

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**MARLY DENISE WUERGES DE AQUINO**

**ACOLHIMENTO:  
REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DE UMA  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS  
2008**

**Ficha Catalográfica**

A657a Aquino, Marly Denise Wuerges de  
Acolhimento: reflexões sobre as práticas dos trabalhadores de uma unidade local de saúde / Marly Denise Wuerges de Aquino — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.  
113 p.; il.

Inclui bibliografia.  
Possui Figuras.  
Dissertação defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem – Acolhimento. 2. Saúde – Atendimento. 3. Humanização – Ser Humano. I. Autor.

CDD 21<sup>a</sup> ed. – 362.110 19

**MARLY DENISE WUERGES DE AQUINO**

**ACOLHIMENTO:**  
**REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DE UMA  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Dr. Antonio de Miranda Wosny

**FLORIANÓPOLIS**  
**2008**

**MARLY DENISE WUERGES DE AQUINO**

**ACOLHIMENTO:  
REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DE UMA  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

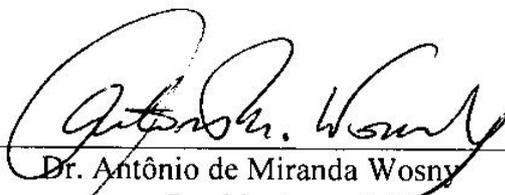
e aprovada em 14 de fevereiro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



---

Dra. Marta Lenise do Prado  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



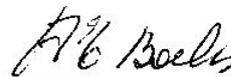
---

Dr. Antônio de Miranda Wosny  
Presidente



---

Dra. Gladys A. Velez Benito  
Membro



---

Dra. Astrid Eggert Boehs  
Membro

---

Dra. Rosita Saupe  
Membro Suplente

---

Dra. Ivonete T. B. Heidemann  
Membro Suplente

## AGRADECIMENTOS

*Aos meus familiares, em especial ao meu marido Robson e aos meus queridos filhos Ariel Felipe, Vivian e Karen, a minha sincera gratidão pela sua presença nos momentos bons e nem tão bons. Pela ausência que também oportuniza novas reflexões.*

*Ao meu incansável orientador, pelas suas sugestões e pela sua gentileza em conduzir este trabalho de forma tão respeitosa e humana.*

*A todos os professores, em especial à professora Astrid, pela forma generosa com que sempre me acolheu. Obrigada por ser minha amiga!*

*Aos meus colegas de Mestrado, em especial à Camila e a Joéli, aquele abraço apertado. Suas energias me contagiaram o tempo todo.*

*Aos meus colegas de trabalho, equipe de enfermagem, enfermeiros, funcionários, médicos e residentes desta unidade local de saúde, que conviveram comigo este tempo todo, e que estiveram tão próximos, minha sincera gratidão.*

*A minha querida amiga Ana, pela dedicação e paciência que demonstrou na organização e formatação deste trabalho. Sem a sua ajuda não teria chegado até aqui. Muito obrigada!*

*Aos usuários desta mesma unidade de saúde, que me ensinaram que os enormes desafios do cotidiano podem nos trazer gratas surpresas e novos conhecimentos.*

*“Mudar o mundo pode ser mais que um sonho de adolescência.  
À todos aqueles que diariamente constroem esta realidade.”*

Robson Guimarães de Aquino

AQUINO, Marly Denise Wuerges de. **Acolhimento**: reflexões sobre as práticas dos trabalhadores de uma unidade local de saúde. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. 113 p.

## RESUMO

As propostas da Humanização/**acolhimento** vêm para transformar as ações de saúde, centradas muitas vezes ainda no modelo biomédico e na doença, para um novo modelo que leve em conta a subjetividade dos sujeitos, sua cultura, aspectos sociais, econômicos e outros. A realização destas novas práticas que acolham os usuários no seu “sentir-se” com problemas de saúde, criar vínculos e de se responsabilizar pela saúde destes, exige a mobilização de todo um conjunto de opções pessoais, coletivas e tecnológicas, que caminhem em direção à resolutividade e à integralidade dos sujeitos e das ações de saúde. Este trabalho de pesquisa tem como objetivo relatar e analisar as reflexões sobre as práticas dos trabalhadores de uma unidade local de saúde, utilizando o referencial teórico de Paulo Freire e Baruch de Spinoza. Como proposta metodológica foi utilizado o itinerário freireano, através dos círculos de cultura. O diálogo foi utilizado como estratégia de comunicação durante todos os encontros. As etapas da proposta metodológica (levantamento dos temas geradores, codificação/descodificação, desvelamento crítico e transformação) ocorreram de forma interligada e interdependente, durante todo o trabalho. A investigação temática deu-se no sentido de compreender e analisar os entendimentos e práticas dos trabalhadores sobre o “ser humano acolhedor” e “**acolhimento**” em saúde. As reflexões dos trabalhadores em relação a estas questões levou o pesquisador a agrupar as questões em dois sub-temas, a saber: modelo de atenção, centrado na medicalização, queixa-conduta e dependência do usuário e o outro relacionado às questões das subjetividades do trabalhador.. As concepções individuais sobre o “ser humano acolhedor” e “**acolhimento**” em saúde possibilitam os múltiplos olhares e possibilidades concretas de estabelecimento das práticas acolhedoras. Espera-se, desta forma, que o **acolhimento** em saúde, através das reflexões dos trabalhadores e novas formas de “agir em saúde”, contribua para o alcance da autonomia, emancipação e empoderamento de todos os envolvidos, favorecendo o modelo de atenção, voltado primordialmente para a promoção da saúde.

**Palavras-chave:** acolhimento; diálogo; humanização; saúde; ser humano.

## ABSTRACT

Humanization/reception proposals come to transform health actions, from been so often centered in the biomedic model and the disease itself, to a new model that takes into consideration individual's subjectivity, culture, social and economic aspects. These new practices, which receive the clients on their "way of feeling" about their health problems, that create vinculum and consider the health workers responsible for the client's health, demands the mobilization of a set of personal, collective and technological options, that objectify response and the integrality of individual and health actions. The objective of this study is to report and analyse the and practices of a local health care unit, applying theoretical references of Paulo Freire and Baruch de Spinoza. The methodological proposal used is Paulo Freire's itinerary through cultural circles. Theme investigation was conducted in an attempt to comprehend and analyse health worker's knowledge and practices about "the welcoming human being" and health "receipt". Worker's concepts about these questions lead the examiner to group the received answers in two subgroups: attention model, centered on medicalization , complaint-conduct and client dependence; and another subgroup related to health worker's subjectivity. Steps of the methodological proposal (appraisal of generating themes, code/decode, critical comprehension and transformation) occurred in an interconnected and interdependent way during the whole research. Individual's knowledge about "welcoming human being" and health "receipt" makes multiple points of view and concrete possibilities of establishing receipt practices possible. Health receipt, through worker's meditation and new manners of "working in health", is expected to contribute in order to the reach autonomy, emancipation and the empowerment of people involved, favouring the attention model, primordially connected to health promotion.

**Key words:** reception; humanization; dialogue; health; human being.

## RESUMEN

Las propuestas de la Humanización/acogimiento vienen para transformar las acciones de salud, centradas muchas veces aún en el modelo biomédico y en la enfermedad, para un nuevo modelo que lleve en cuenta la subjetividad de los sujetos, su cultura, rasgos sociales, económicos y otros. La realización de estas nuevas prácticas que acojan a los usuarios en su “sentirse” con problemas de salud, crear vínculos, y de responsabilizarse por la salud de éstos, exige la movilización de todo un conjunto de opciones personales, colectivas y tecnológicas, que caminen hacia la resolutiveidad y a la integralidad de los sujetos y de las acciones de salud. Esta investigación tiene como objetivo relatar y analizar las concepciones prácticas de los trabajadores de una unidad local de salud, utilizando el referencial teórico de Paulo Freire y Baruch de Spinoza. Como propuesta metodológica fue utilizado el referencial de Paulo Freire, por medio de círculos de cultura y itinerario freireano. El diálogo fue la estrategia utilizada en todos los encuentros. La investigación temática fue hecha en el sentido de comprender y analizar los entendimientos y prácticas de los trabajadores acerca del “ser humano acogedor” y “acogimiento” en salud. Las concepciones de los trabajadores en relación a estas cuestiones llevó el investigador a agrupar las respuestas en dos sub-temas, a saber: modelo de atención, centrado en la medicalización, queja-conducta y dependencia del usuario y el otro sub-grupo relacionado a las cuestiones de las subjetividades del trabajador. Las etapas de la propuesta metodológica (levantamiento de los temas generadores, codificación/descodificación, desvelamento crítico y transformación) o curren de manera interdependiente, durante todo el trabajo. Las concepciones individuales sobre el “ser humano acogedor” y “acogimiento” en salud posibilitan las múltiples miradas y posibilidades concretas de establecimiento de las prácticas acogedoras. Se espera de esta forma que el acogimiento en salud, por medio de las reflexiones de los trabajadores y nuevas formas de “actuar en salud”, contribuya para el alcance de la autonomía, emancipación y empoderamiento de todos los involucrados, favoreciendo el modelo de atención, volcado primordialmente para la promoción de la salud.

**Palabras-clave:** acogimiento en salud; diálogo; humanización; salud; ser humano.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Desenhos e descrições elaborados pelos participantes no primeiro encontro.....	<b>72</b>
<b>Figura 2:</b> Cartaz apresentado no segundo encontro.....	<b>73</b>

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>10</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1 Contextualização do cenário da pesquisa .....	20
1.2 Objetivo.....	25
<b>2 CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>26</b>
2.1 Reflexões ético- filosóficas sobre humanização .....	26
2.2 Aspecto relacional no processo de trabalho em saúde .....	31
2.3 Acolhimento – conceitos, relatos, experiências .....	35
2.4 Reflexões sobre o entendimento de saúde.....	41
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>46</b>
3.1 Referencial teórico de Paulo Freire.....	46
3.2 Referencial teórico de Baruch de Spinoza.....	50
<b>4 TRAJETO METODOLÓGICO .....</b>	<b>56</b>
4.1 Contexto da pesquisa .....	56
4.2 Caracterização da pesquisa.....	58
4.3 Sujeitos da pesquisa .....	62
4.4 Procedimento de coleta de dados.....	63
4.5 Análise dos dados .....	63
4.6 Aspectos éticos.....	64
<b>5 DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>66</b>
<b>5.1 Os encontros .....</b>	<b>66</b>
5.1.1 Primeiro encontro .....	66
5.1.2 Segundo encontro .....	72
5.1.3 Terceiro encontro .....	74
<b>5.2 Análise dos dados .....</b>	<b>77</b>
5.2.1 Modelo assistencial fragilizado, baseado na queixa-conduta pontual, na medicalização dos sintomas, causando dependência.....	78
5.2.2 Subjetividade do trabalhador .....	86
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>108</b>

## APRESENTAÇÃO

Iniciei as minhas atividades profissionais, como enfermeira de uma unidade de saúde, no ano de 2000, configurando minha primeira experiência como integrante de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. Neste mesmo ano, a Secretaria Municipal de Saúde ofereceu uma capacitação para os trabalhadores das equipes, oportunizando-me o contato teórico com as premissas desta proposta.

A capacitação foi realizada através do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, vinculado ao complexo institucional formado pela Universidade Federal de Santa Catarina, Secretaria Estadual da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, com recursos do REFORSUS. Esta proposta foi construída no sentido de propor um conjunto articulado de ensino objetivando o desenvolvimento de recursos humanos para a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no sentido de dar ênfase para práticas não convencionais de assistência, destacando-se as atividades de prevenção e promoção da saúde e para a reafirmação dos princípios da integralidade, hierarquização, regionalização (BRASIL, 2006b).

A identificação com esta proposta deu-se logo no início das minhas atividades. No entanto, apesar do encantamento inicial, fui percebendo situações constrangedoras e por vezes “desumanas”, em relação à atenção dispensada aos moradores da comunidade quando buscavam os profissionais para a resolução de algum problema.

Muitas vezes, as pessoas eram recebidas e atendidas no balcão e em outros espaços da unidade, através do princípio da concessão de “favor”. Outras situações chamavam a atenção, como por exemplo, quanto ao agendamento das consultas médicas. O modelo ainda era o habitual, apenas organizado a partir da entrega de “fichas” numeradas no balcão, com a realização do posterior agendamento pelo profissional responsável, designado para esta atividade. Às vezes, o som das vozes

dos profissionais, que chamavam os usuários pelos números, era o único ruído percebido no ambiente.

Situações como esta, demonstram, a meu ver, o imenso fosso que ainda hoje persiste, em muitos locais, entre a equipe de saúde e a população, cuja comunicação ainda se efetua através de relações distantes, frias e autoritárias, impedindo ou retardando o estabelecimento da ESF.

Apesar das tentativas oficiais de mudança, acredito que as transformações em relação ao estabelecimento de uma comunicação mais humana, são difíceis de serem implementadas. Observam-se avanços gradativos, relacionados na maioria das vezes, a meu ver, às possibilidades individuais de compreensão. No entanto, a comunidade continua reivindicando por melhorias neste atendimento.

O modelo médico hegemônico era o habitual, já que a maioria das intervenções giravam em torno da doença e, conseqüentemente, do saber deste profissional. A demanda por atendimento médico era sempre muito maior do que a possibilidade de oferta.

As dificuldades na resolução dos problemas trazidos pelos usuários devido ao modelo de comunicação estabelecido, geravam, a meu ver, descontentamento geral, tanto por parte dos usuários, como dos trabalhadores. Como o modelo girava em torno da doença, todas as demais situações (de ordem econômica, familiar, social, trabalho, entre outras) que demandavam encaminhamentos diversos, careciam de escuta qualificada.

A chegada de alguns trabalhadores, com uma postura mais acolhedora, vem contribuindo para a construção de um novo modelo de atenção. Passo a passo, com a implantação e implementação do **acolhimento**, caminha-se em direção a uma proposta humanizada, resolutiva e integral, com a participação de todos. Como esta depende muito das pessoas, do seu desejo de se tornarem seres humanos mais realizados e felizes, principalmente no ambiente de trabalho, faz-se necessário um investimento contínuo no desenvolvimento individual e grupal.

É preciso, a meu ver, que durante todo o tempo, as pessoas se esforcem para melhorar a qualidade de escuta e de relacionamento interpessoal.

Ocasionalmente, alguns trabalhadores demonstram cansaço intenso e

situações estressantes e conflituosas acontecem. No entanto, acredito que estes momentos podem ser sempre superados, se houver o entendimento de que encontros alegres e motivadores podem acontecer o tempo todo, potencializando a todos.

# 1 INTRODUÇÃO

Nesta primeira década do século XXI vivemos situações de saúde global, altamente contrastantes. Apesar de estarmos testemunhando os benefícios de novos medicamentos e tecnologias, a expectativa de vida tem declinado em alguns dos países mais pobres do planeta, como por exemplo com a devastação causada pelo HIV/AIDS na África.

Na América Latina em geral, e no Brasil também, a distribuição desigual de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde. A Organização Panamericana de Saúde publicou um amplo estudo sobre as tendências da situação de saúde na Região das Américas. Este trabalho mostra que os diferenciais econômicos entre os países são determinantes para as variações nas tendências dos indicadores básicos de saúde e desenvolvimento humanos. A redução na mortalidade infantil, o incremento na esperança de vida, o acesso à água e ao saneamento básico, o gasto em saúde, a fecundidade global e o incremento na alfabetização de adultos mantêm relação direta com o Produto Nacional Bruto dos países. Apesar desta problemática já estar evidenciada há muito tempo, outras questões ainda não estão tão esclarecidas, como por exemplo, em relação às intervenções, que a partir do setor saúde, possam influenciar de forma favorável na qualidade de vida. Nesta relação entre saúde e condições/qualidade de vida, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde tem merecido a atenção de estudiosos e profissionais da saúde. O conceito moderno de promoção da saúde surgiu e se ampliou, de forma mais acentuada, nos últimos anos em países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental (OPAS, 2006).

