

Além das necessidades sentidas pelos profissionais com relação à humanização do serviço e ampliação do acesso, esses profissionais vislumbraram na residência uma forma mais facilitada de implantar o acolhimento no serviço.

“Quando eu cheguei aqui a gente com a questão da residência você tem essa perspectiva, porque você tá lidando com alunos novos, uma coisa boa; aí eu fiz a proposta pra enfermeira, vamos tentar? Vamos” (Assistente social 1).

Podemos perceber através das falas dos profissionais que quem demandou a prática do acolhimento foram os próprios profissionais da unidade. A comunidade apesar de não ter solicitado o acolhimento teria participado, segundo relatos, do momento de sua implantação, principalmente através do Conselho local de Saúde.

“A gente levou as discussões pro conselho” (Enfermeiro 1).

“No início nós apresentamos ao conselho. Nós fizemos um mês de sala de espera e a gente sabia que ia ser difícil. A gente tentou até dramatizar. Chegava de manhã eu contava: “1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, pronto, o resto pode ir embora.” O usuário espantado, mas é assim que é feito. Porque quando eu cheguei nessa unidade o usuário nem esperava; tinha um cartaz escrito assim: tantas consultas pra fulano, tantas consultas pra cicrano e o usuário nem esperava porque sabia que só se ele estivesse morrendo é que ele ia ser atendido. Então eu dramatizava pra eles e começava a falar da nova proposta” (Assistente social 1).

“Até onde eu sei, a discussão para a implantação do acolhimento foi discutida, sim, com a comunidade através do Conselho Local de Saúde. Mas não considero que esta foi uma participação dos usuários na construção da proposta. Apesar de acreditar que, indiretamente, a humanização do serviço seja uma demanda posta pela população, não acho que ela tenha participado de forma ativa na construção da proposta da UBS “Abrigo”” (Assistente Social 3).

Acreditamos que o acolhimento deve ser um movimento de base. Ora se não foi a comunidade quem o demandou ele deixa, neste caso, de ser a expressão de uma vontade local? Deixa de ser um movimento de base? Não acreditamos nisso, uma vez que o movimento de acolhimento foi demandado pelos trabalhadores de ponta e não imposto, verticalizado. Não chegou à unidade com uma proposta pronta: foi se moldando e ainda está em processo até o momento. Além do mais, entendemos que a comunidade, de uma maneira geral, anseia por serviços de saúde mais humanizados e mais acolhedores e, por mais que a reivindicação do acolhimento possa não ter vindo de forma direta, os próprios profissionais de saúde, já com tendências à realização do acolhimento, podem ter dado ouvidos a essa demanda.

4.2- A Estrutura da Unidade

Neste momento, intencionamos problematizar como a unidade se organiza em sua estrutura física; o que o ambiente retrata do acolhimento no olhar dos profissionais entrevistados. Destacamos que a unidade de saúde localiza-se em um bairro da periferia de Juiz de fora. O acesso ao posto de saúde é difícil tendo em vista sua localização no alto de um morro. A estrutura física não possuía nenhum atrativo ou conforto. Apresentava uma aparência cinza, com as paredes por pintar. A sala de espera era fria com bancos de cimento⁹. Apesar desse estranhamento com a aparência do local, nós residentes, fomos muito bem recebidos pelos preceptores e os residentes (R2) com um café da manhã. Assim, começamos a conhecer a unidade e os profissionais que ali trabalhavam.

Corroborando o relato acima, como preâmbulo da pesquisa, perguntamos aos profissionais quais foram as impressões ao chegar à unidade. Houve unanimidade em relatar que a estrutura da unidade era inadequada, como podemos verificar através de suas falas

“Olha, visualmente, estruturalmente muito desorganizada a estrutura da unidade. O espaço físico era ruim, acho que não comportava a quantidade de profissionais que tinha” (Assistente social 2).

“O espaço físico mostrou-se extremamente inadequado. Era muito pequeno, mal dividido e dificultava a realização de um atendimento que pudesse resguardar o sigilo das informações

⁹ A planta baixa representativa da estrutura da unidade no período 2005/2007 pode ser apreciado no Anexo E. É importante informar que a estrutura representada neste trabalho já não condiz com a estrutura atual. Em visita recente à unidade por ocasião da pesquisa pude observar que a mesma está sofrendo reformas e ganhando novos espaços, um deles destinado ao acolhimento.

prestadas pelos usuários. O acolhimento inicial era feito na fila de recepção, em pé, de maneira precária” (Assistente social 3).

Outros relatos, além do descontentamento com relação à estrutura física da unidade nos trazem elementos que contribuem como barreiras de acesso ao serviço de saúde.

“Mas também eu estranhei assim, a questão do acesso, eu já achei difícil né, por ser no alto do morro, numa rua muito espremida. E a unidade também tava precisando de reforma” (Enfermeiro).

“Aqui é totalmente fora de lógica, né? Esse morro aqui.” (Auxiliar de enfermagem).

Os profissionais ainda foram questionados sobre a adequação da estrutura física para o acolhimento. Por suas falas pudemos inferir que a unidade não possui um espaço físico adequado para a realização dessa prática.

“A gente acolhe naquele primeiro momento na fila né? Onde todos são ouvidos, todos, um por um é ouvido, a demanda de cada um, e, depois tem o acolhimento ao longo do dia. Esse acolhimento ao longo do dia a gente ainda não tem um espaço pra ele. Deveria ter uma sala mais adequada com todos os materiais necessários. A gente fica meio que dividindo sala, vendo qual está desocupada” (Enfermeira).

“A estrutura da Unidade é péssima. Absolutamente inadequada à realização de um bom acolhimento. O espaço físico precisa ser ampliado. Precisa de mais salas, uma recepção maior, com toda a área coberta, com maior número de assentos para os usuários. Precisa de um espaço específico para a realização do acolhimento” (Assistente social 3).

Entendemos que a falta de estrutura física adequada representa uma contradição na prática do acolhimento, quer dizer, como realizar acolhimento se o ambiente não é acolhedor? Além do mais, esse fato pode desestimular a equipe e diminuir o prazer no trabalho e interferir nos processos de produção de saúde e na construção da própria prática do acolhimento.

“A escuta qualificada que a gente faz aqui é pela gente. É por acreditar. (...) Contamos com os residentes super interessados, que acreditam, que fazem aquela escuta, sentam, atendem o usuário, conversam e, mas a estrutura é ruim. Ainda fazemos o acolhimento lá fora e, acabando o primeiro movimento a gente continua entrando” (Assistente social 1).

O Ministério da Saúde na Cartilha intitulada “Ambiência”, uma das publicações relacionadas à PNH, entendida também como um dispositivo, problematiza a questão do ambiente físico e se refere a ele como lugar de encontros e produção de subjetividades, afirmando a interferência no processo de produção de saúde. Segundo o MS (2006d):

“Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais” (Brasil, 2006d: 5).

Assim, parece consensual que a falta de estrutura física adequada pode interferir negativamente na construção da prática do acolhimento, desestimulando os profissionais de saúde e gerando conseqüências impremeditadas como a dificuldade de garantir o sigilo das informações prestadas pelo usuário durante o acolhimento.

4.3. – Exame das práticas de saúde da unidade e as transformações dos processos de trabalho

Como já discutido, a unidade de estudo abrigava o curso de pós-graduação da residência multiprofissional em Saúde da Família. Os residentes permaneciam na unidade por um período de dois anos, sendo então substituídos por outros alunos que assumiriam os atendimentos. Temos motivos para acreditar que a atividade de residência na unidade trazia implicações importantes para a prática do acolhimento, ainda que nem sempre positivas.

Scholze *et al* (2009) nos dizem que o acolhimento é uma prática com potencial para mudança do processo de trabalho e para a ampliação das práticas de cuidado. Porém, os autores nos alertam que esse potencial pode se restringir dependendo do contexto prático no qual o acolhimento será estabelecido. Entendemos que a residência tem um importante papel na constituição desse contexto prático.

Podemos identificar quatro importantes questões que constituem esse contexto de inserção do acolhimento. Acreditamos que três delas influenciam negativamente na prática do acolhimento: 1) vínculo prejudicado entre comunidade e profissionais de saúde; 2) a falta de preparo dos profissionais para a realização do acolhimento; e, 3) a inserção do auxiliar de enfermagem na equipe de acolhimento. A quarta e última questão que destacamos relaciona-se com a maior predisposição dos residentes para a realização do acolhimento o que, supomos, influencia positivamente na construção dessa prática.

A primeira questão que merece ser discutida é a dificuldade de formação de vínculo entre profissionais e usuários devido à alta rotatividade de profissionais na unidade. Apesar de existirem na unidade os profissionais fixos, nas figuras dos preceptores, os residentes, que de fato assumem a área de abrangência, permanecem na unidade por um período muito curto, de dois anos. Já discutimos anteriormente a importância da formação de vínculo para a prática do acolhimento.

“Muita gente não concorda com a residência. Porque, por exemplo, ele tá consultando com aquele doutor, dois anos aqui; a pessoa vai embora, vem outro no lugar. Aí quando ele começa a ter mais contato com aquele doutor, ele vai embora de novo. Acostuma com a enfermeira que é da área dele. Aí quando chega e procura: “Ah, foi embora”. O povo não gosta. O povo reclama muito das trocas de médicos e enfermeiros” (Auxiliar de enfermagem).

Em segundo lugar, os profissionais entrevistados apontam problemas com relação à sua preparação para a realização do acolhimento. Durante algum tempo os residentes recém-chegados ficavam sob a supervisão dos R2 e, obviamente dos preceptores na realização das tarefas. Passado esse período, os residentes começavam a assumir as atividades de fato. Isso causou certo desespero no início, principalmente por causa do acolhimento, pois essa prática para mim era uma palavra que significava várias coisas bonitas na faculdade. Quando comecei a viver esse processo, minha perspectiva mudou.

Isso aconteceu principalmente porque não houve uma preocupação em discutir o acolhimento previamente com os residentes. Essa discussão aconteceu, porém aos poucos, ao longo dos dois anos de residência, o que obviamente trouxe implicações para o processo de construção da prática do acolhimento para esses profissionais. Assim, a discussão teórica sobre a prática do acolhimento aconteceu de forma tardia entre os

residentes, tempos depois que iniciaram o processo na prática. Assim é importante evidenciar o processo de entrada do residente na unidade. Como veremos o residente é o elemento-chave para a sustentação da prática do acolhimento tal como ele se dá na unidade. Porém, a forma como os residentes são preparados para a realização dessa prática pode gerar ressignificações importantes. O que acontece de fato é que os residentes aprendem, inicialmente a fazer acolhimento fazendo. Acompanhados de outros residentes começam a praticar o acolhimento no dia-a-dia, enfrentando e deflagrando as situações que se apresentam, incorporando e reproduzindo as falas e práticas de outros residentes e as suas próprias impressões, para somente depois estudar sobre isso. Ou seja, para somente depois compreender a idealização do acolhimento, o que os teóricos dizem sobre sua prática ideal, e isso pode e, com certeza gera ressignificações na prática do acolhimento.

“É, mas assim, eu acho que não aconteceu uma preparação para gente assumir as atividades, né, os atendimentos; foi logo assim colocado de cara pra gente. Então, não sei, achei que faltou, foi um pouco precipitado nesse sentido. Acho que poderia, como era uma residência multiprofissional, se propõe a desenvolver o residente, a dar uma capacidade não só prática, mas teórica também, eu acho que poderia ter tido uma preparação desse residente “(Assistente social 2).

“Teve uma reunião, eles conceituaram de modo rápido o que era o acolhimento, como ele acontecia na unidade e a gente foi e fez. A gente era residente, e, já acontecia com os outros residentes, com os outros profissionais e a gente foi fazer” (Assistente social 2).

As falas do profissional nos indicam a dificuldade sentida ao chegar à unidade ao se deparar com um processo desconhecido e tão complexo como o acolhimento -

prática em andamento - e não ser preparado para realizá-la. Essa crítica se dá ainda de forma mais dura por ser a unidade de estudo uma unidade de residência que intenta desenvolver as habilidades dos residentes e prepará-lo para as práticas profissionais de forma diferenciada. Ponderamos que a realização do acolhimento sem o conhecimento teórico pode interferir de forma negativa na construção da prática.

Uma terceira questão que gostaríamos de ponderar é como se dá a inserção do auxiliar de enfermagem na equipe e no processo de acolhimento. Durante a entrevista o auxiliar de enfermagem relatou não concordar com a prática e verbalizou não realizá-la. O discurso do auxiliar de enfermagem representou a fala mais destoante entre as analisadas. Acreditamos que isso se dá dessa maneira principalmente por 3 motivos: 1) a formação profissional que não contempla discussões sobre práticas humanizadas e sempre muito voltadas para o aprendizado de procedimentos; 2) a baixa oferta de discussão teórica sobre acolhimento dentro da equipe; 3) dificuldade de inserção do auxiliar de enfermagem como membro da equipe de acolhimento.

Quando problematizado a questão do acolhimento com o auxiliar de enfermagem, o mesmo relatou que não realiza acolhimento

“porque tem as enfermeiras ou assistentes sociais, então tem sempre uma delas pra atender no acolhimento. São elas que fazem. A gente faz a fichinha do acolhimento, põe lá e elas atendem” (Auxiliar de enfermagem).

Assim, fica claro que esse profissional não está utilizando seu potencial em favor do serviço de saúde. E isso pode estar acontecendo também porque não esteja sendo criado um espaço de inserção do auxiliar de enfermagem na equipe. Sobre isso, Malta *et al* (1998) nos falam que

“a capacitação dos profissionais, em especial dos

auxiliares de enfermagem, tornou-se necessária, dando-se em serviço, resgatando o saber do auxiliar como processo contínuo e, de preferência, responsabilizando a própria equipe por montar o seu treinamento e fluxo, bem como criar espaços de troca de saberes no dia-a-dia dos serviços entre várias categorias profissionais” (1998: 139).

Franco e Panizzi (2004) ao contarem a experiência de implantação de acolhimento de Chapecó, detalham as mudanças no processo de trabalho do auxiliar de enfermagem.

“Eliminou-se a pré-consulta para todos os usuários, trabalho que antes era realizado pelo auxiliar de enfermagem, como atividade assessoria da consulta médica. Diante da idéia de que a verificação de sinais vitais faz parte da própria consulta, isto deixou de ser realizado pela auxiliar, foi transferido ao médico e à enfermeira, e no caso do Acolhimento, é realizado ali também, sempre que seja verificada esta necessidade. Salienta-se que no processo de trabalho anterior, existia uma sala de sinais vitais, onde todos os usuários eram verificados antes da consulta médica e de enfermagem. Isso demandava um tempo das auxiliares de enfermagem, explicitando uma fragmentação desnecessária da consulta” (Franco e Panizzi, 2004: 94-5).

Na UBS “Abrigo” a prática do auxiliar de enfermagem já foi redirecionada para que esse profissional se integre às atividades de acolhimento. A verificação de sinais vitais que era realizada antes das consultas médicas e de enfermagem não são mais atribuições desses profissionais e acontece durante as consultas, evitando sua fragmentação desnecessária e deixando os auxiliares mais livres para a prática do acolhimento. Mas isso não acontece e os auxiliares de enfermagem não participam ativamente do processo de acolhimento. Afinal, ao retirar as atribuições dessa categoria

sem trabalhar com eles o tema acolhimento se produziu um distanciamento dos mesmos desta prática e do cuidado, levando-os a se dedicar às atividades mais burocráticas.

Uma quarta e última questão que gostaríamos de levantar sobre o contexto prático da unidade no qual se insere o acolhimento relaciona-se com a disponibilidade dos profissionais para realizá-lo, que ocorre em diferentes graus quando comparamos os residentes aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, profissionais que compartilham o mesmo espaço de trabalho. Constatamos que os profissionais ligados à residência apresentam maior predisposição para realizar o acolhimento do que aqueles ligados à Secretaria Municipal de Saúde.

“Mas eu acho que por ser residência, eu acho que interfere sim. Há uma permeabilidade maior, uma aceitabilidade maior (...). Porque enquanto residentes, o acolhimento é colocado como diretriz dessa unidade e, com relação aos profissionais que são ligados à rede, não está colocado como sendo obrigatório” (Enfermeiro).

“É muito positivo porque o residente sabe que a gente tem mais experiência e isso é muito respeitado aqui. Eles podem até questionar, falar uma coisinha ou outra; mas, no dia da oficina do acolhimento a gente trabalho o desafio, as dificuldades que eles têm. E aí, com certeza, se fosse um profissional da secretaria de saúde não teria tanto. É que nós estamos com três médicos e nenhum deles participa. Com os técnicos de enfermagem é péssimo o acolhimento. Eles falaram que tem horror, esse negócio de acolhimento eles não gostam, não querem saber. Às vezes eles acolhem e nem sabem. Porque às vezes, o que irrita eles é o usuário que chegar tarde e é atendido, e isso não pode” (Assistente social I).

“Acho que se o espaço não fosse destinado ao aprendizado (como ocorre no caso de uma Unidade com

residência), o acolhimento encontraria ainda mais dificuldades para ser implantado e executado. Os profissionais que já estão inseridos na rede há muitos anos, executando sempre a mesma prática burocrática, encontram muito mais dificuldades para modificar o atendimento. Na residência, além dos profissionais serem, em sua maioria, recém-formados, a maioria estava disposta a aderir a novas metodologias de atendimento” (Assistente social 3).

Assim, constatamos que os residentes têm mais predisposição à adesão da prática do acolhimento se comparado a outros profissionais. Se a PNH intenta realizar mudanças nos processos de trabalho a partir da mobilização de sujeitos, isso não está acontecendo, e, torna-se notório o desafio da política em mobilizar esses trabalhadores para a adesão de práticas humanizadoras nos serviços de saúde.

Em razão do contexto explicitado acima e, principalmente em função da não adesão da proposta por todos os profissionais da unidade, o trabalho em equipe, bem como as relações entre os profissionais, ficam prejudicados. É importante relatar que o acolhimento realizado na unidade tinha como pressuposto o atendimento de todas as pessoas que procuravam o serviço, todas sem exceção. Não importava o horário que essa pessoa chegasse ao serviço, o que já indica uma mudança concreta com relação à ampliação do acesso.

Podemos dizer, didaticamente, que o acolhimento ocorria em dois momentos distintos na unidade: o da recepção e ao longo do dia. No primeiro momento de recepção dos usuários a equipe de acolhimento da semana¹⁰ ia para o pátio onde se formava a fila¹¹ e dava recados, falava sobre os grupos e serviços que iriam acontecer

¹⁰ Como já dito, havia três equipes funcionando no mesmo espaço; para fins de acolhimento essas equipes se revezavam semanalmente.

¹¹ Por mais que os usuários soubessem que poderiam chegar a qualquer momento na unidade que seriam

durante a semana, explicava e dialogava sobre o que era acolhimento e, por fim, escutava, um a um, os usuários que ali estavam tentando dar soluções para as demandas que eram trazidas. Era o momento de encontro de um profissional com um usuário.

Essa primeira etapa do acolhimento acontecia no pátio mesmo, onde se formava a fila, pois não havia uma sala específica de acolhimento. Os profissionais que faziam o acolhimento se afastavam uns dos outros para ouvir os problemas dos usuários ali mesmo, no pátio, o que não contribuía para a manutenção da privacidade das pessoas.

Após esse momento (que durava aproximadamente uma hora, dependendo da quantidade de pessoas) esses profissionais iam assumir suas atividades do dia. Porém, as pessoas buscavam o serviço de saúde o dia inteiro e todas as pessoas que chegavam eram atendidas pela equipe de acolhimento, que intercalava as atividades já agendadas com as de acolhimento.

Essa dinâmica de funcionamento do acolhimento traz inúmeras implicações para o processo de trabalho e principalmente para o trabalho em equipe. Quando trouxemos a questão da interferência do acolhimento no trabalho em equipe, os discursos giraram em torno do potencial de favorecimento do trabalho em equipe causado pelo acolhimento.

“qualquer profissional da unidade pode acolher e, daí, as demandas podem ser divididas e, junto com isso, as decisões podem ser compartilhadas” (Médico).