Segundo Starfield (2004), países que alcançam melhores resultados em saúde, organizam-se com base nos cuidados primários; tem distribuição de recursos mais eqüitativa; serviços de saúde providos pelo governo ou seguros públicos de saúde;

pouco ou nenhum seguro privado de saúde. Evidências substantivas apontam que essa estratégia tem impacto positivo, não apenas no reordenamento do sistema de saúde, mas também no quadro epidemiológico. Segundo a autora, tanto na Inglaterra como nos EUA, cada médico a mais nos cuidados primários (por 10.000 habitantes) resulta em decréscimo na mortalidade de três a dez por cento, dependendo da causa do óbito. Muitos outros estudos realizados em países, tanto desenvolvidos quanto em desenvolvimento, demonstram que regiões com melhor Atenção Primária, tem melhores resultados em saúde, incluindo taxas globais de mortalidade, taxas de mortalidade e doenças cardíacas e mortalidade infantil, melhor detecção precoce de cânceres dos tipos colo-retal, mama, colo de útero e melanoma. A situação inversa (maior taxa de especialistas) está associada a piores resultados.

A Atenção Primária, no cenário internacional, evolui de forma diferenciada nos países. Desde Alma Ata em 1978, com definição de cuidados primários, rejeitados pela Reforma Sanitária Brasileira, pelo entendimento de ser esta uma estratégia de simplificação e focalização, muitos países avançaram e, paradoxalmente hoje, grande parte dos sistemas de saúde com forte ênfase na Atenção Primária está exatamente nos países mais prósperos, como Inglaterra, Canadá, Espanha e países nórdicos (id, 2004).

Para comunidades com alta desigualdade sócio-sanitária é necessário mais do que acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade. É preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial e a mobilização da população (id, 2004).

Segundo Buss (2000), a promoção da saúde representa uma possibilidade promissora para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. Os conceitos de promoção à saúde vem sendo discutidos mundialmente e tem sido adotados por inúmeros países como estratégias para reduzir os indicadores negativos de saúde e melhorar as condições de vida das pessoas. Quatro importantes Conferências Internacionais sobre promoção da Saúde foram realizadas nos últimos 12 anos: em Ottawa (WHO, 1986), Adelaide (WHO,1988), Sundsvall (WHO,1991) e Jacarta (WHO,1997).

A comunidade mundial possui recursos financeiros e tecnologias suficientes para enfrentar a maioria destes desafios à saúde. No entanto, observa-se que no Brasil os serviços de saúde ainda continuam desiguais e indiferentes às necessidades da população. A OPAS, Organização Pan-americana de Saúde, vem trabalhando no sentido de divulgar a necessidade de investimento na motivação dos trabalhadores em saúde porque acredita que desta forma será possível superar as dificuldades para o alcance dos objetivos nacionais e globais de saúde (OPAS, 2006).

O projeto da Reforma Sanitária brasileira, cujas discussões se iniciaram por volta de 1970, objetivou reorientar o sistema de saúde brasileiro, recomendando a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi estabelecido no país a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. A saúde passou então a ser encarada como um direito de todos e dever do Estado, deixando para trás um período em que a assistência médica pública era permitida somente ao trabalhador contribuinte da Previdência Social, ou seja, estava garantida apenas aos previdenciários. A população não contribuinte era classificada como indigente ou carente, o que lhes possibilitava serem assistidos apenas por entidades filantrópicas ou religiosas. O modelo assistencial brasileiro era, portanto, centrado na atenção médica hospitalar e curativista, com ênfase nos serviços médicos privados, em detrimento da assistência preventiva e de promoção à saúde.

Apesar das desigualdades, a opção pela construção de um Sistema Único de Saúde universal, integral e com financiamento público, tem se configurado como uma experiência bem sucedida no sentido de reverter a desigualdade social. Dentre os princípios norteadores do SUS se destacam a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização e a hierarquização, a resolutividade, a descentralização e a participação dos cidadãos, que formam as bases para a atenção à saúde. Este sistema de saúde, organizado e descentralizado, com direção única em cada esfera do governo, presta atendimento integral a partir de atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais. O cenário brasileiro passa a ser caracterizado pelo esforço nacional da universalização do acesso para toda a população, pela busca da integralidade, da integração e da criação de redes assistenciais, a partir da Atenção Básica (BRASIL,1994).

Na tentativa de efetivar os princípios do SUS e dar atenção especial a um novo modelo que priorize a prevenção de doenças e a promoção da saúde e não apenas baseado na valorização do hospital e da doença, o Ministério da Saúde instituiu em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) devido à sua amplitude e abrangência. Esta proposta de construção do novo modelo assistencial é parte indissociável da consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde, cujos objetivos são:

Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e produção social da saúde;  
Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida;  
Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1998. p.10).

A partir desta nova concepção, uma equipe de profissionais constituída por um médico, um enfermeiro, um odontólogo e um técnico ou auxiliar de enfermagem, e cinco a sete agentes comunitários de saúde se responsabilizam por uma população de 2.500 a 4.500 pessoas. No modelo tradicional, a função dos serviços de atenção básica é caracterizado pela passividade, isto é, por uma atenção sem vínculo com as pessoas e pouca responsabilização com a saúde da comunidade, esperando que a população procure atendimento. Sob a luz da proposta colocada pela ESF, o centro de saúde onde foi desenvolvida esta pesquisa, está organizado para atender a população dentro da sua área de abrangência. Para o estabelecimento desta nova proposta, atravessa-se no momento um período de transição, onde a população e os serviços estão convivendo com as contradições do modelo “velho” e as possibilidades de transformação do “novo”.

Apesar da realidade mostrar a tentativa dos serviços de atenção básica em colocar em prática a ESF, muitas vezes as pessoas ainda não são ouvidas de forma adequada, dificultando o acesso e resultando em baixa resolutividade dos problemas. Tal situação indica a necessidade de sensibilizar as equipes, para que esta transição ocorra efetivamente. As diretrizes do Ministério da Saúde apontam para a forma de efetuar esta sensibilização, sugerindo que as equipes se estimulem e sejam

estimuladas a buscar informações, referenciais, materiais, técnicas de diálogo e participação de encontros e reflexões que fortaleçam o processo de comunicação e de incremento à autonomia das pessoas em relação a sua saúde (BRASIL, 2003).

Em 2003 foi instituída pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem o objetivo de traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (BRASIL, 2004. p.7). Os princípios norteadores da política de Humanização são:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; 2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; 4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; 5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (Id, 2004. p.10)

O projeto da PNH veio para afirmar a saúde não como valor de troca, mas como valor de uso, alterando o padrão de atenção na ênfase do vínculo com os usuários (CAMPOS, 1997).

A trajetória da implantação da PNH culminou com o Pacto da Saúde, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite e divulgado, juntamente com suas Diretrizes Operacionais, pela Portaria GM/MS N. 399 de 22 de fevereiro de 2006 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006 d).

O acesso dos usuários e a forma de recebê-los é uma das questões fundamentais para a garantia dos direitos constitucionais do cidadão, já que é a partir da fala de ambos, usuário e profissional da saúde, que o espaço da comunicação acontece. Comunicação aqui entendida como a possibilidade de diálogo entre os sujeitos para a transformação através da práxis, do encontro, da reflexão.

Acreditando que o propósito de humanizar, entendido como possibilidade

dialógica, mais objetivamente no caso da saúde, implica em aceitar e reconhecer que nesta área e nas suas práticas, em especial, subsistem sérios problemas e carências de muitas das condições exigidas pela definição da concepção, organização e implementação do cuidado da saúde da humanidade, tanto por parte dos organismos e práticas estatais, como da sociedade civil. A possibilidade de “se colocar no lugar do outro”, de ouvir a sua história, suas queixas, aceitar que o outro tem algo a dizer, coloca o profissional diante de sua própria vida, dos próprios conflitos e frustrações. Sem este contato, o profissional de saúde corre o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa, que impossibilitam a verdadeira comunicação.

Falar em Política Nacional de Humanização só terá sentido se os atores (trabalhadores e usuários) tiverem a possibilidade de utilizar o ambiente da unidade de saúde como espaço para a construção da cidadania, a partir de relações humanas baseadas na troca de saberes.

No modelo tradicional de atenção à saúde, centrado na doença e no profissional, minimizando as possibilidades de estabelecimento de vínculo e coresponsabilização, os trabalhadores tem mais dificuldades para compreender as pessoas como sujeitos autônomos, capazes de refletir sobre suas próprias vidas e processos de adoecimento. Devido a esta situação, estabeleceu-se durante o transcorrer do tempo, uma posição hierárquica de poder do médico em relação às outras profissões, gerando conflitos e limitações técnicas por parte dos outros profissionais.

A criação de novas políticas públicas, como a ordenação da Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família e da Política de Humanização, põe em choque o modelo hegemônico centrado na doença, que ainda predomina na cultura da população, com um novo modelo, que precisa necessariamente ser trilhado passo a passo, uma vez que não existem fórmulas prontas, capazes de fazer esta transposição da noite para o dia.

A estratégia da Saúde da Família tem se configurado como a principal estratégia impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde, no âmbito do SUS. Apesar das dificuldades encontradas, em especial nos grandes centros urbanos, a mesma tem demonstrado um grande potencial no sentido de fortalecer a

implantação do **acolhimento** na rede básica, resultando no fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde, serviço e usuário, e a humanização. Além disso, representa um avanço pelos seus princípios gerais de organização e para a participação cidadã, através do controle social (BRASIL, 2006c).

O **acolhimento** propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, a partir do entendimento dos princípios do SUS.

A relação entre trabalhador-usuário deve se dar por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (MEHRY et al, 1999). Estes mesmos autores enfatizam a necessidade da vinculação e responsabilização por parte dos profissionais, e isto só é possível se, além da qualificação técnica, ocorrer o desenvolvimento do trabalho em equipe. Assim, a articulação entre “Saúde da Família” e “**Acolhimento**” seria uma proposta possível, desejável e necessária para a construção de um modelo de atenção à saúde coerente com os princípios e diretrizes do SUS, e a conjugação de elementos conceituais, metodológicos e operacionais necessários.

### **1.1 Contextualização do cenário da pesquisa**

No centro de saúde, cenário desta pesquisa, o **acolhimento** começou a ser desenvolvido em 1998 com a implantação do internato em saúde pública, da décima fase do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Tratava-se de uma iniciativa de cunho acadêmico, uma vez que ocorria somente no período da tarde. Apesar de se tratar de uma proposta inovadora, no sentido de propor um modelo “acolhedor”, estava ainda centrada no modelo médico, biologicista e curativo, com pouco envolvimento dos trabalhadores da unidade de saúde.

No cotidiano do serviço, a busca pelo atendimento continuava sendo a tradicional. Em alguns dias de semana, que eram previamente estabelecidos, os usuários encaminhavam-se à unidade de saúde para agendar as consultas médicas. Às vezes era necessário ficar em filas durante a madrugada, a fim de conseguir o agendamento. Nos dias anteriores, era exposto um cartaz com o número de vagas disponíveis para cada especialidade médica, a saber, clínico geral, pediatra e

ginecologista. Um auxiliar administrativo agendava então estas consultas, sem avaliar quaisquer prioridades.

O agendamento de consultas para os dentistas se dava através de uma longa lista de espera. A marcação para os outros profissionais, como enfermeiros e nutricionistas, acontecia diariamente no balcão.

Os funcionários da recepção eram os únicos responsáveis pelo atendimento da demanda espontânea (urgências), que solicitavam o “favor” do médico para avaliar a situação trazida pelo usuário. Ficava portanto, apenas sob a responsabilidade destes trabalhadores, a tarefa de realizar a “triagem” dos casos, sem estabelecimento de critérios de risco ou fatores de vulnerabilidade, quer seja, de ordem social, familiar ou pessoal.

Com o início das atividades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em 2002, o tema **acolhimento** se mostrou como um problema a ser enfrentado no processo de planejamento local de saúde (UFSC, 2003).

Durante as oficinas de planejamento, foram iniciadas as reflexões e discussões entre residentes, supervisores locais e alguns trabalhadores mais motivados, sobre a importância e necessidade da implantação do **acolhimento**, como proposta de reordenamento da atenção, baseada numa postura acolhedora e dialógica entre todos os envolvidos. A partir destas, o **acolhimento** foi colocado em prática: um acolhedor (residente) iniciava o atendimento dos usuários portadores de senha, na própria sala de espera, através de uma escuta qualificada, e, se necessário, encaminhava-os para consultas imediatas, com médicos, dentistas ou enfermeiros. A discussão dos casos mais “complexos” era muitas vezes realizada junto com um enfermeiro que oferecia o suporte técnico necessário para o encaminhamento dos problemas trazidos. Paulatinamente, outros trabalhadores, entre eles, alguns médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, foram se engajando na proposta. No entanto, em todas as reuniões mensais do centro de saúde, este assunto aparecia como tema de pauta, denunciando a falta de clareza e de interesse de outros funcionários em se envolver. Em uma das reuniões, o grupo de técnicos e auxiliares de enfermagem posicionou-se contra a continuidade desta ação, já que o serviço não conseguia se estruturar para atender às demandas da população. Situações extremamente

conflitantes eram muitas vezes corriqueiras, gerando estresse e momentos de tensão. Tais situações começaram a deixar claro que com a minimização das barreiras institucionais ao acesso dos usuários ao serviço de saúde, a demanda aumentou, o acesso se ampliou e as fragilidades do serviço ficaram mais expostas e definidas.

A implantação do **acolhimento** em meados de 2002 permitiu, desta forma, que a equipe de saúde entrasse em contato mais direto com a realidade da vida dos usuários, e toda a sorte de dificuldades, que antes não eram tão claramente percebidas. Um levantamento realizado na produção individual de dois profissionais, (um médico residente e uma enfermeira) de uma das áreas da ESF, demonstrou que dos atendimentos realizados, em torno de trinta a quarenta por cento foram gerados pelo **acolhimento**, evidenciando sua importância como facilitador do acesso.

Neste mesmo ano foi organizado e realizado um seminário, que contou com a participação da comunidade, trabalhadores de saúde, supervisores locais, acadêmicos e residentes, para avaliar a proposta de acolhimento então em vigor. Um dos objetivos foi o de listar as melhorias e as dificuldades existentes. Dentre as melhorias foram citadas: diminuição das filas de espera, melhora na relação profissional-usuário, agendamento de consultas por área de abrangência com fortalecimento do vínculo, descentralização do atendimento executado na recepção e a possibilidade da realização de orientações mais adequadas ao usuário. Na medida em que os usuários eram sempre ouvidos por um profissional de saúde foi citada também a melhoria na integração entre os profissionais da equipe. Dentre as dificuldades foram citadas: não adequação do número de equipes de PSF para a população do bairro, demora para o agendamento das consultas médicas, despreparo e desmotivação de alguns funcionários, rotatividade dos profissionais de saúde na unidade, principalmente de nível médio, resistência de alguns profissionais, especialmente de alguns médicos para atender as urgências encaminhadas pelo acolhedor (Id, 2003). Estas dificuldades estão em consonância com a citação: *O primeiro problema enfrentado para a implantação do **acolhimento** diz respeito ao temor, próprio da condição humana, de encarar o novo, por excelência o desconhecido* (FRANCO et al. 1999. p. 351).

Na segunda edição da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, as dificuldades se mantiveram, apesar do acolhimento ser destacado como um dos eixos

norteadores do curso, juntamente com o planejamento local de saúde e o trabalho com famílias (UFSC, 2006). Alguns profissionais manifestavam claramente e defendiam sua opinião de que esta atividade deveria ser mantida e ampliada. Outros entendimentos eram colocados no sentido de questionar a política de contenção de gastos colocadas pelo Banco Mundial, que financia este projeto.

Até 2002 o **acolhimento** em saúde não estava difundido na rede municipal. A partir desta data, as atividades relacionadas ao mesmo, estão sugeridas no Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (LUNA, 2002). Apesar desta orientação, e, devido principalmente à falta de investimento em recursos humanos, poucas unidades de saúde implantaram esta prática na época. Atualmente, várias outras iniciam de múltiplas formas, movimentos positivos no sentido desta proposta. O que se observa é que estas iniciativas ainda estão centradas na esfera individual, de acordo com os entendimentos dos trabalhadores. Desta forma, manter esta atividade em vigor, bem como organizar protocolos de atendimento para os diferentes trabalhadores e clarear as especificidades de cada profissão, tem se constituído um enorme desafio.