“eu acho que favorece (o trabalho em equipe) sim, a partir do momento que o acolhimento está funcionando, que os canais estão abertos, há muita troca. Há muita divisão do saber, há muita troca de experiência” (Enfermeiro).

“favorece (o trabalho em equipe) na medida em que um profissional depende do trabalho do outro para que o

atendimento ocorra de forma adequada. E, acima de tudo, porque o diálogo interprofissional se torna fundamental. As dificuldades estão em, de fato, efetivar essa prática do diálogo e da prática interdisciplinar” (Assistente social 3).

Outro ponto que favorecia o trabalho em equipe e a troca de saberes e fazia parte da rotina de trabalho na lógica do acolhimento era a discussão de casos, onde eram problematizadas as soluções dadas aos pacientes.

“Havia reuniões de equipe onde alguns casos eram discutidos. Essas reuniões eram semanais. Nelas, pegava-se o prontuário do usuário e discutia-se as abordagens realizadas por diferentes profissionais realizadas naquele caso específico” (Assistente social 3).

“Não discutimos todos os casos, mas os casos mais sérios. Durante reunião de equipe, na maioria das vezes, ou mesmo logo após o atendimento, quando dá tempo” (Médico).

Porém, os profissionais nos alertam que apesar do favorecimento do trabalho em equipe ser uma potencialidade do acolhimento, as dificuldades relacionais não deixavam de existir.

“Eu acho que a principal dificuldade é a pessoa estar aberta; se todos os membros estão abertos para esse acolhimento flui bem. Agora se já tem um que não concorda, que não está aberto, aí fica mais difícil” (Enfermeiro).

“As relações são um desafio. Ora você tem um bom médico, ora você trabalha com um enfermeiro centralizador, ora você trabalha com um assistente social que acha que dá conta de tudo” (Assistente social 1).

Essas dificuldades de relações entre os profissionais da equipe de saúde podem levar a interferências na rotina de trabalho. Muitas das falas apontam as dificuldades de relacionamento com a categoria médica nos processos de trabalho, no dia-a-dia das práticas de saúde.

“Você deveria considerar a equipe de trabalhar mais junto; considerar a enfermeira que trabalha com você a sua parceira, o assistente social, o médico. Mas tem médico que não gosta que você bata na porta. Porque antes a gente trabalhava com preceptor e residente e, agora, trabalhamos com médico de apoio e, esse médico de apoio não quer participar do acolhimento. O acolhimento deveria trazer mais o trabalho de equipe, mas nem sempre acontece” (Assistente social 1).

“A participação de todos os profissionais, a resolução da demanda, quando você precisava da intervenção de outro profissional, então você tinha problemas. Há excessiva procura pela demanda médica e há reclamação desses profissionais” (Assistente social 2).

Havia uma situação, sempre muito recorrente que me causava certa angústia. A equipe de acolhimento, ao verificar uma demanda médica, procurava agendar para esse profissional. Por muitas vezes essa agenda já estava lotada e tínhamos que conversar com o profissional para saber da possibilidade de atendimento do paciente. No final do processo, o médico decidia se atenderia ou não. Quando a resposta era negativa, ficava a responsabilidade para a equipe de acolhimento em levar a resposta negativa para o paciente e buscar outras soluções. Quando isso acontecia sempre me dava a impressão de que o paciente enxergava na equipe de acolhimento um obstáculo entre ele e o médico. E também que, no final, o poder médico de decisão sobre o processo sobrepujava o da equipe.

Há, inegavelmente, na fala dos profissionais, uma explícita dificuldade dos médicos em aderir à proposta de acolhimento. Cecílio (1999), ao analisar a gestão do poder no hospital, contrapondo a autonomia e o controle dos trabalhadores de saúde vem nos dizer que a mudança dos processos de trabalho

“seria vista, sempre, como uma ameaça. Assim, modelos de gestão com forte ênfase na publicização de espaços, na transparência da gestão do cotidiano, na contratualização, na avaliação pública dos resultados dos trabalhos e, inclusive, numa verdadeira análise de processos de trabalho (os “fluxogramas analisadores” são um bom exemplo) são vistos como ameaçadores por esses trabalhadores” (Cecílio, 1999: 324).

Também Cecílio e Mendes (2004) ao analisarem a proposta de implantação de dispositivos para a reorganização do processo de trabalho em um hospital vem nos dizer que a participação dos médicos nesse processo foi inexpressiva.

“Podemos perceber que os médicos não participam da pauta que se referem à gerencia dos cuidados e às questões relativas ao cotidiano das enfermarias. Os médicos, poucos presentes, discutem a questão referente à ocupação de leitos e criticam a atual gestão no que tange à rapidez das mudanças (“não há tempo suficiente para a incorporação das mesmas”). (...) A baixa adesão dos trabalhadores às reuniões do Colegiado pode significar uma resistência pacífica e boicote a esta proposta de direção” (Cecílio e Mendes, 2004: 50).

Transpondo essa questão para a realidade da UBS “Abrigo”, acreditamos que o mesmo processo de boicote ou resistência pacífica pode ter ocorrido. Quando o profissional médico não vai para a fila no momento inicial de acolhimento, quando ele não participa, pode estar contribuindo para a não legitimação da prática aos olhos da

comunidade.

“Então as pessoas não têm esse compromisso de vir pra fila no primeiro momento. Eles trabalham no segundo momento do acolhimento; mas esse primeiro momento de ser aquela equipe que está designada pro acolhimento naquela semana - os profissionais, principalmente os profissionais médicos não tem esse compromisso” (Enfermeiro).

“Era a parte mais estressante do nosso trabalho. O problema não era escutar o usuário, o problema era o momento que você vai dar o retorno. E como eles (médicos) não faziam parte da equipe de acolhimento porque achavam que se eles estivessem ali iam dar uma consulta, ele não fazia acolhimento; porque ele já está achando que está ali só mesmo pra fazer consulta e prescrever, não está ali pra escutar, né?” (Assistente social 2).

Também podemos perceber a existência de uma forma velada de resistência ao acolhimento por parte da classe médica a partir da fala

“Porque o embasamento teórico de quem não quer o acolhimento é muito fragilizado; não trabalha a questão do direito, questão de política pública, não trabalha nada. Então, você derruba. Agora, você derruba a fala, não derruba a ação. Isso é que eu acho o mais difícil, entendeu. Ele faz a micropolítica dele lá atrás. Ele vai pra fila e distribui ficha no lugar de escutar o usuário” (Assistente social 1).

Assim, com relação a essa dificuldade da equipe médica em aderir à prática do acolhimento há prejuízo das relações profissionais, principalmente por conta da dinâmica de trabalho que o acolhimento impõe à equipe de saúde.

“em muitos momentos, essa relação de discutir com o médico não é tranqüila, porque as pessoas têm uma dinâmica de atendimento. Então, isso atrapalha, incomoda. O que a gente percebe é que sempre que tem um profissional médico recém-chegado ele fica estressado com essa dinâmica de trabalho. Que às vezes ele tá atendendo, aí no meio da consulta você vai abordar ele, entre uma consulta e outra você vai ter que abordar ele pra discutir algum caso” (Enfermeira).

Segundo Cecílio, os médicos são os únicos profissionais realmente autônomos, a natureza do poder médico é um poder-saber e as dificuldades de adesão desses profissionais a diferentes modelos encontram-se no medo de dividir esse poder e perder a autonomia (Cecílio, 1999). O autor nos diz que o mesmo não acontece com o corpo de enfermagem, contrapondo diferentes comportamentos entre médicos e enfermeiros.

“As enfermeiras desenvolvem estratégias competentes de ocupar e hegemonizar novos dispositivos institucionais pensados para democratizar a vida da organização, inclusive como forma de se fortalecerem perante os médicos e vários movimentos internos de deslocamento e reconcentração de poder em instâncias pensadas como dispositivos para a democratização da vida institucional” (Cecílio, 1999: 317).

De fato, não observamos dificuldades de adesão do acolhimento por parte do profissional enfermeiro e nem do assistente social. Acreditamos que isso se dá porque o acolhimento pode estar contribuindo para a legitimação social dessas profissões e, com isso, redistribuindo o poder.

Mesmo que o médico não participe ativamente do acolhimento, acaba contribuindo para o seu acontecimento, pois a unidade funciona com a agenda aberta. Trabalhar com agenda aberta traduz pelo menos duas questões importantes para o

funcionamento do serviço: 1) que todos os profissionais de saúde têm acesso à agenda médica, tendo a liberdade de marcar consultas; e, 2) uma parte dessa agenda fica aberta para receber o agendamento da demanda espontânea captada pelo acolhimento, sem prejuízo dos atendimentos programados.

“Porque uma das coisas que o acolhimento aqui deu certo é que a agenda é livre. Agenda aberta do médico. Então você consegue dar resposta. Porque se o médico esconde a agenda dele você não consegue” (Assistente social 1).

Franco e Panizzi (2004) ao descreverem o processo de acolhimento em Chapecó com relação à inserção dos profissionais médicos nos relatam que

“Os atendimentos programados, que já aconteciam na UBS, permanecem agendados, mas o médico fica com parte da agenda aberta garantindo a retaguarda para os casos encaminhados pelo profissional que está no acolhimento e que demandou atendimento médico. Os médicos também participam do Acolhimento, numa proporção bem menor que os demais profissionais, mas que se considerou como importante como forma de conhecer de perto os usuários que buscam o serviço e os problemas trazidos por eles, contribuindo para ser sujeito ativo do processo. É também uma forma de incorporar os cuidados prestados pelas outras categorias profissionais, contribuindo para uma relação mais integralizadora e colaborativa entre os trabalhadores” (Franco e Panizzi, 2004: 93).

O assistente social nos alerta para o fato de que quando os profissionais da equipe não estão afinados com a proposta do acolhimento, esta prática pode apresentar conseqüências impremeditadas, não gerando os efeitos esperados.

“Como membro da equipe, a principal dificuldade consiste na efetivação de uma articulação interprofissional que favoreça o bom desenvolvimento do trabalho. Não adianta querer executar a ação de acolher isoladamente, é necessário que os vários profissionais que compõem a equipe estejam afinados com a proposta. Caso contrário, a intervenção pode se tornar deficiente e ineficaz” (Assistente social 3).

Parece notória que a participação do médico na prática do acolhimento é importante porque o faz conhecer o usuário que busca o serviço, bem como suas necessidades, viabiliza o contato com outros profissionais e a troca de saberes, bem como faz com que as relações de trabalho sejam mais colaborativas e, acima de tudo endossa a prática do acolhimento junto à comunidade. Assim como parece claro que a não participação desse profissional tem trazido implicações negativas para construção da prática do acolhimento e para o trabalho em equipe.

4.4- Os sentidos do acolhimento para os profissionais de saúde

Neste momento tentamos captar, através das entrevistas, o entendimento teórico dos profissionais de saúde acerca do tema acolhimento. E, ainda, o que pode ter contribuído para a construção desse entendimento tal como ele se apresenta.

Sobre esse entendimento teórico, os atores indicam que

“Acolhimento é uma política, (depois que a gente entrou e já estava trabalhando, estudando, que é uma coisa errada, que deveria ter acontecido antes), mas hoje assim eu tenho o entendimento de que é uma política que é voltada para a humanização dos serviços, para a viabilização do acesso aos serviços de saúde, é uma política que ela visa reorganizar as atividades, não só o contato com o usuário, mas entre os profissionais. É isso: uma reorganização do serviço de saúde;

uma política que visa isso: humanização, acessibilidade, a cumprir mesmo os preceitos e diretrizes do SUS” (Assistente social 2).

Outras falas indicam para o acolhimento como

“Uma palavra que se você for pensar tem muitos significados. Pra mim o acolher é você receber, receber bem o usuário tendo como predisposto fundamental a questão do direito. Então acho que acolher bem, melhorar o acesso, mas tudo tendo como base a questão do direito do usuário, a questão da saúde” (Assistente social 1).

“Acolhimento é receber o usuário que procura a unidade procurando dar a melhor resposta possível dentro do que ele busca, levando em conta o que podemos oferecer no momento” (Médico).

“Acolhimento é uma das ações que podem ser desenvolvidas no espaço de trabalho que se configura como instrumento de humanização do atendimento. É uma forma de atendimento que prioriza a escuta cuidadosa de cada demanda trazida pelos usuários e que pretende dar uma resposta possível a esta demanda posta. Além de permitir que todas as pessoas que procuram o serviço tenham acesso a um atendimento, também garante uma maior eficiência ao serviço prestado” (Assistente social 3).

“Olha, eu hoje não consigo pensar na minha prática sem acolher. Eu acho que está diretamente ligado ao que a gente faz no dia-a-dia mesmo que é lidar com as pessoas, que é lidar com as demandas delas, com a necessidade delas; que é de repente você tentar achar o melhor caminho praquela demanda (...) eu acho que isso é obrigação de quem tá lidando com o povo, de

quem tá lidando com a saúde, que é realmente receber as pessoas e ouvir quais são as suas necessidades, tentar interpretar o que está atrás daquela fala”(Enfermeiro).

Podemos perceber que o entendimento teórico dos profissionais entrevistados sobre acolhimento não possui muitas discrepâncias. A maioria inclui no conceito de acolhimento questões como a humanização dos serviços e o acesso, principalmente quando se referem ao acolhimento como recepção do usuário. Os assistentes sociais, porém colocam de forma mais clara à relação do acolhimento com a questão do direito. O enfermeiro entende o acolhimento como uma prática já incorporada ao seu processo de trabalho.

Incomoda, porém um trecho das falas do assistente social e do médico quando estes nos falam sobre dar as respostas às demandas do usuário “levando em conta o que podemos oferecer no momento” (Médico) e “que pretende dar uma resposta possível”. Entendemos que esse “possível” referido pelos profissionais relaciona-se com a capacidade operacional dos serviços de saúde, que nem sempre é ótima. Malta *et al* (1998) ao falar sobre a implantação do acolhimento refere que este

“veio como um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde e, conseqüentemente, do quanto estão a favor da vida” (1998: 122).

Considerando isso, ponderamos que o acolhimento tem como pressuposto a interferência nos processos de trabalho e sua mudança. Assim, não devemos considerar esse “possível” referido pelos sujeitos de forma estática, posta, instituída, mas sim dinâmica e instituinte. O acolhimento deve ser considerado um processo que abre novas portas e possibilidades. Não desconsiderando aqui as limitações impostas pela estrutura

física, falta de recursos humanos e materiais, mas, para a prática do acolhimento, esse possível se expande e se renova a cada encontro com o usuário na lógica da defesa da vida.

Podemos observar que os sentidos da prática de acolhimento para os profissionais não representam um discurso homogêneo, pelo contrário os discursos variam entre pólos extremas que vão desde os que defendem cegamente a prática do acolhimento até o extremo oposto dos que são claramente contra.

“O acolhimento pra mim eu acho errado, eu acho errado. Porque se você precisa, eu acho que você tem que levantar cedo e correr atrás de uma consulta. Tem gente que chega aqui 15 pras 11, 10 pras 11. Você faz o acolhimento pra esses que vieram pegar a consulta. Muita gente chega aqui de tarde também “Ah eu não levantei cedo”. Então eu acho que assim o acolhimento não tinha que existir” (Auxiliar de enfermagem).

A noção de acolhimento que o auxiliar de enfermagem imprime em sua fala pode estar relacionada à forma como esse auxiliar se insere na equipe. Mas também pode representar um entendimento mais geral, da própria comunidade, por falta de conhecimento mesmo da lógica do acolhimento. Afinal, pode parecer injusto priorizar o atendimento de alguns em um ambiente onde a lógica da fila sempre foi mandatória.

Mas devemos ponderar também que esse profissional não é ligado à residência: seu vínculo empregatício é com a Secretaria Municipal de Saúde e temos motivos para acreditar que esses profissionais apresentam uma resistência maior com relação à incorporação de novas tecnologias quando comparados aos residentes, como já visto anteriormente. De outra maneira, sabemos que a discussão teórica acerca do acolhimento é muito mais rica para os residentes do que para os auxiliares de enfermagem, que normalmente não participam das reuniões (por estas serem após o

horário). Isso, além de não instrumentalizar esse profissional para o entendimento e prática do acolhimento, pode gerar nele um sentimento de menos valia e de não pertencimento à equipe. Esses fatores podem gerar implicações negativas para a prática do acolhimento como um todo, tendo em vista que são estes profissionais que ficam na recepção. A recepção da unidade é um espaço muito importante para a prática do acolhimento, pois, segundo Schimith e Lima (2004) *“a atividade de recepção de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual ocorre reconhecimento das necessidades dos usuários por meio da investigação, elaboração e negociação de quais serão atendidas”* (2004: 1490).

O auxiliar de enfermagem apresenta certa resistência na aceitação do acolhimento enquanto prática da unidade principalmente baseado na questão do horário.

“Que eles vem reclamar que estão sentindo alguma coisa e geralmente os que vêm fora do horário são os que menos estão precisando de passar por uma consulta. Eles vem procurando uma consulta médica e geralmente são os que não precisam. Porque quem precisa vem cedo” (Auxiliar de enfermagem).

Essa visão do acolhimento não é compartilhada pelos outros profissionais:

“E muitas pessoas às vezes, assim, a gente encontra muitas barreiras com os que estão chegando (profissionais) e que não tiveram contato com esse acolhimento e tem uma visão um pouco distorcida mesmo; às vezes acha que a gente é muito paternalista com o usuário, que o usuário que não chega cedo não tem o direito de ser ouvido, que ele não tem o direito de merecer nada porque ele não chegou cedo” (Enfermeiro).

“Para mim o acolhimento é a qualquer hora, mas para os outros demarcam horário para receber aqueles que não estão agendados” (Médico).

“Sabe eu tinha uma preocupação muito grande; me incomodava muito a mãe que chegava 10 horas e não era atendida porque ela chegou às 10 horas”. (Assistente social 1).

Corroborando com a visão dos profissionais exposta acima, Schimith e Lima (2004) afirmam que *“o acolhimento tem como objetivo resolver o que é de competência da atenção básica, independente da hora de chegada na unidade”* (2004: 1490).

Apesar da fala do auxiliar de enfermagem inegavelmente contra a prática do acolhimento, acreditamos que, de forma geral, os profissionais compartilham noções de acolhimento não muito discrepantes. Porém, ao perguntarmos aos profissionais se o seu modo de entender o acolhimento correspondia ao modo de entender o acolhimento dos outros profissionais, todos referiram que não, e muitos implicando principalmente a categoria médica como destoante, apontando como uma das causas dessa divergência de entendimento teórico acerca do acolhimento a formação profissional dessa categoria.

“não, não, não, não, não e não. Esse é o grande nó, a micropolítica que tem dentro da unidade. Cada um de nós aqui tem um conceito de acolhimento (...) que tem a ver com a formação profissional, tem a ver de como você encara a questão do direito à saúde. Então eu acho que esse é o maior problema” (Assistente social 1).

“a resistência da classe médica eu acho que é a maior coisa, é não ter isso como ideológico para você. Então todo problema que surge nessa unidade tem que acabar com o acolhimento” (Assistente social 1).

“Com certeza não. Olha, difere de acordo com a formação profissional, de acordo com a formação acadêmica. Eu acho que, por exemplo, as categorias de medicina eu acho que eles não

contemplam essa discussão sobre políticas do SUS e muito menos as de humanização e de acolhimento. Então eles acabam tendo um conhecimento a partir dali, da nossa prática” (Assistente social 2).

“Não, com certeza que não (...) a gente encontra algumas dificuldades sim, com outras categorias, com as pessoas que nunca tiveram contato com o acolhimento” (Enfermeiro).

Ora, no discurso verbal sobre conceito de acolhimento dos profissionais, os relatos indicam para certa concordância. Porém, quando se confrontam as opiniões acerca do discurso do outro, essa concordância desaparece. Assim, parece que as discordâncias encontram-se mais na prática do acolhimento do que no discurso. A concordância em torno do conceito não se expressa no dia-a-dia desses profissionais e as falas indicam para o fato de que, entre os profissionais de nível superior, os profissionais médicos apresentam mais dificuldades em praticar o acolhimento que outros, o que fragiliza o processo.