Em março de 2007 teve início a terceira edição do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. Observa-se que o grupo, aparentemente, integrou-se à proposta do **acolhimento** já em vigor na unidade de saúde, com a participação de todos em forma de escala semanal, sem obedecer à regra de atendimento por área de abrangência. Médicos e enfermeiros realizam o **acolhimento** conjuntamente com os profissionais da equipe complementar (psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais). Apesar de este ser o modelo vigente, alguns trabalhadores entendem que o **acolhimento** por área de abrangência das equipes de ESF se aproxima de uma forma mais adequada ao modelo de saúde preconizada pela ESF, baseada no vínculo e responsabilização. Este **acolhimento** seria organizado através de uma programação semanal, com horários reservados para as consultas individuais, grupos, visitas domiciliares, reuniões de planejamento de área e atenção à livre demanda, para cada área da ESF.

Em outubro de 2007, a Secretaria Municipal de Saúde efetuou o

credenciamento das outras três equipes de ESF desta unidade, junto ao Ministério da Saúde, embora desde o início desta Residência, a unidade já estivesse operando desta forma. Algumas questões técnicas pontuais atrasaram a efetivação desta articulação com o Ministério da Saúde, no sentido de formalizar este credenciamento oficialmente. Portanto, em sete anos, desde 2000, houve o acréscimo de três equipes às três iniciais, o que se constitui em um grande avanço para o atendimento à saúde da população.

Além disso, este ano foi aprovada a Política Municipal de Atenção à Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, baseada na Estratégia de Saúde da Família. No capítulo II, que trata das especificidades e da organização do processo de trabalho, o **acolhimento** está colocado como ação prioritária, pautado na escuta qualificada, na valorização da relação entre pessoas e a humanização do atendimento, devendo ser a postura acolhedora adotada por toda a equipe, durante todo o expediente (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2007).

O interesse desta pesquisa sobre o **acolhimento** é, portanto, fruto de minha experiência na ESF como enfermeira de uma equipe de saúde e como supervisora local de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Santa Catarina neste mesmo local.

De acordo com esta contextualização, de forma abrangente, esta pesquisa se justifica pela necessidade de ser mantida uma reflexão continuada sobre as políticas de Saúde vigentes no país e os modos de operar em saúde que garantam os princípios do SUS, da ESF e da PNH. Além disto, sendo esta uma proposta de reorientação da assistência, em que os usuários e os trabalhadores passam a ter uma relação dialógica para a construção conjunta de soluções, e que está em franca fase de adaptação e expansão neste centro de saúde, necessita de atenção para ser mantida e aprimorada. Esta pesquisa se justifica também pelo fato de ser uma proposta pioneira entre todos os centros de saúde do município, e ser realizada por uma equipe multiprofissional, na qual o enfermeiro e a equipe de enfermagem tem um papel de relevante importância. Portanto será também uma contribuição decisiva para o papel da

enfermagem na ESF e na proposta local de orientação da assistência à saúde da população.

A pergunta de pesquisa pode ser assim definida: quais são as reflexões dos trabalhadores sobre as práticas do **acolhimento** em saúde e sobre os entendimentos de “ser humano acolhedor”?

## **1.2 Objetivo**

Refletir com os trabalhadores de uma unidade local de saúde sobre as práticas relacionadas ao **acolhimento** e “ser humano acolhedor”.

## 2 CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA

O **acolhimento** pode ser entendido como uma forma de organização do serviço e uma postura necessária que todos os profissionais de saúde devem buscar desenvolver, para garantir o acesso universal dos cidadãos, resolutividade dos problemas de saúde e estabelecimento do vínculo dos usuários com as equipes da ESF.

É entendida como uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização do SUS, e deve ser considerada nas suas três principais dimensões, a saber: ética (como possibilidade de humanização do próprio homem), estética (relacional) e política (BRASIL, 2004).

Falar de humanização é uma tarefa bastante complexa e não pretendemos de maneira alguma esgotar o tema, mas também não poderíamos deixar de trazer algumas reflexões a este respeito. Quanto à questão relacional, algumas contribuições da literatura são fundamentais para compreender o **acolhimento** sob tal perspectiva. O aspecto político, por sua vez, estará contemplado nestas duas dimensões anteriores, já que na Política de Humanização o **acolhimento** é considerado um dos seus principais dispositivos.

### 2.1 Reflexões ético- filosóficas sobre humanização

Pelo fato de o **acolhimento** ser considerado um importante dispositivo da Política Nacional de Humanização, consideramos de grande relevância algumas reflexões sobre o tema “humanização”.

No final da década de 90, o conceito de humanização foi estabelecido como princípio de dois programas de saúde do setor público brasileiro, a saber, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento- PHPN (BRASIL,2002) e o Programa de

Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH (BRASIL,2001), culminando com a Política Nacional de Humanização- PNH (BRASIL, 2003).

Tendo em vista a complexidade da discussão sobre “humanização”, pelo fato de estar relacionada ao entendimento de questões como a liberdade e a felicidade humanas, consideramos importante realizar uma breve abordagem histórica da evolução das ciências da natureza e das ciências humanas, que sustentam estas reflexões.

No século XXI, com a aproximação das fronteiras entre as conquistas científicas e a reflexão filosófica sobre liberdade e necessidade, a discussão sobre o tema “humanização” constitui um formidável e estimulante desafio (ALEKSANDROWICZ et al, 2005).

Para Bloom, 2005, a questão da liberdade e determinismo está centrada na busca grega do conhecimento da natureza e constitui o imperativo cultural do Ocidente. O termo “natureza humana” sugere uma das mais fecundas e perenes discussões filosóficas. As concepções sobre liberdade, determinismo, livre-arbítrio, escolha, responsabilidade, refletem nas experiências individuais e sociais, determinando padrões e normas de conduta.

Desta forma, quando se discute a questão da humanização, o que está sempre em jogo são as definições acima enunciadas.

Qualquer investigação sobre a possibilidade humana de direcionar livremente os atos do indivíduo em prol de uma ética de respeito e solidariedade para consigo mesmo e o seu semelhante, conduzindo ao bem-estar e à felicidade, repousa sobre tais definições. No entanto estes conceitos são freqüentemente relegados a um segundo plano, apesar das intenções da sociedade em discutir sobre os mesmos e propor alternativas pragmáticas (ALEKSANDROWICZ et al, 2005).

Na idade média, segundo Bornheim, 1997, predominaram versões aristotélicas laicas ou cristãs, embora, ao longo da história das idéias no Ocidente, a tensão entre as duas posições ter se mantido constante. No início da Modernidade ainda era mantida uma visão reducionista e cartesiana da realidade, embora a discussão filosófica entre natureza e pensamento ter permitido ao ser humano racional, uma certeza crescente do poder de livre-arbítrio.

Os conceitos desta visão da realidade, continuam se revelando nas práticas dos profissionais de saúde, com manutenção das estruturas hierárquicas de poder e subordinação, onde as questões relacionadas à subjetividade humana mantêm-se relegadas a segundo plano.

Segundo Aleksandrowicz, 2005, as disciplinas que estudam o homem enredam-se numa das mais formidáveis contradições da cultura ocidental. Ao mesmo tempo em que tomam de empréstimo das ciências naturais, os métodos e conceitos, que alicerçam o crescente conhecimento e controle das leis determinísticas da natureza, as ciências humanas pretendem colocá-las a serviço da “liberdade humana”. É desta forma que se dá o descompasso entre as “duas culturas”, ou entre as assim chamadas, ciências da natureza e as ciências humanas e sociais, ou seja, as ciências do espírito.

Os conceitos que orientam estas “duas ciências” também fundamentam, a nosso ver, os diferentes modos de pensar, e refletem-se nas concepções individuais de felicidade, determinando os diferentes modos de agir.

Embora se aceite que a felicidade humana é, em essência, uma experiência de caráter singular e pessoal, a referência à validação democrática de valores que possam ser publicamente aceitos como propiciadores dessa experiência, é do que parece tratar-se quando se discute a humanização da atenção à saúde como uma proposta política, envolvendo as instituições do Estado, mas não necessariamente restrita a elas. Nisso não nos afastamos muito do que importantes tratamentos filosóficos da felicidade mostraram ser a indissociabilidade das idéias de felicidade, racionalidade e vida em sociedade, e isso em pensadores tão diversos, em seus caminhos e conclusões como Kant e Spinoza (id, 2005).

Com Kant cristaliza-se uma dissociação fundamental entre a “natureza físico-química-predeterminada” e a “natureza humana”, voltada ao acesso exclusivo do domínio da liberdade. Na visão kantiana, a capacidade racional - desde a aurora grega, reconhecida como a especificidade radical do ser humano na natureza - entrelaça-se com a pretensão de livre-arbítrio nas ações e intervenções humanas entre si e o mundo natural circundante. Com base na sua razão transcendental, vê na felicidade uma conquista (moral) da razão (prática), uma recompensa por esta

conquista, e não uma condição para ela como uma qualidade imanente da razão (KANT, 2003).

No seu racionalismo da imanência, Spinoza (1632-1677) associa a felicidade a uma experiência amorosa, de pertença produtiva a Deus, ao mundo, ao humano, o que não se confunde com uma experiência mística, mas sim com a “bem-aventurada” experiência intelectual de viver a potência criadora que se expressa num deliberado auto-refreamento das paixões (os maus afetos), decorrente da compreensão do bem comum (Spinoza, 2007)

A felicidade não é o prêmio da virtude, mas a própria virtude, e não gozamos dela por refrearmos as paixões, mas ao contrário, gozamos dela por podermos refrear as paixões (SPINOZA, 1986).

Para Spinoza o homem é um modo de Deus e não uma substância, como em Aristóteles ou Descartes. E é como modo de uma substância única e imanente, que o homem expressa de “maneira certa e determinada” a essência de Deus. Isto quer dizer, em suma, que Deus é pura potência, de onde o filósofo conclui que o mundo não foi criado por um ato de vontade, mas é extensão do próprio Deus. Em Spinoza rompe-se com a idéia de um Deus transcendente e com um tipo específico de hierarquização dos existentes, vista claramente na teologia clássica. Para Spinoza, os seres estão necessariamente em relação uns com os outros, se afetando mutuamente e perpetuamente se agenciando. E isso, evidentemente, se justifica pelo fato de que tudo o que existe expressa uma mesma natureza, uma mesma substância. Este autor propõe uma “ética da alegria” que fortalece nossa potência de agir, sendo os valores que regem a existência humana, e não a vontade. Se isto não for compreendido, jamais nos tornamos senhores de nós mesmos e não poderemos ser livres. Seremos tanto mais livres quanto mais conhecermos o funcionamento de nossa natureza e de todas as coisas que existem (SPINOZA, 1986).

De qualquer modo, em que pesem as diferenças entre o imanentismo de um, e o transcendentalismo de outro, ambos situam a felicidade como um índice racionalmente inteligível de orientação prática a formas de vida que nos satisfaçam, desde uma perspectiva, simultaneamente, pessoal e compartilhada. Ao mesmo tempo, é na felicidade, isto é, no sucesso prático dessa regulação que a razão obtém a

certificação última de a estar promovendo. No mesmo sentido, podemos dizer que a vida em sociedade é que fornece, para nós, seres racionais, as referências objetivas pelas quais orientamos nossos projetos de felicidade (AYRES,2005).

Daí a importância de entendermos a humanização tanto no seu aspecto político quanto social e as conseqüentes implicações institucionais. A problemática de que trata a humanização não se restringe ao plano das relações pessoais entre terapeutas e pacientes, embora chegue até eles. Não se detém em rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições, embora dependa deles. Trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se de uma proposta para a 'polis' (AYRES, 2005, p. 552).

Sendo um projeto social, os processos de reconstrução, orientados à humanização, estendem-se por um amplo espectro de espaços onde são socialmente construídas as práticas de saúde, desde os fóruns de definição e pactuação das políticas até o espaço assistencial. A humanização como política pública deveria criar espaços de construção de saberes, enfatizando o trabalho em equipe. Enquanto sujeitos no processo de produção de saúde, seremos capazes de transformar realidades transformando-nos a nós próprios, comprometidos com a defesa da vida, numa rede humanizada de construção permanente de laços de solidariedade e cidadania (BENEVIDES, 2005).

Observam-se no Brasil fecundos e relevantes debates e iniciativas em torno da noção de humanização, relativos à organização da atenção à saúde em diferentes aspectos e dimensões. A perspectiva que se busca assumir considera a humanização em um sentido genérico, que atravessa, na verdade, as diferentes dimensões. Diz respeito, fundamentalmente, a uma perspectiva filosófica, a partir da qual o ideal de humanização pode genericamente ser definido como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum (DESLANDES, 2004).

O acolhimento incorpora uma seqüência de atos e atitudes no interior do processo de trabalho para que o foco das suas ações seja centralizado nos usuários, ou seja, nas pessoas que buscam os cuidados de saúde e que chegam à unidade com

suas necessidades, desejos, direitos, angústias, medos, crenças, projetos de felicidade, entre outros (ZOBOLO et al, 2006). Desta forma, para que a atenção à saúde das pessoas esteja com seu foco dirigido para elas, é necessário priorizar as pessoas na cultura e ambiência organizacionais, incorporando o **acolhimento** como estratégia de reestruturação do processo de trabalho das equipes da ESF. E, agir em saúde com este foco, é, segundo estes autores, agir impulsionado por valores, isto é, mantendo o foco da atenção na direção de um compromisso que reconheça as prioridades das pessoas.

Estes valores fundam-se em supostos básicos ou crenças acerca da natureza humana e do mundo, a partir da experiência, da educação e da reflexão pessoal. A direção da atenção à saúde com base em valores, aparece como estratégia de gestão que poderá facilitar o acolhimento às pessoas, apontando aqueles que devem ser incorporados. Um dos âmbitos decisivos para a concretização do SUS é a reestruturação ética das organizações e das atitudes das equipes (id, 2006).

## **2.2 Aspecto relacional no processo de trabalho em saúde**

Considerando que o acolhimento prevê o trabalho em equipe, apresentamos uma breve discussão sobre a importância das relações interpessoais, no sentido de refletir sobre as possibilidades e fragilidades para o desenvolvimento do **acolhimento** em saúde.

A qualificação dos profissionais das equipes de Saúde da Família constitui-se em uma ação estratégica para transformação das práticas de saúde, propiciando a mudança do modelo de atenção no caminho da integralidade e à maior resolutividade da atenção básica (BRASIL, 2006b).

A utilização de inovações nas práticas de saúde é um dos aspectos positivos da ESF para as transformações na reorganização da atenção básica. Tais atividades consistem em valorizar as relações entre profissionais, gestores e famílias, de modo a garantir o princípio da integralidade (GOMES, 2005). Segundo esta autora, a integralidade é dividida em três conjuntos de sentidos: a integralidade como prática

de boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. No primeiro, a integralidade está relacionada com o favorecimento de uma resposta ao sofrimento do ser humano que procura o serviço de saúde, e um cuidado para que esta não se resuma ao aspecto biológico. A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional para com o usuário.

Os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados, mas são, ao mesmo tempo, produtores desse mesmo sistema. Sujeito e objeto, no mesmo momento e em todo o tempo. A produção teórica sobre equipe permite observar que esta raramente tem sido explorada como realidade objetiva e subjetiva do trabalho em saúde, particularmente com base em pesquisas empíricas em serviços. Portanto, a comunicação entre os profissionais é o denominador-comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação (PEDUZZI, 2001).

No trabalho em saúde a subjetividade está sempre presente, evidenciada pelo contato com as dimensões físicas e emocionais do outro. Sentimentos de medo, sofrimento ou dor, permeiam as relações e estão cotidianamente presentes. Mas a subjetividade não vem sendo considerada pela administração dos serviços de saúde. Nem mesmo a clínica e a saúde pública valorizam esse elemento capital do trabalho sanitário, inventando técnicas para objetivar as expressões subjetivas dos sujeitos a serem cuidados (CAMPOS, 1997).

Desta forma podemos questionar se os trabalhadores da saúde estão realmente em condições de garantir um atendimento humanizado, tendo em vista que, quase sempre, são submetidos a processos de trabalhos mecanizados, que os limitam na possibilidade de se transformarem em pessoas mais críticas e sensíveis. Por outro lado, a convivência diária com a dor, o sofrimento e a miséria podem fragilizá-los ou torná-los insensíveis.