Como já explicitado anteriormente, os profissionais entrevistados apontam para a formação profissional como um dos fatores que podem dificultar a realização de práticas mais integrais de atenção à saúde como deveria ser o acolhimento.

“Nem todos os profissionais da equipe possuem o mesmo comprometimento com o acolhimento. Sobretudo os que historicamente ficaram relegados a atendimentos pontuais e individuais em salas fechadas, com número determinado de fichas a atender. A formação de muitos médicos e técnicos de enfermagem, por exemplo, é muito focada na execução técnica. Não há grande preocupação com a execução de um trabalho com foco na humanização do atendimento e sim na técnica a ser empregada” (Assistente social 3).

Sobre isso e, corroborando o pensamento dos entrevistados, Mattos (2006) afirma que a atitude freqüentemente reducionista e fragmentária dos médicos, segundo os adeptos da medicina integral, se deve aos currículos de base *flexneriana* que privilegiava o laboratório e o hospital. Assim, surge a proposta da reforma curricular para que os médicos “*fossem capazes de apreender seus pacientes e suas necessidades de modo mais integral*” (Mattos, 2006: 45), o que parece não ter dificuldades de se aplicar até o momento.

Apesar de não ter surgido nos relatos a crítica à enfermagem de forma tão explícita temos motivos para crer que também essa classe apresenta dificuldades à incorporação de tecnologias leves em seu processo de trabalho, afinal a base da formação de médicos e enfermeiros não é muito distante uma da outra. Porém, ponderamos que, no caso específico do enfermeiro, a incorporação do acolhimento como prática, tenha se dado de forma mais natural tendo em vista a visibilidade profissional que essa prática pode proporcionar bem como o favorecimento de relações profissionais mais horizontais dentro da divisão do trabalho em saúde.

4.5 – A reformulação do modelo assistencial a partir da prática do acolhimento: o que muda ou deveria mudar

Como já explicitado anteriormente acreditamos que o acolhimento tem o poder de interferência no modelo assistencial. Para Malta *et al* (1998) o acolhimento significa

“a retomada das reflexões sobre a universalidade do acesso e sobre a dimensão de governabilidade das equipes diante das práticas de saúde, em especial do “trabalho vivo dependente”. Representou também o resgate do conhecimento técnico das equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais de Saúde na assistência.

Permitiu, ainda, a reflexão sobre “humanização” das relações em serviço e sobre a parte da lógica de poder contida nesse processo, contribuindo para a concepção de saúde como direito. Ao permitir reflexões e criações coletivas, envolvendo governo, trabalhadores e usuários em um movimento de mudanças necessárias para desenhar esse “novo” fazer em Saúde, resgatou o espaço de trabalho como lugar de sujeitos” (1998: 122).

Os autores elencam várias possibilidades de mudança que o acolhimento pode trazer para os serviços de saúde enquanto dispositivo. Essas potencialidades também foram apontadas pelos profissionais de saúde na prática do acolhimento sob as figuras do acesso, da humanização, do vínculo, da contra-referência, da integralidade, da prevenção e da própria interferência no modelo tecno-assistencial.

“O principal potencial é o de humanizar e otimizar o atendimento e ampliar o acesso dos usuários ao serviço” (Assistente social 3).

“Humaniza o serviço, a acessibilidade, a integralidade da atenção. A visibilidade do trabalho de outros profissionais. A reversão do modelo hegemônico que ainda é médico. O retorno do usuário. O trabalho da prevenção e da educação em saúde naquele processo de acolhimento. A criação de outros espaços de atendimento que privilegiam a educação em saúde” (Assistente social 2).

“Melhora a relação usuário-unidade-profissionais, pois o usuário sai ao menos com sua demanda ouvida e não de cara com uma negativa” (Médico).

“Vejo muita gente sendo encaminhada para o lugar que precisava” (Auxiliar de enfermagem).

Quando questionamos os profissionais não mais sobre potencialidades, mas

sobre o que de fato mudou com a implantação do acolhimento na unidade obtivemos as seguintes respostas:

“Tendo em vista as outras unidades de saúde onde não existe essa proposta, eu acho que o acolhimento ele aumenta o acesso do usuário ao serviço. Eu acho que a gente trabalha mais a referência e contra-referência, sem dúvida nenhuma aumentou muito o atendimento. Eu acho que cresce, você escuta e crescem as possibilidades de você fazer outras intervenções, outras propostas de trabalho. Com certeza aumentou a demanda, aumentou a atividade, as propostas de trabalho” (Assistente social 2).

“Para mim a mudança mais concreta que houve foi com relação à ampliação do acesso aos serviços pelos usuários. Além disso, as necessidades passaram a ser atendidas de forma mais eficiente” (Assistente social 3).

*“O que mudou foi a atitude da comunidade, porque quando você vai pro acolhimento você muda o processo de trabalho, que deixa de ser centrado no médico e passa a ser **centrado na equipe** (...). Eu acho que o acolhimento aumenta a demanda. A demanda é médica mas a necessidade de saúde ela é de todos os profissionais” (Assistente social 1 – grifo nosso).*

“Uma maior satisfação dos usuários, pois tinham suas demandas ouvidas e eles começaram a perceber que nem tudo é só o médico que resolve. Com maior satisfação, com certeza aumentou a demanda” (Médico).

“Eu acho que pra população muita coisa mudou. Hoje as pessoas já sabem que nem sempre o primeiro da fila vai ser o primeiro do atendimento da segunda feira de manhã. Então, também aquela coisa da pessoa madrugar, isso daí com certeza

mudou, diminuiu porque as pessoas sabem que a qualquer momento que elas chegarem aqui elas vão ser ouvidas”
(Enfermeiro).

Assim podemos identificar algumas mudanças que o acolhimento consegue provocar como diminuição das filas, maior atuação de profissionais não médicos, mudança da percepção da comunidade sobre as profissões não médicas, ampliação do acesso e a criação de outros tipos de intervenção alternativos. Acreditamos também que esse aumento da demanda relatado pelos profissionais de saúde, representa que o serviço de saúde agora passou a ter olhos de enxergar uma demanda que provavelmente estava reprimida. O depoimento do assistente social sobre a mudança do processo de trabalho que deixa de ser centrado no médico e passa a ser centrado na equipe nos chama a atenção pelo fato de que a equipe como um todo não está afinada com a proposta do acolhimento. Afinal, de que equipe estamos falando aqui? Do enfermeiro e do assistente social? – já que as entrevistas indicaram para uma atuação maior dessas classes profissionais na prática do acolhimento? Não é indicado nesta fala o conflito com os auxiliares de enfermagem nem tampouco o conflito existente com a classe médica. Assim acreditamos que há na unidade uma segmentação da prática do acolhimento, o que o fragiliza como processo de trabalho. Podemos dizer que essa segmentação ocorre à semelhança daquela segmentação discutida nos programas de humanização, com a adesão de uma nova classe profissional – os enfermeiros. Os enfermeiros se inserem, porém, na prática do acolhimento, principalmente porque essa prática lhes dá visibilidade social e redistribui o poder nas relações profissionais sempre conflituosas e submissas notadamente com relação à categoria médica.

Outra fala do médico sobre as mudanças que o acolhimento realizou remetem à formação de vínculo profissional-comunidade, porém exalta a visão biologicista que esse profissional impõe à prática do acolhimento.

“Maior vínculo com a comunidade, pois o usuário com queixa aguda tem uma resposta mais rápida e tem evitado ir ao pronto atendimento – fala deles mesmos durante o acolhimento” (Médico).

Essa visão vai de encontro aos preceitos do acolhimento. Teoricamente o acolhimento deveria servir ao princípio da integralidade. A prática do acolhimento deveria ter o poder de despertar nos profissionais outros olhares e novas formas de atendimento que não as focadas no ser biológico.

Ainda pensando sobre as potencialidades do acolhimento Scholze *et al* (2009) refletindo sobre o vínculo que a prática do acolhimento pode gerar entre usuário-serviço de saúde, referem que

“esse tipo de vínculo é capaz de gerar satisfação e segurança, sendo fruto de um atendimento baseado na escuta e no bom desempenho dos profissionais, influenciando inclusive o acesso geográfico, pois o atendimento com resolutividade promove a procura por determinadas unidades, mesmo implicando maior deslocamento do usuário” (2009: 308).

Os mesmos autores ao realizar uma revisão bibliográfica sobre a implantação do acolhimento na atenção básica puderam verificar *“que a maior potencialidade das experiências do acolhimento na APS tem sido a redução da demanda reprimida”* (Scholze *et al*, 2009: 308).

Assim, o acolhimento pode gerar um aumento da procura dos usuários pela unidade de saúde, mas devemos problematizar essa questão, pois há nos relatos uma fala sobre como a prática do acolhimento pode ser cansativa e estressante para o profissional.

“A equipe de acolhimento ela fica - você sabe como é cansativo porque a equipe acolhe a todos. Se entrar 100, são 100 que vão ser acolhidos, então isso é muito difícil” (Assistente social 1).

“Olha o acolhimento lá na UBS “Abrigo” ele ao mesmo tempo em que era importante, ele era estressante. Mas assim, a partir do momento que você dá escuta pro usuário você tem que se readequar a todo o momento. E se propor a reciclar aquele atendimento. Olha, eu acho que você se envolve com o usuário, você tem o comprometimento de dar um retorno pra ele e, como eu falei, pode ser estressante. (...) o acolhimento é mais serviço, mais demanda” (Assistente social 2).

Portanto, estar no acolhimento significava uma carga de trabalho enorme. A demanda sempre era uma super demanda. A demanda sufocava. Às vezes nos perguntávamos por que isso acontecia – quais as influências da realização do acolhimento sobre essa demanda. Eu nunca estive muito certa sobre a resolutividade do acolhimento. Mas também não conseguia imaginar o serviço ou minha própria prática sem acolher. Às vezes tinha a impressão de que a demanda só era crescente porque não conseguíamos, com o acolhimento, aplacar as necessidades de saúde dos usuários.