Artigos publicados mostram a necessidade de se investir no trabalhador para a construção de uma assistência “humana”, para a melhoria das condições adversas e para dar subsídios para que o trabalhador se desenvolva, a partir da educação continuada. Acreditamos que tais medidas são de difícil implementação e, muitas

vezes, corre-se o risco da possibilidade da humanização do atendimento ficar restrita à “boa vontade” e ao esforço individual dos trabalhadores, sem uma política mais efetiva nesse sentido. Essa problemática torna-se ainda mais relevante, tendo em vista a dimensão subjetiva que está sempre presente na atitude do trabalhador como elemento fundamental na relação com os usuários e com os demais trabalhadores (CASATE, 2005).

Os profissionais das diferentes áreas, médicos e não-médicos, tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo quando tecem discurso crítico acerca da divisão e da recomposição dos trabalhos. Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como o educativo, o preventivo, o psicossocial e o comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear à assistência médica individual. O trabalho em equipe não pode pressupor a abolição das especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, e a especialidade permite o aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação. Ou seja, os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados os saberes provenientes de distintos campos, como: recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros. Observa-se que no trabalho em equipe, a flexibilidade da divisão do trabalho convive com as especificidades de cada área profissional (PEDUZZI, 2001).

Uma das diretrizes apontadas para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção é a de viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores, garantindo desta forma a participação de todos na esfera das discussões e decisões (BRASIL, 2004).

A Enfermagem, no contexto de prestação de serviços de saúde, sempre ocupou um lugar subalterno, a partir da delegação pelos médicos, de determinadas atividades consideradas de menor importância. Atualmente, a Enfermagem tenta romper com este modelo, assumindo uma postura científica em relação ao “cuidado de enfermagem”, atravessando uma crise de identidade, na tentativa de valorizar a

sua competência técnica e valorização deste trabalho na sociedade capitalista. Assim, o profissional de enfermagem que presta o cuidado não necessita mais fazê-lo na perspectiva da abnegação (PRADO et al, 2002).

O que se espera, independentemente da existência de relações hierárquicas de subordinação, é que ocorram boas relações interpessoais. Os trabalhadores se comunicam de várias formas, algumas vezes de forma estritamente pessoal, outras vezes a comunicação se estabelece para que ocorra a organização do trabalho. A opção que se deseja é aquela em que a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe, onde há a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum. Portanto, segundo a autora, é necessário que pela comunicação se construa um projeto pertinente às necessidades de saúde dos usuários, compartilhadas na base do diálogo (PEDUZZI, 2001).

Humanizar a relação com o usuário exige que o trabalhador valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar. O processo de trabalho precisa estimular a liberdade criadora e a ampliação de responsabilidade, para que os “usuários” não sejam relegados à uma condição de objeto, reforçando a sua alienação e desmotivação.

A ESF tem como inspiração um conceito antigo, clássico, o de Paidéia, que significa “desenvolvimento integral do ser humano”. Foi criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas e com um novo método de governar que desse conta desta proposta. Para estruturar este governo democrático eles se valiam da Ágora, uma assembleia do povo em que as pessoas se reuniam para traçar o próprio destino. No entanto, para que fossem capazes de organizar a própria vida, eles sabiam que seria necessário realizar um trabalho sobre eles mesmos. Organizaram então um sistema de formação integral dos cidadãos, daí a palavra Paidéia. Esta consistia em cuidar da saúde, da educação, das relações sociais, do ambiente, não perdendo o foco do respeito com as diferenças entre as pessoas e os grupos. Paidéia (desenvolvimento integral do ser humano) considera tanto as necessidades da coletividade quanto dos indivíduos. Acreditando nessa proposta, o Ministério da Saúde propôs a ESF como um modelo de reorganização da atenção

básica, apostando no vínculo e na criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e estes com a população (AYRES et al, 2006).

Portanto, o **acolhimento** é uma ferramenta que estrutura as relações dentro da equipe e entre esta equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade com as demandas do usuário, resultando numa relação humanizada (Id, 2006).

### 2.3 Acolhimento – conceitos, relatos, experiências

Segundo Ferreira, 1988, o termo **acolhimento** está relacionado ao “ato ou efeito de acolher: recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. E acolher significa: “dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir; aceitar; tomar em consideração; atender a”.

Segundo Lima, (2004) os déficits orçamentários dos governos estão exigindo o corte de verbas e adiamento de programas necessários à população e a alternativa possível seria melhorar a forma como é feito o serviço em saúde. No entanto, como o trabalho em saúde não é um bem físico, e sim um bem humanitário, a relação profissional-paciente, diferente da relação homem-máquina, deve ser sempre priorizada. Pelo fato da organização da assistência à saúde estar sendo intensamente interrogada neste novo século por ser dispendiosa e pouco resolutiva diante nas necessidades de saúde dos indivíduos e de estar, ainda, organizada em torno do trabalho médico, faz-se necessária uma reavaliação do cenário onde se dá o serviço de saúde.

O Ministério da Saúde, preocupado com os efeitos deletérios da política neoliberal que se impôs no Brasil na década de 90, provocando o desestímulo, a perda do sentido de carreira profissional, a precarização do trabalho, entre outros males, a partir de discussões das CNRH, (Conferência Nacional de Recursos Humanos) propõe diretrizes nacionais para a implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ampliando a participação e a co-responsabilidade (BRASIL, 2003).

Portanto, falar em atendimento humanizado e **acolhimento** na conjuntura política neoliberal que ainda impera não é tarefa fácil e só pode ser entendida por:

Homens e mulheres que estão comprometidos ‘até a alma’, com projetos distintos dos que estão em curso, projetos que rechacem o individualismo exacerbado desse final e início do século, que coloquem o homem e não o lucro como centro das atividades políticas, econômicas e sociais. Homens e mulheres que acreditem na capacidade humana de construir a história e de produzir um mundo melhor, humano, na plenitude da palavra, solidário e justo (RIZZOTTO, 2002, p.198).

Por meio da base de dados Medline foram encontrados 15 artigos utilizando o descritor **acolhimento** e 23 artigos utilizando o descritor Humanização, no período compreendido entre 1996 e 2005. Os artigos relacionados ao **acolhimento** foram, na sua maioria, experienciados na Atenção Primária em Saúde e os de Humanização mais relacionados à Atenção Terciária, ou seja, na hospitalização. Na base de dados Lilacs foram encontrados 115 artigos sobre **acolhimento** e 348 artigos sobre humanização, onde se constatou a mesma relação. O levantamento bibliográfico aqui apresentando está colocado de modo a contextualizar o tema, e o aprofundamento se dará durante o transcorrer do trabalho de pesquisa.

Segundo Merhy et al (1997, p.16), “*o trabalho em saúde opera a partir do espaço relacional definido pelo encontro entre o usuário e os agentes institucionais e que é a partir desse encontro que as necessidades de saúde são identificadas e se estabelece a trajetória dos usuários nos serviços.*” Este encontro é denominado por ele como ‘tecnologia leve’, que é constituída de vínculos e do estabelecimento da relação de responsabilização pelo usuário. Esta tecnologia leve é constituída pelo modo relacional de agir durante a produção de atos de saúde e está representada pela produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão dos processos de trabalho. Espera-se com a autonomização, a produção do cuidado e ganhos de autonomia do usuário para viver a vida. Criar vínculo implica em estabelecer relações tão próximas que favoreçam a sensibilização dos trabalhadores para o sofrimento do outro (individual e coletivo), em ter responsabilidade pela sua vida e morte dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada, nem impessoal. Implica ainda

em “*permitir a constituição de um processo de transferência entre usuário e trabalhador que possa servir para a construção da autonomia deste usuário*” (MERHY, 1997, p.13).

Acolhimento está relacionado com a possibilidade de universalizar o acesso à unidade de saúde e aos usuários que dela necessitarem. Implica na escuta atenta, na busca de resposta e no compromisso com a solução do problema de saúde apresentado ou com os encaminhamentos necessários. Tanto atua na humanização do atendimento, como na reorganização do trabalho de equipes locais.

Ramos (2001) entende o **acolhimento** como uma postura que o trabalhador em saúde deve procurar desenvolver, enfatizando que suas ações devam ter resolutividade, e ainda, que o acesso e o acolhimento são elementos essenciais a considerar em estudos que busquem avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Reflete sobre o modelo assistencial predominante, centrado na queixa-conduta e na figura do médico e sobre as necessidades de significativas transformações no que diz respeito às possibilidades de acesso a um atendimento de qualidade e de uma real acolhida às necessidades de saúde do cidadão.

Guimarães (1997) acredita que o **acolhimento** é um facilitador para que ocorra o vínculo entre profissionais de saúde e usuário, proporcionando maior resolutividade e uma participação mais ativa do usuário na organização da assistência, contribuindo para a construção da cidadania. Enfatiza a importância do trabalho em equipe, principalmente o da equipe de enfermagem. Os resultados de pesquisas realizadas por este autor demonstraram uma inadequação da equipe multiprofissional em responder eficazmente a essas demandas devido ao despreparo profissional e principalmente à falta de interação na troca dos saberes específicos. Observou que por detrás da procura baseada numa suposta resolução médica existem muitos outros níveis de carência não detectados, mas que a seu ver demonstram ser a problemática básica, cujo maioria está relacionada a transtornos de ordem psicoafetivas e sócio-econômicas, resultando em permanente queixa somática. Sugere que a simples existência de recursos não basta, mas que a organização diferente destes mesmos recursos pode levar a resultados muito distintos. A otimização dos serviços pressupõe uma melhor articulação da atividade gerencial e o envolvimento efetivo da

equipe multiprofissional diante dos problemas de saúde que são apresentados.

Para Campos (1997), o **acolhimento** é uma relação humanizada entre trabalhadores, serviço de saúde e usuários, promovendo uma escuta qualificada, com possível decodificação da demanda. Afirma que a participação da Enfermagem na construção do modelo de saúde que se deseja, o qual é sugerido pela Estratégia de Saúde da Família, em especial no que se refere à proposta do **acolhimento**, vem sendo apontado como um forte sustentáculo para a consolidação do mesmo. Neste sentido considera necessário analisar quais os motivos que determinam, ou determinaram, a responsabilização da equipe de enfermagem na escuta/encaminhamento às demandas do usuário.

Franco (et. al, 1999) discute a questão do processo relacional dos usuários com os trabalhadores em saúde e ressalta além de outras inúmeras questões, a dimensão individual do trabalho em saúde. A partir desta experiência, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte tomou a decisão de implantar o **acolhimento** em toda a rede. O trabalho desenvolvido nas unidades de saúde onde foi desenvolvido, contou com a assessoria do Laboratório de Planejamento e Administração de Saúde - Lapa/Unicamp. Este trabalho contemplou uma análise dos profissionais não médicos que participam do **acolhimento**, principalmente os da equipe de enfermagem, a saber, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Foram definidos protocolos que orientam os profissionais para oferecer mais autonomia e compromisso com o exercício de seu papel. O enfermeiro, além de acolher, garante a retaguarda do atendimento realizado pelos auxiliares de enfermagem, e, devido aos protocolos, pode solicitar exames e prescrever medicamentos, aumentando em grande medida a possibilidade resolutiva deste profissional na assistência. No modelo anterior, pelo fato de a assistência estar centrada apenas no médico, o enfermeiro não utilizava todo o seu potencial técnico, reduzindo sua capacidade de intervenção.

A Secretaria Municipal de São Paulo lançou em 2002 a proposta do “Projeto Acolhimento” em parceria com a Associação Palas Atenas e apoio da Unesco. Foram definidos seis projetos prioritários, sendo o primeiro deles o do “Acolhimento do cidadão nas unidades de saúde”. A idéia central do projeto reside na proposta de

envolver as pessoas para uma tomada de consciência de modo a levá-las a refletir sobre novas possibilidades, além de recuperar a história das vivências já trabalhadas no cotidiano das instituições. Visa estimular a sensibilidade e mobilizar para a ação. Estimula os funcionários, usuários e população organizada, a cuidarem de si mesmos, a rever suas relações e despertar para os compromissos com o próximo e a cidade, reforçando deste modo a cidadania. Foram organizados, nos locais de trabalho, seminários, oficinas, assessorias locais e cursos com o objetivo de retomar a ética do Acolhimento ao cidadão. Este projeto almeja tecer uma rede de confiança e solidariedade entre os profissionais das equipes, entre estas e a população que ela atende e também entre as pessoas que são atendidas. Enfim, uma rede de compromisso social pela saúde da cidade (ZAUHY, 2002).

Em Chapecó, cidade catarinense localizada no extremo oeste do Estado, o **acolhimento** foi implantado em toda a rede, através da ampla participação de vários segmentos representativos da comunidade e com a supervisão e consultoria de autoridades de renome internacional do cenário da saúde pública brasileira. Pelo fato de ser implantado no nosso estado, com a colaboração de consultorias deste peso, considero relevante relatar a experiência. Foi apresentada e implantada com o título de “ACOLHER CHAPECÓ” e foi viabilizada e financiada pela Prefeitura Municipal de Chapecó, em 2004 (FRANCO et al, 2004).

Esta experiência inovadora é muito simples nos seus fundamentos teóricos, mas o entendimento do processo de reorientação na produção de cuidados em saúde, gerou “um mal-estar”, porque trouxe para a superfície, atitudes que sustentam o *status quo* de alguns profissionais, que precisaram se expor. Os profissionais de enfermagem foram convidados a refletir sobre o processo de trabalho e saíram de um papel, muitas vezes burocrático dentro da equipe, para um trabalho com atitudes mais resolutivas. A proposta foi um momento de reafirmação da importância de todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde e não apenas de determinada categoria. O Conselho Regional de Medicina fez várias tentativas para intimidar a enfermagem para a não realização de atos para os quais a legislação dá total amparo. Isto deixa claro que muitas vezes os interesses corporativos que nada tem a ver com a humanização da atenção, se mostram conservadores e ultrapassados. E para que

sejam superadas estas dificuldades, se torna indispensável o apoio institucional, dos usuários e de todos os profissionais envolvidos (id 2004).

Silveira (2003) analisando a percepção dos usuários e trabalhadores de saúde sobre o **acolhimento**, aponta para o entendimento de que o mesmo não é um modelo pronto, é um processo a ser construído por todos, e coloca como ação primordial, um espaço para a discussão entre os atores envolvidos. Aponta que os usuários referem uma melhora do atendimento da recepção/acolhimento e recepção/balcão, e que a atenção às demandas trazidas ficam mais centradas na equipe multiprofissional e não apenas na figura do médico. Este trabalho foi desenvolvido no mesmo centro de saúde, cenário desta pesquisa, por uma enfermeira da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Tratou-se de uma pesquisa de campo, do tipo exploratório-descritiva, com usuários da comunidade e trabalhadores do centro de saúde. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas que posteriormente foram analisadas à luz da literatura sobre o **acolhimento**, SUS e ESF.

O enfermeiro está presente, obrigatoriamente, na equipe de ESF. Ele atua na comunidade e na unidade de saúde e deve estar capacitado para assumir múltiplos papéis, como de educador, prestador de cuidados, consultor, uma vez que está sujeito à constantes solicitações e transformações de sua prática.

Os cursos introdutórios do PSF têm a função de capacitar os profissionais, ensinando-os a lidar com os principais requisitos da ESF: trabalho em equipe, humanização, identificação das prioridades e atendimento integral e vínculo. Neste sentido, os Pólos de Educação Permanente em Saúde propostos pelo Ministério da Saúde estão trabalhando na perspectiva de capacitar, nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a promoção, a formação e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais (BRASIL, 2003).

Acreditamos que aliadas a estas iniciativas ministeriais, é possível nos espaços municipais e locais, fomentar o diálogo para a discussão crítica, de forma continuada.

Considero importante e indispensável, apesar dos inúmeros trabalhos já publicados em relação às reflexões dos trabalhadores de saúde sobre o **acolhimento**, a realização de pesquisa com a utilização do referencial de Paulo Freire. A proposta

teórico-metodológica deste autor, permite a meu ver, o aprofundamento das questões, ampliando as possibilidades do trabalho em equipe.

## **2.4 Reflexões sobre o entendimento de saúde**

Segundo Capra, (1977), a principal finalidade do primeiro encontro entre o paciente e o médico, deverá ser o de educá-lo acerca da natureza e do significado da enfermidade e das possibilidades de mudança de vida que o levaram à doença. De fato, é esse o papel original do “doutor”, palavra que vem do latim “docere” (ensinar). Requer além do conhecimento técnico, experiência, sabedoria, compaixão e desvelo pelo paciente como ser humano.

De acordo com a nova concepção de saúde, que vem sendo aceita mundialmente, o estado de saúde está identificado com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença.

No Brasil, a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, a partir dos temas centrais relacionados à saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial, a saúde é conceituada de forma abrangente, relacionada aos determinantes políticos, econômicos e sociais, como direito de cidadania e dever do estado (BRASIL, 1986).

A saúde deixa de ser algo estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse sentido, as intervenções visam aumentar as chances de saúde e de vida, forjando intervenções multi e intersetoriais sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade. Estes determinantes, a saber, biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, encontram-se fundamentados no Informe Lalonde (1974), um moderno movimento de promoção de saúde instituído no Canadá. A motivação central deste documento parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica, ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, pelos resultados pouco significativos que aquela

apresentava. Recentemente, no Brasil, uma série de experiências de gestão pública e mobilização social suscitou a implementação organizada sob uma perspectiva de ação intersetorial (BUSS, 2000).

O modelo cartesiano, desenvolvido por Descartes por volta de 1700, propunha considerar o funcionamento do corpo humano como uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças, e a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular. Três séculos depois de Descartes, a medicina ainda se baseia nas noções do corpo como uma máquina, na doença como consequência de uma avaria na máquina, e da tarefa do médico como conserto dessa máquina. Este modelo é chamado de modelo biomédico. Essa concepção está sendo lentamente transformada para uma concepção holística e ecológica do mundo, que não mais considera o universo como uma máquina. Este é visto como um sistema vivo, pressupondo inter-relações e interdependências de todos os fenômenos e procura entender a natureza não só em termos de estruturas fundamentais, mas também em função de processos dinâmicos subjacentes. O conceito de saúde como equilíbrio dinâmico é compatível com a concepção sistêmica de vida e com muitos modelos tradicionais de saúde e cura, entre eles a tradição hipocrática e a chinesa, citadas anteriormente (CAPRA,1977).

No entanto, a maior parte da biologia e da medicina contemporâneas, ainda mantém esta visão histórica. Esta concepção é justificada, em certa medida, pelo fato de os organismos vivos agirem, em parte, como máquinas (id, 1977). Segundo este autor, só será possível chegar a uma compreensão mais ampla da vida, através do entendimento do ser humano como um organismo vivo e não mais como uma simples máquina. A principal distinção entre os dois, é a de que os primeiros tem a capacidade de renovar e reciclar continuamente seus componentes, sem deixar de manter a integridade de sua estrutura global. Atualmente, a análise e estudos de alguns filósofos, biólogos, antropólogos e outros, permite que a realidade passe a ser pensada a partir dos conceitos de inter-relação e interdependência de todos os fenômenos, levando a uma nova compreensão da realidade, complexa e dinâmica. Os conceitos de livre-arbítrio, determinismo e liberdade serão considerados, a partir

desta nova teoria, como conceitos relativos. Sob o ponto de vista sistêmico (interligação não linear dos organismos vivos) a associação das doenças a causas únicas são muito problemáticas. Esta visão é difícil de ser apreendida a partir da perspectiva da ciência clássica porque requer modificações significativas de muitos conceitos e idéias. O moderno pensamento científico, está conduzindo a uma visão da realidade, e no caso da compreensão do binômio saúde-doença, como um processo contínuo, refletindo a resposta criativa do organismo aos desafios ambientais. A saúde vem sendo entendida como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes. Percebe-se também que a representação comum de saúde e doença como extremos opostos de algo contínuo e unidimensional é muito enganadora (Id, 1977).

Para a compreensão de uma abordagem holística da saúde podemos também aprender com os modelos médicos existentes em outras culturas. O moderno pensamento científico em física, biologia e psicologia está conduzindo a uma visão da realidade que se aproxima muito da visão dos místicos e de numerosas culturas tradicionais, em que o conhecimento da mente e do corpo humano e a prática de métodos de cura são partes integrantes da filosofia natural e da disciplina espiritual. Os métodos de cura dentro desta abordagem estarão, portanto, em harmonia com muitas concepções tradicionais, assim como também com as modernas teorias científicas. A medicina hipocrática já propunha que as doenças não são causadas por demônios ou forças sobrenaturais, mas são fenômenos naturais que podem ser cientificamente estudados e influenciados por procedimentos terapêuticos e pela conduta de vida de cada indivíduo. Assim, a medicina devia ser exercida como uma disciplina científica, baseada nas ciências naturais, abrangendo tanto a prevenção de doenças, como seu diagnóstico e terapia. Essa atitude formou a base da medicina científica até hoje, embora os sucessores de Hipócrates, em sua maioria, não tenham atingido a amplitude de visão e a profundidade filosófica manifestas nos escritos hipocráticos. A saúde, de acordo com os escritos hipocráticos, requer um estado de equilíbrio entre influências ambientais, modos de vida e os vários componentes da natureza humana. Estes temas principais da medicina hipocrática também já foram desenvolvidos na China antiga num contexto cultural muito diferente. Nesta

concepção, a doença não é considerada um agente intruso, mas o resultado e um conjunto de causas que culminam em desarmonia e desequilíbrio. Entretanto, a natureza e todas as coisas, incluindo o organismo humano, é tal que existe uma tendência natural para se retornar a um estado dinâmico de equilíbrio. As flutuações entre equilíbrio e desequilíbrio são vistas como um processo natural que ocorre ao longo de todo o ciclo vital. Assim, os textos tradicionais não traçam uma linha divisória nítida entre saúde e doença. Embora todos nós saibamos o que significa sentirmo-nos saudáveis, é impossível definir precisamente tal estado; a saúde é uma experiência subjetiva, algo que pode ser conhecido intuitivamente, mas nunca descrito ou quantificado. Não obstante, podemos começar nossa definição dizendo que a saúde é um estado de bem-estar que se estabelece quando o organismo funciona de uma certa maneira. (Id, 1977).

Segundo Nordenfelt (2000) saúde é caracterizada como um estado, no qual o indivíduo tem habilidade para satisfazer seus objetivos vitais. Nesta teoria, a saúde é abordada como uma dimensão que se estende de um estado de saúde ideal ou perfeito e um estado de má-saúde máxima. Neste sentido não é possível falar de saúde e má saúde como dois pólos separados, e não haveria possibilidade de se traçar uma linha divisória entre saudável e não saudável. Para Nordenfelt (2000, p.102), “*a avaliação que a pessoa faz da própria saúde deveria ser o ponto de partida para a avaliação que irá ser feita pelo pessoal de saúde e por outros*”. Neste sentido é o próprio indivíduo que avalia seu grau de saúde. Este autor afirma que o conceito de saúde e outros conceitos relacionados não podem ser completamente caracterizados em termos biológicos ou bioestatísticos, pois a saúde é um conceito psicossocial e antropológico.

“Saúde e doença não são fenômenos analisáveis exclusivamente em termos científicos, mas são conceitos valorativos que se referem a experiências, desejos, sentimentos, ambições e habilidades dos seres humanos sob determinadas circunstâncias“ (NORDENFELT apud BUB, 2001, p.62).

Uma vez percebida a relatividade e a natureza subjetiva do conceito de saúde, também se torna claro que as noções de saúde e doença são fortemente influenciadas pelo contexto cultural em que elas ocorrem. O que é saudável e doente, normal e

anormal, sadio e insano, varia de cultura para cultura. Além disso, o contexto cultural influencia o modo específico como as pessoas se comportam quando adoecem.

O ser humano acolhedor está inserido num modelo cultural que influencia os seus conceitos de vida e condutas frente ao ser humano acolhido nos serviços de saúde. A maneira como interpretamos as questões de saúde e doença também estão relacionadas com as nossas próprias vidas e como reagimos aos fatos. Ainda hoje, este entendimento não é evidente para todos. Desta forma, se torna importante a manutenção de reflexões sobre o conceito de saúde entre todos os membros da equipe, de modo a problematizar tanto as suas concepções quanto as suas práticas em saúde. Acredito que os diferentes entendimentos sobre saúde-doença determinam em parte as diferentes concepções sobre o **acolhimento** em saúde e “ser acolhedor”.

Vários autores relacionados aos mais diversos campos do conhecimento humano (biologia, antropologia, entre outros) tem aprofundado esta questão. No entanto, como não se trata do tema desta pesquisa, está colocado apenas de modo a provocar reflexões.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Refletir sobre a experiência vivida e sobre os significados que esta experiência tem para os profissionais que compõe a equipe, implica em voltar a atenção ao modo como estas pessoas “pensam” a sua prática.

Para desenvolver este trabalho de pesquisa, onde ambos, pesquisador e pesquisados sejam capazes de refletir sobre o tema, identificando os problemas e caminhando juntos para o alcance de soluções originais para uma melhor compreensão da ESF e do **acolhimento** como atitude, compromisso e reordenamento do processo de trabalho, foi utilizado o referencial teórico de Paulo Freire. A proposta essencial do mesmo reside na promoção do desvelamento da consciência crítica e busca de soluções criativas para o entendimento ampliado, com possibilidades transformadoras.

Além deste referencial, foram utilizadas também as contribuições filosóficas de Barão de Spinoza, filósofo holandês, que nasceu em 1632, em Amsterdam, Holanda. Este autor traz contribuições relevantes para a compreensão da humanização do homem, discutida como uma questão ética, aprofundando a questão da autonomia e felicidade humanas. Como um dos objetivos da pesquisa está relacionada com as reflexões dos trabalhadores em relação ao “ser humano acolhedor”, consideramos importante trazer um dos autores da literatura filosófica clássica para nos auxiliar na compreensão destas questões.

#### 3.1 Referencial teórico de Paulo Freire

Paulo Freire, educador brasileiro, nasceu em 19 de setembro de 1921, em Recife, e faleceu em 02 de maio de 1997, em São Paulo. Era um ser humano orgulhoso e consciente de sua posição no mundo. Manteve sempre acesa sua

preocupação vibrante na busca do sujeito crítico, a partir da problematização. Acredito que suas convicções teóricas sobre a possibilidade de construção de uma sociedade mais humana, livre e solidária, serão sempre válidas, porque partem da problematização do mundo pelas próprias pessoas, na sua realidade vivida. E a partir desta problematização, os sujeitos vão refletindo e descobrindo novas formas de intervenção sobre esta realidade, para então embasar a possibilidade da transformação.

Paulo Freire sempre se mostrou contrário ao projeto neoliberal que produz a exclusão social, econômica, política e cultural, porque segundo Gadotti (1966) o neoliberalismo é visceralmente contrário ao núcleo central do pensamento de Paulo Freire, que é a utopia. Enquanto o pensamento freireano é utópico, o pensamento neoliberal abomina o sonho.

O que se observa na prática pedagógica do capitalismo é o estímulo ao individualismo e à competitividade, e palavras como “autonomia”, por exemplo, são incorporadas pelo ideário neoliberal. Neste sentido, Freire (1966) anuncia a solidariedade como uma das forças de luta para promover a ética universal do ser humano.

Para Freire (1987, p.167), *ninguém desvela o mundo ao outro e, ainda quando um sujeito inicia o esforço do desvelamento aos outros, é preciso que estes se tornem sujeitos do ato de desvelar*. Nesta concepção, a reflexão permite à pessoa envolvida visualizar, apreender e vislumbrar, não só a problemática como também as possibilidades de transformação de sua realidade. Considera que a criação de um novo mundo só é possível através da práxis, entendida como resultado da ação e reflexão dos homens sobre a realidade (id, 1987).

É pela educação dialógica que Freire anuncia a transformação da realidade das pessoas, através do processo de conscientização. Neste processo, o diálogo se impõe como o único caminho capaz de conduzir o homem à transformação do mundo. É profundo, inseparável do processo de ação-reflexão sobre a realidade. Não é um depositar de idéias, uma discussão hostil. Diálogo é o encontro de seres humanos que têm por tarefa apreender a sua realidade, o seu mundo, e atuar para transformá-lo e torná-lo mais humano.

A Pedagogia de Paulo Freire revela a possibilidade do aprender fazendo, do trabalho cooperativo, da relação entre teoria e prática, a partir das falas dos envolvidos. Estes, quando detectam problemas reais, devem sempre buscar soluções criativas e originais para resolvê-los, aumentando desta forma, a capacidade para equacionar problemas.

A experiência valorizada é a observação da própria realidade, o diálogo e participação na ação transformadora das condições de vida. Portanto, o processo ensino-aprendizagem inicia-se com a observação da realidade, permitindo às pessoas expressarem suas percepções acerca dela. Em um segundo momento os participantes selecionam as informações identificando os pontos-chave do problema. Em seguida, parte-se para a teorização, que consiste no levantamento das causas do problema observado. Aqui os conhecimentos científicos auxiliam no raciocínio para a compreensão do problema em seus princípios teóricos. Confrontando a realidade com a teorização, o indivíduo se vê, naturalmente, movido a formular hipóteses para solucionar o problema. A pedagogia problematizadora de Paulo Freire é complexa, abordando o processo educativo como sinônimo de politização e articula conceitos como conscientização, autonomia, cidadania e sentido de vida. Aborda conceitos abstratos, como a consciência dual do oprimido, que possuem a consciência opressora (seus valores, sua ideologia, seus interesses) introjetadas nele, o que dificulta a sua libertação (WOSNY, 1994).

Paulo Freire nos fala o tempo todo sobre a importância social do desenvolvimento da consciência do homem através da educação e de que somente ele, diferentemente dos animais, consegue tomar distância da realidade para observá-la e agir sobre ela conscientemente. Isto seria a práxis. Este conceito está impregnado em toda a extensão de sua obra (FREIRE, 2001).

Um outro conceito desenvolvido por ele é que a práxis é a ação dos homens sobre o mundo para possibilitar sua transformação e de que é preciso ultrapassar a esfera da apreensão espontânea da realidade para a esfera crítica. Isto, segundo ele, é a única forma de se chegar à conscientização. Paulo Freire diz também que a conscientização é um compromisso histórico, pois todos os envolvidos nesta proposta de educação são denunciadores de problemas e anunciadores de propostas

de solução. Ele também acredita que a educação para ser válida deve levar em conta a vocação ontológica do ser humano, ou seja, sua possibilidade de **ser sujeito** (FREIRE,1980).

A obra de Paulo Freire permite um estudo profundo e metodológico sobre a possibilidade da transformação do mundo passando pela busca do conhecimento de si mesmo e da realidade, com o auxílio de métodos que possibilitem esta práxis. Ele fala que a educação bancária, tradicional, torna esta tarefa impossível porque ela não permite a tomada de consciência sobre a realidade e sobre a capacidade de transformá-la. Afirma que a educação problematizadora está fundamentada na criatividade, na autêntica união da ação e da reflexão, possibilitando aos alunos a oportunidade de ajuda para sair da sua alienação.

Para Paulo Freire, cidadania envolve valores, como o conhecimento da realidade para a libertação de opressões e reflexões sobre o mundo. Freire refletiu sobre autonomia e liberdade para o exercício de uma ação política de um verdadeiro cidadão e conhecimento da cultura para o desenvolvimento de auto-estima. Para isto é necessário o conhecimento das instituições sociais, saber se expressar e codificar pela escrita e decodificar o que está ao seu alcance. Necessita também superar a consciência mágica, adquirindo uma reflexão crítica (pensar a própria sociedade e sua cultura no contexto do mundo contemporâneo) envolvendo prática e teoria. Freire vê o conhecimento, a criatividade, a liberdade e a democracia autêntica como valores fundamentais. Recusa o modelo de educação em que o professor sabe e ministra o conhecimento, dificultando ou impedindo que o aluno usufrua da trajetória proporcionada pela aprendizagem. Neste sentido sempre haverá possibilidades de se adquirir novos conhecimentos, minimizando a interpretação dos fatos somente através dos conhecimentos prévios. Paulo Freire procurou pesquisar a ação para a formação do cidadão (com idéias de libertação do sujeito histórico) através da estimulação da consciência crítica. Para desenvolver uma consciência de cidadão, o indivíduo deve tornar-se consciente que é parte de um todo, produto e também criador de uma cultura (FREIRE,1966).