Assim o acolhimento se tornava uma prática estressante e angustiante. Fazer acolhimento significava escutar todas as pessoas que procuravam o serviço de saúde em busca de solução para seus problemas. E, mais do que escutar, acolher significava se comprometer com o usuário em busca dessa solução.

Porém, o encontro das soluções para as demandas do usuário, na grande maioria das vezes, não dependia de um único profissional. Isso nos obrigava a buscar outros profissionais, realizar trocas e gerar uma proximidade que nem sempre era confortável.

Dessa forma, há um tipo de sofrimento sentido pelos profissionais a partir da prática do acolhimento, gerado principalmente pelo aumento da demanda e pela

possível dificuldade sentida em responder satisfatoriamente a todos os usuários que procuram o serviço de saúde. Scholze *et al* nos dizem que

“as propostas da PNH conduzem tanto a possibilidades de humanização do trabalho no SUS como a novas exigências, capazes de sobrecarregar ainda mais os profissionais de saúde, caso estes não estejam instrumentalizados para lidar com o aumento da demanda gerado na ampliação qualitativa da universalidade e pela qual devem se responsabilizar” (Scholze et al, 2009: 304).

Também Sá (2001), vem nos dizer que as dificuldades encontradas pelos profissionais na implementação de processos de mudança nas organizações têm gerado um mal-estar nas organizações de saúde. Segundo a autora, *“tal situação tem produzido, na população em geral e entre os profissionais de saúde ainda comprometidos com a melhoria das condições de vida e saúde em nossa sociedade, sentimentos de perplexidade, impotência e muito sofrimento” (Sá, 2001: 152).*

Ponderamos que uma forma de minimizar esse sofrimento seria instrumentalizar o profissional que realiza acolhimento, preparando-o para lidar com esse aumento da demanda e os diferentes tipos de necessidades que os usuários podem trazer. A gestão tem um importante papel de suporte na instrumentalização dos profissionais. Schimith e Lima (2004) apontam que a falta de estrutura e o distanciamento da SMS pode prejudicar o andamento dos atendimentos nas unidades de saúde. Segundo a fala dos profissionais a SMS de Juiz de Fora tem oferecido apoio inexpressivo à prática de acolhimento realizada na unidade. Quando perguntados sobre o interesse da SMS sobre a proposta de acolhimento da unidade as respostas obtidas foram:

“Não, só essa vez (...), chamaram a gente pra fazer uma capacitação dos profissionais e nós fizemos. Mas assim, de vir e

conhecer, não. Eles falam que todo mundo tem acolhimento. O acolher pra eles, a Política de Humanização tá implantada, com uma diferença, não tem estudo, não tem capacitação. Você vai conversar com os profissionais (de outras unidades) sobre isso, eles falam: “Ahhhh, quando é que você tem tempo pra isso?”. Não é porque implanta o programa que você não tem que estudar, que você não tem que conhecer experiências” (Assistente social 1).

“Nunca teve, eles sabem como a gente trabalha, mas nunca teve assim “Ah eu quero ir lá olhar, eu quero ver como funciona”. A gente já teve aqui uma equipe do Jóquei¹² interessada em saber como que era essa dinâmica, de querer conhecer pra fazer essa tentativa de implantar lá. Mas como não teve adesão de todos os profissionais ficou só na tentativa mesmo. Foi um coisa meio que isolada de uma outra unidade que teve contato, (...)mas por parte da secretaria não” (Enfermeiro).

“em momento algum. Inclusive quando nós tínhamos que sentar para fazer uma reunião geral uma vez por mês (...) a gente tinha problema de fechar a unidade para fazer isso. Então não tinha interesse mesmo; eu acho que eles nem sabiam e também não estavam interessados em saber como acontecia, porque sabe que acolhimento dá trabalho, né? Pra ficar sabendo pra depois talvez tentar implantar em outra unidade....” (Assistente social 2).

Assim fica claro o baixo nível de envolvimento e comprometimento da gestão com o processo de acolhimento da unidade. Nas falas pudemos perceber que, além da falta de interesse pelos processos que ocorriam na unidade, a falta de capacitação técnica também foi apontada como um problema. Malta *et al* (1998) nos falam da necessidade de estruturar momentos de capacitação técnica e de reciclagem dos

¹² Nome de um bairro de Juiz de Fora onde se insere uma Unidade Básica de Saúde.

profissionais envolvidos na proposta de acolhimento.

Outros elementos que envolvem a gestão da Atenção Básica e que interferem na realização do acolhimento são: a estrutura física da unidade, insuficiência de recursos humanos, necessidade de capacitação e recursos materiais.

Malta *et al* (1998) vêm nos mostrar que

“O acolhimento constitui-se potente disparador de mudanças, permitindo uma profunda reflexão dos problemas anteriormente existentes no serviço, os quais, com a mudança do processo de trabalho vêm à tona com toda a força: área física inadequada, insuficiência quantitativa e de capacitação de recursos humanos, falta de protocolos, dificuldade de obtenção de apoio diagnóstico e de consultas especializadas, falta de medicamentos, ambulância e leitos, falhas dos processos gerenciais, enfim, inúmeros problemas, que não são nenhuma novidade para as equipes, afloraram como problemas emergentes” (Malta et al, 1998: 138).

Gostaríamos de destacar aqui as dificuldades relatadas pelas equipes em realizar os encaminhamentos externos em respostas às demandas trazidas pelos usuários. A organização do fluxo do usuário pelo sistema de saúde nos níveis de atenção, bem como a garantia de continuidade da assistência e integralidade são também de responsabilidade da gestão municipal e não tem acontecido de forma a assegurar a continuidades da assistência, impactando na qualidade e efetividade da mesma.

“Ocorriam os encaminhamentos externos, pras outras unidades e outros serviços; o problema é aquilo, do funcionamento dos outros serviços, se a pessoa tinha acesso. Geralmente nas outras unidades não tem acolhimento” (Assistente social 2).

“Na maioria das vezes, a maior barreira de acesso era a falta de vagas para um atendimento mais rápido dos casos a serem encaminhados. Em outros casos, a dificuldade dava-se pela ausência de recursos públicos para atender a demanda posta pelo usuário” (Assistente social 3).

“No serviço mesmo com relação à atenção secundária a gente tem muita dificuldade. Porque não há contra-referência. Porque as pessoas, às vezes não tratam o usuário de uma maneira tão adequada. Porque os fluxos são truncados mesmo. Então eu vejo assim, que quando a coisa sai daqui de dentro fica pior” (Enfermeiro).

A prática do acolhimento geralmente proporciona a emergência de demandas dos usuários antes esquecidas pelo sistema de saúde e, quando não há serviço que atenda a essas necessidades, a tendência natural é que novos serviços sejam inventados, criando, como Merhy (2007) denomina, *linhas de fuga* dos modos de atender já instituídos. Na unidade “Abrigo”, alguns serviços e modalidades de atendimento foram criados a partir da escuta dessas demandas, como por exemplo: o “fluxograma de saúde mental”, o “café com saúde”, o “mural da saúde”, o “feito à mão” e outros inúmeros serviços, principalmente na modalidade de grupos (o que foge à lógica do atendimento individual), além dos grupos tradicionais incentivados pelo MS. A criação desses serviços é uma consequência impremeditada da política.

Há demandas, porém, que não são de competência da atenção básica e, tendo sido escutadas e valorizadas caem no vazio da referência, pois nem sempre há serviço ou modalidade de atendimento em outros níveis de atenção que absorvam essa necessidade de saúde. Assim, a referência, o encaminhamento, não é sinônimo de acolhimento ou continuidade da assistência ou defesa da vida - pois nem sempre a rede de serviços de saúde está organizada nessa lógica.

É claro que para que o acolhimento aconteça, deve-se ter profissionais da equipe predispostos a realizá-lo. Porém, acreditamos também que a organização dos fluxos do usuário para outros níveis de atenção deve funcionar na lógica do acolhimento. Podemos dizer que a UBS “Abrigo” tem funcionado como uma ilha dentro do sistema de saúde de Juiz de Fora, considerando a falta de interesse da gestão municipal e a ausência de integralidade dos outros níveis de atenção. E esse acolhimento isolado, ilhado, é muito difícil de acontecer.

Considerações Finais

O acolhimento é uma prática anterior à Política Nacional de Humanização e possui diferentes concepções dentro das propostas políticas do Projeto em Defesa da Vida, dos Programas de Humanização e dentro da própria PNH. No PDV, apesar de não surgir a palavra acolhimento, é defendida a realização de práticas em defesa da vida dentro dos serviços de saúde que tenham a potencialidade de mudar o cotidiano dos serviços e torná-los mais afinados com os propósitos da Reforma Sanitária Brasileira e, com os próprios princípios do SUS. Os Programas de Humanização representam as práticas de humanização muito fragmentadas, relacionadas a algumas categorias profissionais como o assistente social e o psicólogo. Além disso, esses programas são muito voltados para a assistência hospitalar e, dentro da assistência hospitalar, mais intimamente ligados às ações de Saúde da Mulher. A Política Nacional de Humanização já nos trás outra direção para o acolhimento, entendendo-o como dispositivo para a realização de mudanças das práticas de saúde no dia-a-dia dos serviços. Porém, a concepção de acolhimento dentro da Política Nacional de Humanização é confusa, ora sendo entendida como diretriz; ora sendo entendida como dispositivo; e ora como protocolo para a avaliação de risco. E, dentro deste protocolo de avaliação de risco há um predomínio do discurso biológico em detrimento de outros como o psicossocial. À parte da intenção da PNH que cremos, seja provocar mudanças benéficas nos processos de trabalho e interferir na lógica do modelo assistencial vigente, acreditamos que essa multiplicidade de concepções do acolhimento pode gerar diferentes interpretações e reproduções dessa prática no dia-a-dia dos serviços de saúde nem sempre premeditadas pela política. Não estava previsto pela PNH o encarceramento do conceito de acolhimento dentro do protocolo de classificação de risco, evidenciando esse processo como uma das conseqüências impremeditadas da política.