Ele também defende o diálogo crítico e libertador. O educador não é aquele que vai levar a verdade da informação, mas sim aquele que cria espaço e uma

dinâmica pedagógica que permite a reflexão que resultará na libertação (FREIRE, 1980). Para este autor, a humanização só pode ser conseguida pelas ações dos homens que se tornam denunciadores de uma realidade que desumaniza e oprime, e anunciadores da possibilidade de transformação dessa realidade opressora e desumanizante; e que sempre é possível adquirir conhecimentos para superar todas as formas de desigualdades impostas pelas elites dominantes.

Para Freire (1980), o homem muda o próprio homem e não apenas a realidade cada vez que dá uma resposta a um desafio. Desta forma o homem se realiza como sujeito no ato de responder aos desafios porque exige reflexão, crítica, invenção, decisão. Esta resposta aos desafios convida o homem ao diálogo, o que lhe permite refletir e responder aos desafios. O diálogo, como encontro dos homens para a “pronúncia” do mundo é uma condição fundamental para a sua real humanização. Desta forma, o diálogo assume uma necessidade existencial já que se coloca como caminho para a descoberta do significado enquanto homens. O diálogo freireano não pode existir sem um profundo amor pelo mundo e pelos homens, não pode existir sem humildade e sem esperança e exige uma fé imensa no próprio homem. Se o clima entre os que dialogam estiver carregado de desesperança, este encontro será vazio, estéril e cansativo (Id, 1980).

### **3.2 Referencial teórico de Barão de Spinoza**

Para aprofundar as discussões sobre a “humanização” do homem, que segundo Paulo Freire, somente pode se dar através da comunicação, trazemos as reflexões filosóficas de Spinoza.

Para Spinoza, o homem não é pensado em termos de formas ou funções, mas enquanto relação com os demais existentes. Para este autor, tudo o que existe está necessariamente em relação com outros seres e estes estão perpetuamente se agenciando. Um corpo se compõe com o outro quanto aumenta a potência do primeiro de agir, enquanto um outro corpo se decompõe quando diminui o poder de ação de outro corpo. Os encontros determinam a existência. Os bons e os maus

encontros serão a temática “spinozista”, no campo existencial (SPINOZA, 2007 a).

Seu nome hebreu era Baruch de Spinoza, que significa abençoado, e em suas obras publicadas em latim, Benedictus Spinoza. Nasceu e viveu na Holanda, numa época de grandeza econômica, política, e cultural, apoiada na expansão comercial, durante a qual a pequena nação do Atlântico Norte ombreou com as mais poderosas e influentes nações da Europa. A qualidade de vida tinha um padrão geral de bem estar marcado pela simplicidade e uma proximidade de nível entre as classes e respeito entre as pessoas, o que não existia nos demais países europeus. Isto é importante ressaltar para compreender que Spinoza, seguindo sua própria filosofia, viveu de forma bastante simples, embora na rica Holanda daquela época isto não significasse pobreza e muito menos indigência. No mesmo período, além do próprio Spinoza, o filósofo René Descartes viveu e escreveu suas obras por duas décadas. Este período produziu cientistas como o físico Christian Huygens, o matemático Simon Stevin e os microscopistas Antonie van Leeuwenhoek e Jan Swammerdam. Na literatura Joost van den Vondel e na pintura De Vermeer, Ruysdael e principalmente Rembrandt van Rijn (Id, 2007a).

Seu livro mais famoso, *ÉTICA*, 1632, traz no seu título, justamente a palavra que, mais de trezentos anos depois, virou um dos temas centrais em nosso mundo. No entanto, os seus escritos não nos apresentam orientações normativas de conduta, ou conselhos sobre o que seja certo ou errado. Spinoza não provê um novo código de retidão moral, ele oferece alternativamente uma outra maneira de pensar, sugere uma outra maneira de viver. Em suma, Spinoza nos dá uma ética, não uma moral. Por isso, *Ética* não contém máximas ou imperativos, não impõe nenhum dever-ser. Busca compreender o homem tal como ele é, não como deveria ser. Spinoza não separa a mente do corpo, e afirma que são antes, expressões da substância absoluta do real, ainda que em um modo específico desta, que é o homem. Spinoza começa a *Ética* por aí: pela ontologia, pela causa de si mesmo. Ele o chama de Deus, porém, trata-se de uma compreensão singular do que seja Deus. Ele (DEUS) não é um ser dotado de entendimento, consciência ou vontade. Tampouco estamos diante de uma dimensão transcendente, acima de nós. Tudo o que é, para Spinoza, é em Deus, inclusive nós. Deus é natureza (Id, 2007a).

Spinoza discutiu profundamente o tema da liberdade humana, alegando ser o homem um modo de Deus e não mais uma substância, como em Aristóteles ou Descartes. Deus é a única substância em Spinoza, todos os demais seres são modos desta substância. Outra questão profundamente discutida por ele é o poder de afecção-paixão e ações humanas e a relação entre todos os corpos que têm o poder de afetar e serem afetados. Segundo ele, todo encontro resulta deste poder de afetar e de ser afetado e que alguns encontros produzem um aumento de potência dos corpos, enquanto outros produzem uma diminuição da potência de agir dos mesmos. Afirma que a potência é a essência dos seres, é o seu poder de ação. Sugere que o homem deve, dentro de seus próprios limites, procurar provocar encontros que aumentem ao máximo sua potência de agir (Id, 2007 a).

Spinoza rompe com a idéia da supremacia da alma sobre o corpo. Considera que o homem desconhece não só o que pode seu corpo, mas também toda a problemática das relações existenciais. Talvez a maior contribuição de Spinoza para a compreensão da liberdade humana se assente na tentativa de se abolir as interpretações morais da existência e as superstições engendradas pela imaginação, a exaltação da alegria e dos encontros de corpos potencializadores e a possibilidade da liberdade desde que associada ao aumento da força e da potência de ação de um corpo (Id, 2007b).

Spinoza afirma que Deus é pura potência geradora de vida e nós somos apenas um de seus modos (talvez o mais potente, mas, nem por isso, o único a participar da sua natureza). Refuta a idéia de que o homem possui uma natureza diversa da dos outros seres, bem como uma natureza diversa do próprio Deus, que não é mais criador do mundo e nem tem vontade livre para mudar os rumos das coisas e que o homem por fazer parte desta potência, só pode expressar a sua liberdade através da associação com os outros corpos (Id, 2007b).

Neste sentido, quando Paulo Freire nos fala que o “diálogo”, como encontro dos homens para a “pronúncia” do mundo é uma condição fundamental para a sua real humanização, acreditamos que há uma relação afinada entre os pressupostos filosóficos de ambos, uma vez que defendem que somente o encontro entre os homens pode potencializar a sua humanidade.

Os conceitos destacados que podem ser considerados como fios condutores da pesquisa são: Acolhimento, Diálogo, Humanização, Saúde e Ser Humano. Seus pressupostos estão fundamentados na proposta da “humanização” em saúde, a partir do acolhimento, sob o olhar dos seres humanos (trabalhadores em saúde).

### **Acolhimento**

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo suas queixas, permitindo que expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

Instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas e pode ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento. Significa a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização da fala dos usuários, a identificação das necessidades e a sua transferência em objeto reflexivo/crítico das ações de saúde.

Esta concepção difere do padrão tradicional em uso nos sistemas de saúde, onde o trabalhador é o sujeito do processo e o usuário é o objeto sobre o qual há uma intervenção para a melhoria da saúde.

O **acolhimento** significa a humanização do atendimento, o que pressupõe o acesso a todas as pessoas. Diz respeito à escuta qualificada, fornecendo ao usuário uma resposta positiva e responsabilização pela resolução de seu problema. Vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população.

### **Diálogo - Comunicação**

Possibilidade em que se vai desafiando o grupo a pensar sua história social com a experiência igualmente social de seus membros, que vai revelando a necessidade de superar certos saberes que, desnudados, vão mostrando sua “incompetência” para explicar os fatos (FREIRE, 1966).

O diálogo permite o refletir e agir (ação e reflexão) sobre o mundo, com o

objetivo de transformá-lo e humanizá-lo. É, sobretudo, um ato de criação e recriação e só é possível através do amor ao mundo e aos homens (FREIRE, 1987).

O diálogo se estabelece através da relação de comunicação e intercomunicação possibilitando a crítica e a problematização. Considera que a criação de um novo mundo só é possível através da práxis, entendida como resultado da ação e reflexão dos homens sobre a realidade (Id, 1987). Desta forma o diálogo assume uma necessidade existencial, já que se coloca como caminho para a descoberta do significado enquanto homens.

É a relação que acontece entre os sujeitos, através do sentir, pensar, falar, que leva à reflexão e construção de sujeitos autônomos para a transformação de uma sociedade solidária e justa.

### **Humanização**

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque relativa ao processo 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, 2004).

### **Saúde**

Noção de habilidade dos homens para atingir objetivos vitais em circunstâncias aceitáveis e não extremas, e ser capaz de agir em prol dessas metas vitais para serem considerados saudáveis, utilizando para isto a tríade da saúde, que são a capacidade da pessoa para agir, suas metas vitais e uma classe de circunstâncias (NORDENFELT, 2000).

É um estado subjetivo, variável em intensidade e no tempo histórico, cultural e social, de sentir-se bem ou da possibilidade de buscar esta sensação,

independentemente da presença ou não de doença. Considera-se saudável aquele ser que, deparando-se com uma situação de mal-estar e ou sofrimento, é capaz de se desafiar e estabelecer prioridades para o seu bem-estar. Nesta pesquisa os trabalhadores em saúde e os usuários, através do processo dialógico são capazes de construir possibilidades reflexivas para a transformação da realidade.

### **Ser Humano (trabalhador em saúde e usuário)**

O ser humano é um ser histórico que vive dentro de uma realidade que também é histórica, é também inconcluso, em permanente processo de construção. Tendo consciência desta inconclusão, e sabendo-se inacabado, luta para superar esta condição básica, buscando nas relações homens-mundo perceber a realidade, apropriando-se dela, problematizando-a para encontrar possibilidades de mudança. É também um ser dialógico, e através do diálogo transforma o mundo (Id, 2000).

O ser humano é um ser inquieto, em constante busca de si mesmo, através do diálogo, da interação com o outro. Ele se humaniza à medida em que se coloca no lugar do outro, em constante interação com o mundo. Ele é capaz de se transformar quando se conscientiza de forma crítica. Ele é um ser singular e plural, porque prescinde do outro e do mundo para se transformar.

## **4 TRAJETO METODOLÓGICO**

### **4.1 Contexto da Pesquisa**

O bairro onde foi realizada a pesquisa está situado na ilha de Santa Catarina, em Florianópolis, entre um manguezal e as encostas de morros, e conta com uma população aproximada de 15.000 pessoas.

Teve sua origem na ocupação do interior da ilha de Santa Catarina devido à fertilidade do solo e dos mananciais aquíferos que descem das encostas. A partir da década de 70, as antigas chácaras, que em sua maioria se dedicavam à atividade agrícola, foram sendo loteadas e transformadas em áreas com função urbana. Na década de 80, muitas pedreiras foram abandonadas, sendo depois ocupadas pela população de baixa renda (WOSNY, 1994).

Uma parcela significativa da população está constituída por pessoas de outros lugares do estado, principalmente do oeste e norte e do estado vizinho, que vêm à procura de melhores condições de vida, fato recorrente na maioria das capitais brasileiras. O êxodo rural é assunto largamente discutido pela sociedade brasileira, devido à falta de infra-estrutura dos centros urbanos receptores para oferecer condições de vida favoráveis aos migrantes.

O bairro ocupa extensa área as margens da rodovia SC 401 e é habitado principalmente por população de baixa renda, apresentando crescimento de violência e crimes ligados ao tráfico de drogas. Conjuntos habitacionais construídos pelo governo são destinados a esta população. Atualmente observa-se uma expansão do comércio local, principalmente por conta da construção de um grande shopping e de condomínios para população de classe média e alta, revelando o avanço da especulação imobiliária no local.

O processo de organização social do bairro é bastante ativo verificando-se um número significativo de entidades e associações que praticamente representam cada

uma das localidades do bairro. Dentre elas se destacam onze associações comunitárias e outras organizações sociais como a Unidade Comunitária de Produção e Profissionalização (U.C.P.P.), a Associação Catarinense de Integração do Cego (ACIC), Projeto Carijós, diversas ONGs, entre elas “Mãos na Mata”. Esta última se ocupa com ações de revitalização da Mata Atlântica através de ações educativas com jovens e adultos. O Projeto Carijós, composto por representantes das diversas associações do bairro e representantes dos órgãos oficiais como o Ibama e Ipuf, discutem, planejam e realizam ações relacionadas à preservação e melhoria do meio ambiente.

O quadro funcional do centro de saúde é composto por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, auxiliares de consultório dentário, estagiários, auxiliares administrativos e agentes comunitários de saúde. Este quadro funcional está subdividido em seis equipes da Estratégia de Saúde da Família. Além destes, um ginecologista e uma pediatra prestam atendimento na unidade, como referência para a própria unidade e para a Regional de Saúde, constituída de outras oito unidades de saúde.

Tendo em vista sua participação na Rede Docente Assistencial (RDA) da Universidade Federal de Santa Catarina, o centro de saúde recebe residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade, constituído por médicos, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, formando outras três equipes da ESF, responsáveis pela atenção à saúde da população. Também é campo de estágio de acadêmicos de graduação dos cursos de enfermagem, medicina, nutrição, odontologia e serviço social da mesma universidade.

Como enfermeira da Unidade de saúde deste bairro estou engajada na participação do processo de fortalecimento do SUS, em especial na implantação e implementação da proposta de **acolhimento**. Desde o início de minhas atividades como enfermeira, em março de 2000, desempenho um papel de protagonismo em relação ao entendimento da proposta em todas as suas dimensões (ética, estética e política) e também como elemento facilitador para a discussão da proposta com o grupo de trabalhadores. Atualmente respondo pela coordenação da unidade, por

indicação da Secretaria Municipal de Saúde.

## 4.2 Caracterização da pesquisa

Na comunicação, nos significamos e significamos o próprio mundo, ao mesmo tempo; a realidade se constitui nos sentidos que, enquanto sujeitos, praticamos. É considerada dessa maneira que a linguagem é uma prática; não no sentido de efetuar atos, mas porque pratica sentidos, intervém no real (FREIRE, 1987).

Esta pesquisa tem como proposta a abordagem qualitativa, que acredito ser apropriada por permitir investigar e aprofundar questões muito específicas e particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Pretendeu trabalhar com as interpretações da realidade vislumbradas pelos participantes.

De acordo com Heidemann, 2006, a pesquisa qualitativa articula-se com o pensamento freireano porque ambos se preocupam com o desvelamento da realidade social, e o de revelar o que está oculto, permitindo que as reflexões dos participantes os levem a desvendar novas propostas de ação sobre as realidades vividas.

Esta metodologia possibilitou a caracterização dos conflitos, contradições e diversidades que representam o entendimento das concepções e práticas dos trabalhadores de saúde sobre o **acolhimento**.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi utilizado o Itinerário Freireano e o percurso metodológico dos “círculos de cultura”.

Círculo de cultura é um lugar onde um grupo de pessoas se reúne para discutir sobre suas práticas, com orientações de um coordenador (GADOTTI, 1966). A partir das discussões, torna-se possível levantar, problematizar e desvelar os temas que tanto podem ser conflitivos ou positivos para a compreensão do acolhimento como estratégia para a humanização em saúde e a reorganização do modelo e do processo de trabalho. É uma proposta dinâmica e participativa, com o objetivo do desenvolvimento da consciência crítica para a transformação. O itinerário de pesquisa permite, passo a passo, o resgate da capacidade crítica dos participantes. É

constituído de: investigação temática ou levantamento dos temas geradores, tematização (codificação e decodificação) e desvelamento crítico (fase de transformação). É importante ressaltar que o Itinerário de Pesquisa proposto por Freire, apesar de basear-se em uma sequência de passos, não é linear, visto que os mesmos vão se interrelacionando, em constante processo de construção.

Na investigação temática são trazidos os temas relevantes, colhidos do universo vivenciado pelos indivíduos. O tema gerador é investigado a partir de assuntos de significado social para a comunidade. A determinação do tema gerador é de fundamental importância, pois é a partir dele que se desencadeará o processo educativo e transformador da realidade.