Com relação à inserção da prática de acolhimento na unidade de estudo pudemos

concluir que o acolhimento foi demandado principalmente pelos profissionais da unidade, tendo pouca participação da comunidade ou da gestão municipal na construção dessa prática. O acolhimento na unidade iniciou-se em 2001, portanto, anterior à Política Nacional de Humanização, mas bastante influenciado pelo PDV mediado pelo relato de Betim. Não foram observadas grandes transformações ou influências da prática do acolhimento na unidade após a publicação da política, sendo esta mesmo desconhecida por alguns profissionais que realizam o acolhimento. Porém existiram ressignificações importantes da prática do acolhimento que surgiram no dia-a-dia a partir das interações dos sujeitos. Existiram críticas com relação ao protocolo de “acolhimento com classificação de risco” por parte dos profissionais que o classificaram como favorecedor de uma visão biologicista. Confirmou-se a inexistência de protocolos de acolhimento na unidade; os protocolos existentes favorecem o atendimento por grupos com demandas especiais como os hipertensos, diabéticos, saúde mental..... Este fato pode favorecer a construção da prática do acolhimento no instante em que os protocolos, quando confeccionados para favorecer a prática integral e o trabalho em equipe podem valorizar e potencializar atividades de categorias profissionais não-médicas. Além disso, a confecção de protocolos não estava prevista pela política e se configura numa consequência impremeditada de efeitos positivos sobre os processos de trabalho.

Tendo em vista a importância do ambiente, do espaço físico como lugar potencial para o encontro de sujeitos e a construção de subjetividades, concluímos que a não adequação da estrutura física da unidade interfere sobremaneira a prática do acolhimento, não permitindo, inclusive, direitos básicos dos cidadãos como é o caso do sigilo das informações prestadas e o desestímulo do profissional.

O acolhimento é uma prática, um dispositivo, que intenta melhorar o acesso aos serviços de saúde e provocar mudanças nos processos de trabalho através de uma lógica

usuário-centrada. Vislumbramos na prática no acolhimento essa potencialidade. Porém, o acolhimento pode nem sempre causar as mudanças que propõe, dependendo do contexto prático no qual é inserido. Foram identificados quatro cenários que compõem esse contexto prático da UBS “Abrigo” que podem estar interferindo na prática do acolhimento. Três deles influenciam de forma negativa na prática do acolhimento: 1) a dificuldade de formação de vínculo entre profissionais e usuários da unidade, tendo em vista a residência multiprofissional, na qual há substituição da equipe de tempos em tempos; 2) a preparação dos residentes para a realização do acolhimento se dá de forma tardia, quando os profissionais já estão na prática do dia-a-dia, realizando o acolhimento, sem embasamento teórico; 3) a inserção do auxiliar de enfermagem na equipe de acolhimento – a oferta de discussões sobre o acolhimento é muito mais rica para os residentes do que para os auxiliares de enfermagem que normalmente não participam das reuniões; a própria forma de organização da prática não insere esse profissional como membro da equipe de acolhimento e, a formação do auxiliar de enfermagem também foi apontada como fator dificultador por não contemplar discussões sobre práticas humanizantes, valorizando a realização de procedimentos; e, 4) por fim, e como fator positivo que a residência trás, foi apontado que os profissionais ligados à residência apresentam mais predisposição para a incorporação de outras tecnologias quando comparados aos profissionais ligados à secretaria municipal de saúde. Notamos outra consequência imprevista no momento em que a PNH acredita que sujeitos sociais, quando mobilizados são capazes de transformar realidades. Atentamos para o fato, porém de que essa mobilização não está atingindo todos os profissionais, reduzindo o poder de interferência nas práticas de saúde e no próprio modelo assistencial.

Os profissionais acreditam no potencial do acolhimento em fortalecer o trabalho em equipe, mas ao mesmo tempo ponderam que as habilidades relacionais são muito

exigidas nessa prática e que esse ponto ainda seria um desafio. Foram apontados muitos problemas de relacionamento com a equipe médica, onde evidenciou-se uma dificuldade de adesão da prática do acolhimento por parte dessa categoria profissional. Assim, apesar do profissional médico explicitar em sua fala um conceito de acolhimento muito próximo dos outros profissionais, estes referem que o comprometimento e a concepção de acolhimento dos médicos não condizem. O médico impõe uma visão biologicista na prática do acolhimento, o que vai de encontro ao princípio da integralidade que, em tese, deveria ser um conceito defendido pelo acolhimento ao mesmo tempo em que se mostra aberto e disposto a se integrar à proposta do acolhimento denunciando o caráter fragmentado da realização dessa prática no dia-a-dia.

Uma das falas mais extremas com relação aos sentidos do acolhimento é a do auxiliar de enfermagem que relata não realizar o acolhimento e não concordar com a prática. Estão presentes nas falas demais profissionais, quando se trata de noção de acolhimento, questões comuns como direito, humanização e acesso.

As declarações apontam para a formação profissional como fator de interferência na postura e no entendimento do acolhimento tal como ele se dá para cada categoria. Há certo consenso em dizer que as profissões que não contemplam em sua formação as questões do direito e das políticas públicas de saúde, entre elas as políticas de humanização apresentam maiores dificuldades em interiorizar novas práticas, como o acolhimento. O não envolvimento de todos os profissionais da equipe, notadamente os médicos na prática do acolhimento pode estar gerando intervenções deficientes e ineficazes.

A prática do acolhimento na unidade, tal como se dava nos programas de humanização, apresenta-se segmentada, aproximando-se muito mais da prática dos profissionais enfermeiro e assistente social do que da prática de outros profissionais

como o médico e o auxiliar de enfermagem.

Os profissionais acreditam no acolhimento como prática que pode trazer e trouxe a humanização do serviço, a integralidade, a universalização do acesso, a visibilidade de profissões não médicas e a melhoria da qualidade de atendimento na unidade. Houve uma mudança importante na atitude da comunidade que, com a prática do acolhimento, não procura mais apenas pelo atendimento médico na unidade e compreende que outros profissionais podem escutá-lo e trazer respostas para sua demanda de saúde. Apesar da diminuição das filas madrugadoras, houve consenso em dizer que a quantidade de atendimentos realizados aumentou - o que pode significar uma diminuição de uma demanda antes reprimida. Foram criados inúmeros serviços na unidade em resposta a essas demandas como os diversos grupos educativos. É importante notar a valorização da criação de modalidades de atendimentos grupais que favorecem as intervenções multidisciplinares em detrimento aos atendimentos individuais.

Percebeu-se que a prática do acolhimento (rotulada como cansativa e estressante) pode trazer sofrimento para os profissionais de saúde devido a uma preparação inadequada para lidar com tantas demandas e tão diversas e, também, pela possível dificuldade sentida em responder satisfatoriamente a todos os usuários que procuram o serviço de saúde.

O nível de envolvimento e comprometimento da Secretaria Municipal de Saúde com a prática de acolhimento realizada na unidade é inexpressivo. Os profissionais relatam que nunca houve interesse por parte da gestão municipal em entender o processo ou oferecer apoio. O acolhimento não se estende às outras unidades básicas de saúde do município e nem a outros níveis de atenção – não é tido como diretriz da Secretaria Municipal de Saúde. Foi verbalizada a dificuldade de realizar encaminhamentos externos, principalmente para outros níveis de atenção, onde o atendimento prestado ao usuário é tido como não acolhedor.

Assim, concluímos que o acolhimento é realizado na UBS “Abrigo” impulsionado principalmente pelos profissionais de saúde ligados à residência multiprofissional, e que essa prática possui potencialidades para mudanças nos processos de trabalho e no modelo assistencial, onde muitas mudanças já se tornam reais, mas ainda evidencia alguns desafios a superar como a não-adesão de todos os profissionais na prática do acolhimento, a falta de comprometimento da gestão e as dificuldades relacionais.

Uma das conclusões mais importantes desse estudo é mostrar como a PNH não tem sido suficientemente capaz de mobilizar sujeitos e, mais que isso, imaginar que uma política nacional pode ser capaz de mobilizar sujeitos no campo das micro-relações, seja entre profissionais e usuários ou profissionais-profissionais, talvez seja uma pretensão muito audaciosa. Para pensar um pouco sobre a formulação de políticas, isso nos mostra que não é do alto ou do centro que as mudanças se constituem. Assim, as consequências impremeditadas deste caso podem indicar que há um grande potencial de ressignificação e de construção coletiva de políticas de acolhimento que não podem e nem devem estar previstas em normativas nacionais. Assim, o maior desafio é o deslocamento do marco normativo da política para a construção de política como produção de outros sentidos a partir das práticas cotidianas.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, E. C.. *Humanização e Políticas de Saúde: Um Estudo Sobre os Usos e sentido das Propostas de Humanização nas Políticas de Atenção à Saúde da Mulher*. [Tese de Doutorado]. Instituto de Medicina Social/UERJ. 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. *Humanização na saúde: um novo modismo?* Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.389-406, 2005.

BONALDI C.; GOMES R. S., LOUZADA A. P. F.; PINHEIRO R. *O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras*. In: PINHEIRO R, BARROS M. E. B., MATTOS R. A.. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO, 2007.

BOSI, M.L.M; UCHIMURA, K.Y. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização*. In: Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde. Enfoques emergentes. Organizado por: Maria Lúcia Magalhães Bosi e Francisco J. Mercado – Petrópolis – RJ: Vozes, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Portaria 569 de 1 de junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento*, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria 639 – Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo peso – Método Canguru*, 2000(b).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 2ª. Edição Revista. Brasília. 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização*. Brasília, 19 e 20 de novembro de

2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. *A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. 2004.

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. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. 2004(a).

BRASIL. PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. 4ª ed. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (a). *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3ª ed. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE(b). *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2ª Edição – Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE(c). *Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS*. 1ª ed. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE(d). *Ambiência*. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2ª Edição – Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Grupo de Trabalho de Humanização*. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2ª Edição – Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2008.

BUENO, L.F. *Um estudo sobre os limites e possibilidades do acolhimento nos serviços da rede básica do SUS*. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em saúde Pública. ENSP. Fiocruz, 2008.

CAMARGO JR., K.R. *A Biomedicina*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 177-201, 2005.

CAMPOS, G. W. S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo, editora Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. do. *A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e as redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):849-859, 2007.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G. W. S. *Modelos de Atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais*. Cadernos de Saúde Pública, 16(2): 507-515, abr-jun, 2000.

CECÍLIO, L.C.O. *Autonomia versus controle soa trabalhadores: a gestão do poder no hospital*. Ciência e Saúde Coletiva, 4(2):315-329,1999.

CECÍLIO, L.C.O.; MENDES, T.C.; *Propostas alternativas de Gestão hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?* Saúde e Sociedade. V.13, p. 39-55, maio-ago 2004.

DESLANDES, S. F. *Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica*. In Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas. Organizado por: Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

FEURWERKER, L. M. *Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do processo de trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS*. Interface – Comunic, Saúde, Educ;v. 9, n. 18,p. 489-506, set/dez 2005.

FRANCO, T. B.; PANIZZI, M. *A implantação do Acolher Chapecó – Reorganizando o processo de trabalho*. In: Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.

FRANCO, T. B. *As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. *Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em grandes centros urbanos*. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.287-301, mar-ago, 2005.

HASSEN, M. N. A.; KNAUTH, D. R.; VÍCTORA, C. G. *Pesquisa Qualitativa em saúde. Uma Introdução ao tema*. Porto Alegre: tomo Editorial, 2000.

LOURAU, R. *A Análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975.

MALTA, D.C. *Et al. Acolhimento – uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário centrada*. In: CAMPOS, C. R. (org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o público. 1ª. Edição. São Paulo, 1998.

MARTINS, H. H. T. S. *Metodologia Qualitativa de Pesquisa*. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.30, n.2, p. 289-300, maio-ago, 2004.

MARX, K. *O capital*. São Paulo: Nova Cultura, v. 1, 1996.

MATTOS, R. A. *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (organizadores). 6ª. Ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006.

MERHY, E. E. *Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo assistencial em defesa da vida*. In: Cecílio, L.C.O. – org. Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 1997a.

MERHY, E. E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Merhy, E.E. Onocko, R. – organizadores. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997b.

MERHY, E. E. (org). *O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E. *O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido*. In: Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. / Túlio Batista Franco *et al.* São Paulo: Hucitec, 2004a.

MERHY, E. E. *Et. al. Perspectiva da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais*. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, abr/jun. 2004b.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). *Agir em Saúde – um desafio para o público*. Editora Hucitec. São Paulo:2007a.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do Trabalho vivo em ato*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

NEVES, J. L. *Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades*. Caderno de Pesquisa em administração. v.1, n.3, 2 sem/1996.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. & BÓGUS, C.M. *Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde*. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

PAIM, J.S. *A atenção à saúde no Brasil*. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. M. S. , 2ª. Edição, Brasília, 2006.

PASCHE, D. F. *Princípios do SUS e a Humanização das práticas de saúde* (Eixo 1). Relatório do Seminário *A Humanização do SUS em debate*. Vitória, 25 e 26 de junho de 2008.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 2001; 35(1):103-109.

PINHEIRO, R.; BARROS, M. B. E.; MATTOS, R. A. *Trabalho em equipe: a estratégia teórica e metodológica da pesquisa sobre integralidade em saúde*. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. B. E.; MATTOS, R. A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. *Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003.

RIBEIRO, E. M.; *Et al.* *A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa de Saúde da Família*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- abr, 2004.

SÁ, M. C. *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*. [Tese de Doutorado] São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de psicologia Social e do Trabalho: 2005.

SANTOS-FILHO, S. B. *Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 999-1010, 2007.

SCHIMIT, M.D.; LIMA, M.A.D.S. *Acolhimento e Vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, Nov-dez, 2004.

SCHOLZE, A. S. DUARTE JR, C. F. SILVA, Y. F. e. *Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?* Interface Comunicação, saúde, educação. V.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SCHRAIBER, L. B.; GONÇALVES, R. B. M.; NEMES, M. I. B. *Seis teses sobre a ação programática em saúde.* In: SCHRAIBER, L.B.(org.). Programação em Saúde Hoje. São Paulo, Editora Hucitec, 1993.

TEIXEIRA, C. F. *A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços.* Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.257-277, set-dez, 2003.

ANEXOS

ANEXO A: ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Instrumento de coleta de dados

Preâmbulo – Inserção do profissional na unidade

Como você se tornou profissional desta equipe/unidade? Quando chegou?

Qual foi a sua impressão ao chegar?

1 - Conceito de acolhimento

- O que é acolhimento para você?
- O seu modo de entender o acolhimento corresponde ao modo de compreender dos demais membros da sua equipe? E da coordenação da Atenção Básica? Se não, o que acha que difere?
- Para você a estrutura da unidade favorece o acolhimento? É necessário alguma mudança?
- Como a proposta do acolhimento foi apresentada a você?

2 - Histórico do acolhimento na unidade

- Quando surgiu a proposta de acolhimento na unidade?
- Como surgiu? Houve influência da PNH? Foi anterior à PNH? Porque foi uma prática circunscrita à residência?
- Quem trouxe o input do acolhimento? De quem foi a demanda? Para suprir qual necessidade?
- Houve participação da comunidade na construção desse novo processo de trabalho? Para você o acolhimento é um movimento de base?
- Quais foram as principais mudanças que o acolhimento produziu logo no momento de sua implantação? Houve alguma mudança de estrutura física? Aumento ou diminuição da demanda? Passou-se a ofertar algum serviço que antes não existia? Algum serviço se

extinguiu? Como foi observada a necessidade de mudança?

3 - Organização do processo de trabalho

Quais são as dificuldades para se construir o acolhimento na unidade?

Que potenciais você vê nesse tipo de prática?

Como o acolhimento interfere na organização do processo de trabalho?

Quais são as dificuldades em realizar o acolhimento enquanto profissional? E enquanto membro da equipe?

Você acredita que todos os profissionais têm o mesmo nível de comprometimento com a prática do acolhimento? Justifique.

O acolhimento traz implicações para o trabalho em equipe? Quais são elas?

O acolhimento favorece o trabalho em equipe? De que forma? Quais as principais dificuldades?

Que impacto trouxe o acolhimento para a sua prática profissional?

Já foi confeccionado um fluxograma analisador da unidade?

As possíveis soluções para os problemas da comunidade são baseadas em algum protocolo? O protocolo do MS “*Acolhimento com classificação de risco*” teve algum impacto no processo de acolhimento da unidade?

Vocês discutem sobre as soluções dadas aos pacientes? Como se dá essa discussão?

Você realiza encaminhamentos internos em função da realização do acolhimento? Há alguma barreira para essa realização?

Você realiza encaminhamentos externos em função do acolhimento? Há alguma barreira para essa realização?

Acredita que a atividade de residência interfere na organização do processo de acolhimento na unidade?

4 – Organização da gestão municipal

O acolhimento deveria se estender a CMC ou deve-se respeitar a regra da fila?

Em algum momento surgiu curiosidade da gestão pela prática do acolhimento que acontece nesta unidade? Até no sentido de expansão para a rede de saúde municipal?

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO CEP

ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “As Conseqüências Imprevedidas do Acolhimento na Atenção Básica”.

Você foi selecionado por ser profissional desta unidade de saúde escolhida para sediar este estudo e compor a equipe que está envolvida com o processo do acolhimento e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a coordenação a qual esta unidade está subordinada.

O objetivo geral deste estudo é analisar como o acolhimento é traduzido/interpretado no âmbito de uma Unidade Básica de Saúde. Os outros objetivos do estudo giram em torno de 1- analisar como o acolhimento se insere na Política Nacional de Humanização e identificar as estratégias utilizadas para a orientação desta prática; 2- compreender o entendimento teórico dos formuladores da política sobre o acolhimento; 3 – examinar nas práticas de saúde de um serviço local o entendimento teórico dos atores acerca do acolhimento; 4 – discutir as concepções e práticas de acolhimento produzidas no âmbito local como elemento para reflexão acerca da condução da política e para transformação das práticas em saúde e 5 – subsidiar o debate acerca da reformulação do modelo assistencial e das estratégias utilizadas pelos formuladores, gestores e profissionais de saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário semi-estruturado sobre o tema.

Os resultados desta pesquisa podem gerar críticas ao processo de trabalho que ocorre na unidade de saúde que você trabalha. Exceto por isso, não há maiores riscos relacionados à sua participação na pesquisa. Ao participar você estará contribuindo para o entendimento de possíveis problemas que possam estar ocorrendo na unidade de saúde que você trabalha, com relação ao acolhimento.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Seu nome ou o nome desta unidade de saúde não serão citados em momento algum quando da publicação dos resultados a fim de garantir o

caráter confidencial do estudo. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas e os dados coletados serão utilizados somente para este estudo.

Você receberá em mãos, através do pesquisador, uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Ligia Carvalho Botelho Zimmermann

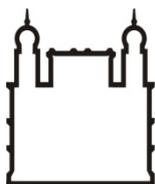
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 7andar. Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ/ CEP:
21041-210. Telefone: (021) 2598-2849

Endereço do CEP: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – sala 314. Manguinhos – Rio de
Janeiro – RJ/ CEP: 21041-210. Telefone: (021) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXO D: AUTORIZAÇÃO DO GESTOR PARA PESQUISA DE CAMPO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

À Secretária de Saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora - MG:

Sra. Maria Ruth dos Santos

Juiz de Fora, ____ de novembro 2009.

Autorização para pesquisa

Na função de Secretária Municipal de Saúde de Juiz de Fora - MG atesto que fui informado e colocado a par sobre o projeto de pesquisa provisoriamente intitulado “*As conseqüências impremeditadas do Acolhimento na Atenção Básica*” vinculado à ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Este projeto tem como objetivo principal analisar como a proposta do acolhimento da PNH- Política Nacional de Humanização- se insere no âmbito de uma Unidade Básica de Saúde e terá como técnica de coleta de dados entrevistas individuais com profissionais de saúde da unidade, configurando-se em um estudo de caso. Assim, autorizo a realização da pesquisa.

Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora – MG.

Ligia Carvalho Botelho Zimmermann

Pesquisadora responsável pelo projeto - vinculada ao Mestrado Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ – Sub-área de Planejamento e Gestão.

Tatiana Wargas de Faria Baptista

Pesquisadora da ENSP – FIOCRUZ

Orientadora do Projeto.

ANEXO E – PLANTA BAIXA DA UNIDADE “ABRIGO”