A segunda etapa do sistema é a “tematização”, onde os temas identificados são codificados e decodificados. Nesta fase, os sujeitos problematizam o objeto ‘cognoscível’, na medida que são colocados os problemas e todos o compreendem através do diálogo, em torno das situações reais dos sujeitos “cognoscentes” (HEIDEMANN, 1994).

A codificação é a fase de tomada de consciência, quando são então contextualizados e substituídos em sua primeira visão ingênua, por uma visão crítica e social. Descobrem-se novos temas geradores, relacionados aos iniciais. As codificações são as mediações entre o contexto concreto em que se dão os fatos e o contexto teórico em que são analisados. São os objetos ‘cognoscíveis’, onde incidem a reflexão dos sujeitos cognoscentes. À medida que os sujeitos decodificadores refletem criticamente sobre as codificações, elas se abrem na direção de outros temas (FREIRE, 1987). Nesta etapa os participantes tem a oportunidade de realizar a “tematização”, isto é, os temas geradores são codificados e decodificados, na tentativa de tomar consciência da realidade onde estão contextualizados.

Os sujeitos participantes podem, pelo diálogo, buscar a compreensão significativa dos temas, de modo a observá-los com outros olhos. O coordenador tem o papel de levar o grupo a este desafio (WOSNY, 1994).

Através das codificações ocorrem as mediações entre o “contexto concreto ou real” em que os fatos se dão, isto é os participantes podem perceber a sua própria postura como acolhedor, através do diálogo e de um novo contexto teórico que será

trazido pelo grupo.

No processo da descodificação, os indivíduos, exteriorizando a sua temática, explicitam sua consciência real da objetividade. À medida que o fazem, percebem como atuavam ao viverem a situação analisada, avaliam a sua percepção anterior, ampliam o horizonte do perceber. Desta forma, a descodificação promove uma nova percepção e o surgimento de um novo conhecimento. Conseqüentemente, através desta análise e conseqüente reconstituição da situação vivida, é que os indivíduos passam a transformar a realidade e sua consciência de mundo. Subdivide-se em quatro etapas que serão descritas a seguir. Na primeira, enquanto os indivíduos vão exteriorizando a sua temática, tem a oportunidade de “admirar” a apreensão do objeto codificado. A seguir, passam a perceber sua percepção anterior, constituindo-se a etapa da “percepção da situação”. Em seguida, na terceira etapa, através da representação da codificação se dá “a análise crítica”. A quarta etapa se inicia quando o investigador dá início ao estudo sistemático dos achados. Desta forma, esta etapa é a última do itinerário da pesquisa, a “redução temática”, onde se busca a cisão dos temas, com o objetivo de voltar à totalidade para melhor conhecê-la. É nesta volta que se descobre os limites e as possibilidades da primeira etapa. Assim, se buscará atingir a situação limite, com a superação das contradições e o conseqüente despertar do desejo de transformação.

No desvelamento crítico ou problematização, ocorrem idas e vindas do concreto para o abstrato, e vice-versa, voltando-se para o concreto problematizador, descobrem-se os limites e as possibilidades da primeira etapa, levantamento dos temas geradores. O objetivo é a transformação, a conscientização através do ato educativo libertador que torna os sujeitos organizados coletivamente (HEIDEMANN, 1994).

É a ação exercida para tirar ‘o véu’ (o que oculta), que não permite ver e analisar a verdade das coisas, chegar ao fundo, conhecê-las, descobrir o que há em seu interior, atuar sobre o que conhece para transformá-la (GADOTTI, 1966).

Nesta etapa fica evidenciada a necessidade de ações concretas a nível cultural, político e social. A problematização irá ocorrendo na medida que os problemas são levantados através do diálogo, no qual os participantes começam a

falar sobre as contradições, as situações concretas e reais em que estão vivendo o aqui e agora. A constatação do tema gerador, ou temas geradores é algo que os participantes descobrem, não só através da própria experiência existencial, mas também através da reflexão crítica sobre as relações humanas. Penso que o compartilhamento destes, permite a análise mais aprofundada acerca da multiplicidade de sentimentos que podem aflorar durante o ato de acolher o usuário.

Assim, os participantes como sujeitos cognoscentes, realizam sua reflexão crítica sobre o objeto cognoscível. Neste processo ocorre o desenvolvimento e desmistificação da realidade, negando o homem como ausente do mundo e sim como consciência e mundo se dando ao mesmo tempo (WOSNY, 1994).

O grupo tem a oportunidade de realizar a ação-reflexão-ação, capacitando os trabalhadores a aprender e evidenciar a necessidade de ações concretas, culturais, políticas e sociais, visando a superação das contradições. Desta forma, surge a oportunidade de realizar uma análise crítica do papel de “acolhedor” e visualizar novas formas de acolher.

O objetivo é promover a transformação dos reais problemas que estavam interferindo na vida das pessoas (FREIRE, 1987).

Um dos aspectos relevantes desta pesquisa é de que ela não pretende uniformizar idéias e condutas, mas sim possibilitar que aflorem os sentimentos e conceitos que estão presentes na vida dos trabalhadores, e que norteiam as suas práticas de saúde nos encontros com os usuários. Neste tipo de pesquisa, o profissional além de pesquisar, está participando ativamente da mesma ao longo de todo o processo.

Quando um problema é de fato de natureza assistencial, todas as questões relacionadas a ele soarão de forma familiar a todos os membros da equipe. Desta forma, penso que a coletivização do tema permite um maior aprofundamento da proposta do **acolhimento** e o fortalecimento de um grupo de pessoas, ética e politicamente engajados, compartilhando possibilidades de construção e avanço de conhecimentos. Durante o ato de “acolher” é possível ouvir o que o usuário traz, suas dúvidas, seus conflitos, e, através do diálogo estabelecer a verdadeira comunicação. Comunicação aqui entendida como possibilidade de colocar-se no lugar do outro, a

partir da identificação de falas, gestos e atitudes. Desta forma, o profissional tem a possibilidade de renovar constantemente sua prática assistencial, porque, a partir da reflexão com o usuário, surgirão novos “modos” de realizar as intervenções necessárias.

A análise dos dados desta pesquisa foi realizada durante todo o percurso da pesquisa, através do Itinerário Freireano, de acordo com a proposta metodológica já apresentada.

### **4.3 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos desta pesquisa são os integrantes de uma unidade local de saúde da atenção básica. Como os funcionários desta unidade já estão de alguma forma motivados devido às várias atividades pregressas realizadas, o acolhimento da proposta da pesquisa foi bem recebida. Todos os trabalhadores do centro de saúde, através de convites pessoais, foram convidados a participar. Após o agendamento do primeiro encontro, formulei um novo convite a alguns trabalhadores, em especial aos médicos e enfermeiros e alguns profissionais das equipes complementares (farmacêutico, assistente social e nutricionista da Residência Multiprofissional em saúde da família) que atualmente fazem parte da equipe de acolhimento, organizada em forma de escala diária. Estes acolhem a todos os que vêm à unidade, tanto por uma queixa de saúde ou devido à outra questão pontual, sendo ouvidos através de uma escuta qualificada. Quero ressaltar que, além desta equipe de acolhimento, todos os profissionais da unidade são motivados a acolher aos usuários em todos os espaços e momentos. Os usuários que chegam à unidade para intervenções pontuais, como por exemplo, para avaliação ou realização de curativos, aplicação de injeções, verificações de sinais vitais, solicitação de medicamentos na farmácia, entre outros, são acolhidos tanto pelos trabalhadores da recepção, quanto por todos os demais trabalhadores, o tempo todo.

O critério utilizado foi apenas o da intencionalidade de cada um em participar da pesquisa. Com o consentimento prévio do grupo, todas as atividades foram

registradas em um “diário de campo”, gravadas, e contamos com a colaboração de um funcionário do setor administrativo desta Unidade de Saúde, de forma voluntária, para realizar estas atividades. As transcrições das fitas foram realizadas pelo pesquisador.

Acredito que as vivências deste projeto de pesquisa poderão servir também para aprofundar as propostas do Programa de Residência, que apontam no sentido da abordagem problematizadora para a consciência crítica e transformadora da realidade e para a concretização da estratégia da saúde da família.

#### **4.4 Procedimento de coleta de dados**

Como utilizamos o referencial teórico de Paulo Freire através do itinerário freireano e dos círculos de cultura, optamos por realizar momentos de encontros com alguns trabalhadores do Centro de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa e coleta de dados.

O horário escolhido para a realização dos encontros foi o horário de almoço, mais especificamente entre 12:00 e 13:30 horas, devido às dificuldades de conciliamento de outros horários possíveis. Como todos cumprem uma jornada de oito horas diárias, envolvendo várias atividades, dentre elas, reuniões de planejamento de áreas das equipes de ESF, consultas individuais, grupos de atenção, visitas domiciliares, participação na escala de acolhimento semanal, entre outras, tornou-se inviável a realização das oficinas durante o período de funcionamento da unidade local de saúde, de modo a possibilitar a participação de todos estes trabalhadores ao mesmo tempo.

#### **4.5 Análise dos dados**

O itinerário freireano, como proposta metodológica, foi acontecendo o tempo todo e não dividido nos encontros, de forma estanque. Em cada encontro, aconteciam

as idas e vindas, do concreto ao abstrato, através da pergunta de pesquisa, que resultou no levantamento dos temas geradores, seguido da codificação/descodificação e desvelamento crítico, com a descoberta de novas possibilidades. As falas dos participantes, a partir dos temas geradores foram revelando, paulatinamente, as contradições, tanto em relação à compreensão do significado de “ser acolhedor”, quanto acerca das práticas do **acolhimento** em saúde.

A familiarização que este grupo já apresenta em relação ao tema proposto, devido à história de implementação da proposta na unidade estar baseada na relação dialógica, entre a grande maioria dos trabalhadores, possibilitou o aprofundamento das questões em apenas três encontros. Como já foi mencionado, momentos de problematização sobre o tema são constantes no cotidiano dos serviços da unidade.

As etapas da pesquisa, segundo a metodologia utilizada (tematização, codificações-decodificações e desvelamento crítico) também foram acontecendo durante o desenvolvimento da mesma, ficando evidenciadas através dos relatos dos trabalhadores. A partir destes, o pesquisador agrupou a interpretação dos achados em dois sub-temas, relacionados ao modelo de saúde em vigor e às questões da subjetividade dos trabalhadores.

O texto utilizado no terceiro encontro possibilitou o aprofundamento dos dados (relatos dos participantes) no sentido de refletir sobre as práticas de saúde dos trabalhadores para novas possibilidades de atuação.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto já foi encaminhado à Comissão de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 330/06 e recebeu parecer favorável.

Para garantir os princípios éticos no desenvolvimento de uma atividade com seres humanos, obedecemos as Diretrizes e Normas da Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS). Elaboramos de acordo com a mesma um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que visa garantir principalmente a autorização para o uso dos dados obtidos e o anonimato

dos participantes.

Os sujeitos do processo foram convidados a participar espontaneamente, sendo que a sua recusa não implicaria em prejuízos ou nenhuma forma de constrangimento para os mesmos. Garantimos também a possibilidade de desistir do trabalho a qualquer momento de sua trajetória.

Ainda seguindo a mesma Resolução, garantindo o anonimato dos participantes, foram utilizados codinomes de Flores.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Como por exemplo, Rosa, Hortência, entre outras (nota do autor).

## **5 DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS E ANÁLISE DOS DADOS**

### **5.1 Os encontros**

Os encontros aconteceram semanalmente, durante três semanas seguidas. O local escolhido foi o auditório do centro de saúde, que é rotineiramente utilizado pela equipe de saúde para reuniões da unidade e para a realização dos grupos de prevenção e promoção à saúde.

Foram realizados três dos quatro encontros previstos no projeto de pesquisa. O pesquisador entendeu que as questões levantadas durante estes, foram suficientes para dar conta, tanto dos objetivos da pesquisa, quanto da proposta metodológica. Após o término da mesma, momentos de discussão e problematização da proposta de implementação do acolhimento, mantém-se, no mínimo, a cada quinze dias, envolvendo uma grande parcela de trabalhadores, o que também já vinha acontecendo anteriormente.

As principais questões levantadas no decorrer da pesquisa continuam a ser refletidas e problematizadas, demandando tanto atualizações teóricas constantes, quanto a adoção de novas práticas de todos os envolvidos. A manutenção e continuidade da proposta assumida nesta unidade de saúde, exige de todos, muita dedicação e comprometimento.

#### **5.1.1 Primeiro Encontro**

Este primeiro encontro contou com a participação de um assistente social, um nutricionista e dois enfermeiros (residentes), três enfermeiros, três técnicos de enfermagem, um dentista e três médicos (trabalhadores da unidade local de saúde), perfazendo um total de 14 trabalhadores.

O auditório foi organizado com as cadeiras colocadas em forma de círculo. Foi servida uma refeição leve aos participantes, já que devido ao horário dos

encontros, os participantes não teriam tempo de almoçar.

No primeiro momento foi apresentada novamente a proposta da pesquisa e discutido com o grupo a metodologia freireana.

Foi realizada uma atividade de relaxamento para que os participantes tivessem a possibilidade de focar a atenção em si mesmos, nos seus corpos, e, a partir daí, perceberem a realidade onde estão inseridos, de um novo modo. Solicitei que os pés estivessem apoiados no chão, corpo ereto, com atenção na respiração e nos pensamentos. Esta atividade teve como propósito preparar a mente, com o objetivo de minimizar julgamentos e crenças, para que os sentimentos pudessem ser mais facilmente detectados e valorizados. Dando continuidade, colocou-se a pergunta de pesquisa: “*Quem é o ser humano acolhedor?*”

Solicitei que cada um representasse em forma de desenho, palavras ou descrições gráficas, a sua percepção do “ser acolhedor”. Lembrei a todos da importância de que os posicionamentos fossem fiéis às percepções e sensações presentes em suas mentes, minimizando possíveis julgamentos de valor. Esta atividade foi realizada durante aproximadamente meia hora, e em seguida, cada integrante relatou para o grupo a interpretação dos seus registros.

As falas transcritas representam os entendimentos reais dos trabalhadores e foram registradas de forma sequencial, conforme o desenrolar das manifestações, de forma a sugerir o cenário vivido. Acreditamos que esta forma de apresentação dos relatos pode ser relevante para a compreensão da trajetória que os trabalhadores desta unidade de saúde desenvolvem em relação ao acolhimento, contribuindo para possíveis reflexões e trocas de experiências com outros trabalhadores, nos mais diversos locais onde estejam se dando experiências de implantação/implementação da proposta. Além disso, os relatos e discussões demonstram um alto nível de aprofundamento teórico e de engajamento prático, que, no entender do pesquisador, merecem ser publicizados. As principais falas:

*Me sinto responsável em manter o atendimento adequado, muitas vezes preocupado, será que o usuário saiu satisfeito, será que o mesmo captou a informação, se realmente irá realizar o tratamento. A tensão está sempre presente: quantos virão? Me preocupo com o grau de dependência por parte dos usuários. Como fica a saúde do profissional? (Hortênsia)*

*Ser acolhedor é um estado de espírito. Graças a Deus, está tudo maravilhoso. Eu acho que existe tensão, mas eu me sinto tranqüila. Espírito profissional, estar disponível. Para acolher é necessário tranqüilidade. É um trabalho em e com a equipe, não pode ser um trabalho solitário. É necessário manter o espírito profissional e estar disponível. Estou numa fase muito solar da minha vida e faça chuva ou faça sol, o acolhimento é necessário. O nosso acolhimento é resolutivo e permite o acesso das pessoas. Como é bom, as pessoas vem sempre. O que estressa é quando a gente está só. (Lírio)*

*O acolhimento está sempre envolvendo uma relação de emoção e razão, relacionado aos três pilares do acolhimento: resolutividade, organização, vínculo/acolhimento. O acolhedor está sempre buscando ser compreensivo, atencioso, agradável, carinhoso, sincero. Mas o acolhedor também apresenta suas particularidades e sentimentos. E existe sempre tensão entre a emoção e a razão, sempre tendo que lidar com as limitações individuais e do serviço. (Gerânio)*

*No acolhimento está sempre presente o coração e a razão. O coração tá sempre batendo muito forte. Muitos pensamentos ao mesmo tempo. Muitos olhares ao mesmo tempo. Cabelo em pé. As vezes me sinto oprimida pelo usuário. Às vezes me sinto como auxiliar. À vezes o usuário se coloca superior a mim. Tentar nivelar o usuário e o “eu acolhedor”. O acolhedor está sempre no centro, sofrendo as tensões que as pessoas provocam. Às vezes o eu acolhedor está pequenino, pressionado pelo usuário. É um trabalho de relação, de equipe. (Cravo)*

*Me veio muito forte a questão de mãe, mãe acolhedora. Lembrei do meu filho, essa coisa de relação maternal. Queria estar com o meu filho. Acolhedor, botar a mão. Troca de energia. Me sinto acolhendo sempre. Tensão, faz parte do processo. Tento digerir, bola pra frente. Gosto de acolher as pessoas. Sempre solidário, permitindo a troca, solidariedade. (Cravina)*

*O acolhedor está sempre cansado pela pressão da demanda, pelo querer ajudar, pelos limites (físicos, estruturais, de gestão, financeiro, social, recursos humanos) e dos direitos dos usuários e dos profissionais. Às vezes me sinto usada. Há cansaço, opressão, revolta, stress, me preocupo com a questão da medicalização e da dependência do usuário ao serviço de saúde. Pouca autonomia. Me sinto impotente e me questiono em como lidar com os limites. (Dália)*

*Há sempre uma tensão do usuário em querendo apertar a mão da solidariedade. As mãos estão como que juntas por uma corda, mas o usuário está sempre tensionando este laço. O desafio está em sempre manter a solidariedade, estar buscand a mesma sempre. E não deixar que o usuário pressione, o acolhedor deve aprender a lidar com isto e não se sentir pressionado. (Tulipa)*

*O ser humano acolhedor deve ser e estar aberto para receber o outro, receber críticas, deve receber a todos os que chegam, dar sugestões, deve saber ouvir, deve atender sempre sorrindo, ter paciência, passa por momentos de angústia e stress, mas deve se manter sempre calmo. (Lótus)*

*Há sempre uma tensão entre a solidariedade e a tensão. Quando se estende a mão, o usuário está sempre apertando a mão. Ao mesmo tempo que se estende a mão, o usuário causa tensão. (Miosótis)*

*O acolhedor tem que ter paciência, sente angústia, satisfação quando resolve o problema do usuário, tem muitas dúvidas, se sente impotente, quando encontra a solução se sente satisfeito. Se sente feliz e em paz quando ajuda o usuário. (Margarida)*

*Coloco a questão do acolhimento como se fosse o tempo, no tempo bom coloco o coração, a coragem, a criatividade, o amor, a paz, caminhos, vontade e do outro lado, o tempo ruim quando me sinto impotente, com medo e angústia. (Girassol)*

*O acolhedor transmite informações e orienta as pessoas. O acolhimento é entre o receptor e o transmissor. Recebe fluidos e situações diferentes. Está sempre orientando e distribuindo atribuições para cada profissional quando o mesmo não consegue resolver ou não é da sua atribuição. O acolhedor orienta, chama o usuário pelo nome, esclarece, encaminha, resolve situações, escuta. As pessoas são muito carentes de atenção. E muitas vezes o acolhedor é ofendido, tendo que manter a postura e usar a ética profissional. O acolhedor tem que ter vários braços e atender a todos. (Camélia)*

*Me sinto em PAZ. (Rosa)*

*Tenho pouca experiência no acolhimento. Mas acredito que quando se está atendendo o usuário na cadeira, também se atende o usuário como um ser inteiro e não apenas a sua boca. Por isso o acolhedor tem que ser um bom ouvinte, ter respeito e solidariedade, passar tranquilidade e afeto. (Bromélia)*

As representações gráficas dos participantes também estão colocadas, possibilitando a contextualização do momento vivido pelo grupo, durante a pesquisa. São elas:

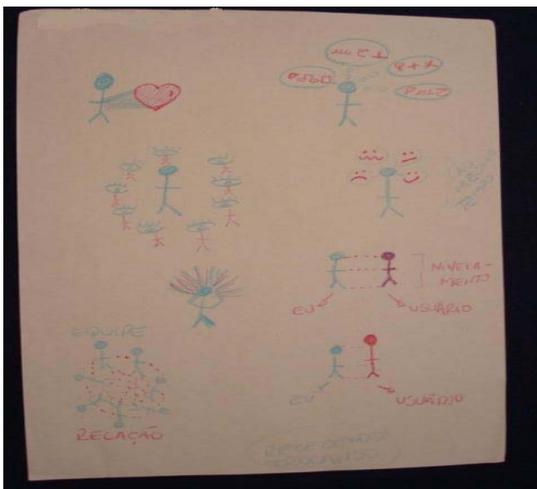


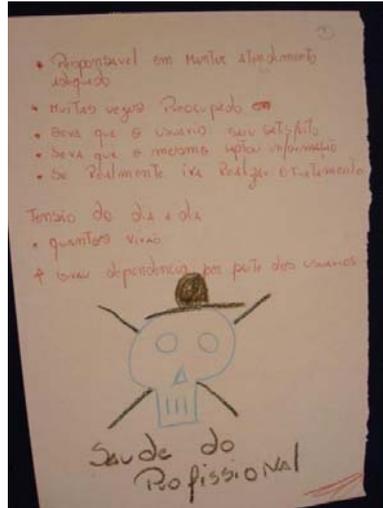
PAZ

Bom custo  
Respeito  
Solidariedade  
tranquilidade  
afeto

→ Paciência ←  
→ Angústia ←  
→ Satisfação ←  
→ Dúvida ??? ←  
→ Impulsão ←  
→ Solução  
Reação  
→ Felicidade ←  
→ Paz ←

Para  
Acolher é necessário  
tranquilidade  
manter espírito  
profissional  
e  
estar disponível  
Trabalho em/ com  
equipe  
não pode ser um trabalho solitário  
faça chuva ou faça sol,  
o acolhimento é necessário!





**Figura 1:** Desenhos e descrições elaborados pelos participantes no primeiro encontro

Como sentimentos e percepções contraditórios apareceram o tempo todo, fizemos uma síntese dos mesmos, para que o grupo tivesse a oportunidade de observá-los de forma mais aprofundada e utilizá-los, se julgasse adequado, para realizar as codificações/decodificações necessárias. Os sentimentos/percepções relatados nas falas dos participantes foram os seguintes: troca de energia, solidariedade, opressão, tensão, satisfação, pronto para acolher, satisfação, respeito, identificação, ser maternal, paz, emoções afloradas, troca, paz, carinho, tranquilidade, valorização, amor, felicidade, paciência, cansaço, opressão, medo, impotência, revolta, stress, estar sempre bem, carinho, tranquilidade, valorização, lidar com os próprios sentimentos e ou sensações, estado de espírito, trabalho em equipe, solidão e sofrimento, espírito profissional, tensão, preocupação, dependência dos usuários, limitações, impotência, angústia, dúvidas, ética profissional.

### 5.1.2 Segundo encontro

Novamente, após o lanche e a atividade de relaxamento, iniciamos o segundo encontro, com a participação de mais dois trabalhadores, uma enfermeira residente e uma médica do Centro de Saúde.

Foi colocado um cartaz no chão, no meio do círculo, com a redação das sensações/sentimentos dos participantes de modo que todos pudessem realizar a

leitura do mesmo. Foi lembrada a pergunta de pesquisa para que, a partir dos sentimentos relatados, os participantes pudessem refletir novamente sobre suas práticas e aprofundar seus entendimentos. Sugerimos que as percepções sobre o “ser humano acolhedor” fossem lembradas para subsidiar as concepções sobre o **acolhimento** em saúde. Após alguns momentos de descontração iniciais, os trabalhadores foram revelando as suas impressões sobre estas percepções e sentimentos decorrentes do primeiro encontro, relacionando-as com as percepções sobre o **acolhimento**.



**Figura 2:** Cartaz apresentado no segundo encontro

Foram registradas as seguintes falas:

*É preciso desmistificar o uso de medicamentos, parece que é só ele que resolve. Estamos alimentando o que as pessoas acreditam. (Rosa)*

*Acho que estamos dando murro em ponta de faca. A demanda se encaixa no serviço? É isso que estamos fazendo, e não o contrário. Temos que fazer o raciocínio inverso. Temos que mudar as formas de lidar com a demanda, transformar o jeito de atender/acolher. (Tulipa)*

*É preciso uma vontade interna, para atender esta demanda toda. (Cravo)*

*Não sei, mas acho que não estamos desenvolvendo a autonomia das pessoas...*  
(Dália)

*Precisamos desenvolver a autonomia. Tenho a impressão que o jeito que estamos trabalhando não é eficiente.* (Tulipa)

*A quantidade de pessoas para atender me deixa muito insegura. Não consigo ter paz, tranquilidade, com tanto atendimento.* (Dália)

*Tem situações que podiam ser resolvidas antes. É preciso trabalhar em equipe, os profissionais tem que ter compreensão. Todos precisam trabalhar com a própria ansiedade, inclusive a recepção. É preciso sempre conversar.*  
(Lírio)

*Sinto que às vezes não dou a devida atenção às pessoas, fica-se preso ao número de pessoas para atender. A questão do limite humano é complicada.*  
(Crisântemo)

*É um processo lento, é processo. É preciso acreditar no trabalho, ter confiança. É um processo interno. Às vezes há impotência. Tem a questão da cultura da população.* (Cravina)

*Há muita inércia na comunicação.* (Girassol)

*As pessoas querem ser ouvidas. Acho que a saída é o atendimento por área.*  
(Cravina)

*Eu ainda acho que o nosso acolhimento é de vanguarda.* (Miosótis)

O que se percebe através das falas dos participantes é que as suas percepções sobre o “ser humano acolhedor e **acolhimento** em saúde, apareceram o tempo todo, de forma concomitante e simultânea, desde o primeiro encontro. Percebe-se, através dos relatos, que as formas de pensar e agir estão interligadas.

### 5.1.3 Terceiro Encontro

Novamente, no horário do almoço nos reunimos no auditório da unidade de saúde, com a presença de mais um participante (farmacêutico, tutor dos residentes). Estavam presentes, portanto: cinco médicos, sete enfermeiros, um farmacêutico, duas técnicas de enfermagem, uma assistente social, uma nutricionista. Somente uma técnica de enfermagem, participante do primeiro encontro não pode comparecer, por

ter expirado o tempo de seu contrato de trabalho com a Secretaria Municipal de Saúde.

Foi entregue a cada um dos sujeitos da pesquisa, um documento onde constavam, de forma sucinta, o resumo das atividades dos dois encontros anteriores, as normativas da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, as diretrizes da ESF e os principais reflexões trazidas em relação ao “ser humano acolhedor” e o **acolhimento** em saúde. Partindo do que é proposto pelo método freireano, de que é preciso fundamentar teoricamente as questões trazidas pelo grupo, optei em organizar este documento, que fundamenta teórica e institucionalmente a proposta do **acolhimento** em saúde. Os participantes teriam, deste modo, a possibilidade de avaliar as questões levantadas durante os encontros, analisá-las criticamente e fazer as correlações teóricas necessárias. Além disso, possibilitaria proceder uma análise da própria PNH, caso o grupo considerasse necessário ou relevante. Após leitura individual e em conjunto, seguida de minhas orientações sobre este encontro, iniciou-se a discussão, novamente em forma de círculo. As principais falas dos participantes:

*O nosso trabalho é muito importante, o acolhimento em vigor na unidade de saúde é muito adequado. Os problemas de ordem social, econômica e outros, que afligem a maioria das pessoas de nossa área de abrangência, está aquém das nossas possibilidades de resolução. Não podemos ficar ansiosos, pois não podemos resolver todos os problemas de saúde da população, a curto prazo, não é possível, pois depende de outros setores governamentais, como por exemplo, do estabelecimento de políticas públicas que atendam às necessidades de melhores condições de moradia, saneamento, educação, entre outras. (Lírio)*

*Apesar de o acolhimento estar sendo resolutivo, com estabelecimento de uma escuta qualificada e vínculo, não estamos mudando o modelo... a forma de se operar ainda está atrelada ao modelo tradicional de se atuar em saúde, com o desenvolvimento de poucas ações relativas à promoção de saúde. Ainda não estamos adotando estratégias e ferramentas inovadoras para se atuar de outra forma. Apesar das tentativas de se promover a autonomia dos sujeitos para a busca de suas próprias soluções para os problemas apresentados, a atuação ainda está centrada na queixa-conduta, com ênfase na doença e no tratamento. (Girassol)*

*Os trabalhadores das equipes complementares, como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, estão focando as suas ações de formas diferenciada, mais orientadas às atividades de promoção e prevenção da saúde e isto acaba sendo importante para o processo de trabalho, como um todo. É muito importante a atuação destes profissionais, que não são os da equipe básica, em garantir estas novas abordagens de atuação em saúde.*

*Estamos no caminho certo, mas ainda podemos melhorar muito, apesar de muita coisa boa estar já acontecendo. (Lótus)*

*A pressão da demanda faz com que fiquemos presos ao método. Estamos presos à consulta individual, e como se poderia transformar isso. Se a gente for pensar, talvez fosse muito mais benéfico para as pessoas discutir a questão do lixo no rio Pau do Barco. É preciso inovar, talvez fosse muito mais importante para as pessoas, se atuássemos de outras formas. Que estar na porta de entrada, ouvindo as pessoas e resolvendo seus problemas imediatos, não são as únicas possibilidades de atuar em saúde, porque os problemas se repetem e não atuamos na base dos problemas. Além disso não oportunizamos às pessoas refletirem sobre as suas vidas, sobre as formas como estão vivendo, sobre os valores que a sociedade impõe como verdadeiros, e desta forma não estamos colaborando para a busca da autonomia e cidadania. (Tulipa)*

*A sociedade direciona a vida das pessoas, impondo os seus valores e não temos problematizado isto. Ter saúde depende do modo como vivemos e como lidamos com a realidade. Continuamos a querer o que a sociedade diz que devemos querer ou ter. E...o que falta para atuarmos na lógica das diretrizes da PNH seria a de atuar mais na área da promoção em saúde. O que falta é ressignificar o nosso trabalho. (Tulipa)*

*A atenção é mais legal quando a gente trabalha dessa forma, refletindo. Este debate é bom, a gente age no local e pensa no global. (Cravina)*

*Comparando com o que a gente falou aqui até agora e a PNH acho que as formas de inclusão das pessoas devem ser repensadas. A gente tá acolhendo para incluir. Amanhã ela vai embora e criamos um ciclo. Precisamos reestruturar. Aí é que pega, não é a senha, número de equipes, se a relação não é de promoção e inclusão. (Cravo)*

*A política, a PNH prevê como se aproximar do usuário. Talvez a forma não esteja proporcionando a autonomia. Supre as necessidades momentaneamente. Gera um ciclo. São perguntas que ficam. (Rosa)*

*Estamos fazendo muito pouco em relação à autonomia das pessoas e às vezes pagamos um preço muito alto por estarmos tentando seguir estes princípios, o de garantir o acesso resolutivo através de uma escuta qualificada. (Dália)*

*Eu penso exatamente o contrário. A gente segue sim a política. (Lírio)*

*Eu tava pensando no negócio das filas virtuais. Dá para diminuir sim. Quando muda o foco. Por exemplo, se uma pessoa vem pedir um exame para anemia, mas nem sabe porque está com anemia. Tem como mudar o foco, empoderando. O acolhimento é uma oportunidade. (Cravo)*

*O acolhimento tem que ser em equipe. Se não, estressa o profissional e transforma em pronto-socorro, não tem sentido. (Lírio)*

*Falar sobre este tema comparando com o que a gente falou aqui...acho que as formas de inclusão devem ser repensadas. A gente tá acolhendo para incluir. Amanhã ela vai embora e criamos um ciclo. Precisamos reestruturar. Aí é que pega, não é a senha, número de equipes, se a relação*

*não é de promoção e inclusão. (Cravo)*

*Acho que estamos dando murro em ponta de faca. A demanda se encaixa no serviço? É isso que estamos fazendo, e não o contrário. Temos que fazer o raciocínio inverso. Temos que mudar as formas de lidar com a demanda, transformar o jeito de atender/acolher. (Tulipa)*

## 5.2 Análise dos dados

As falas dos participantes sugeriram ao pesquisador a identificação e interpretação dos dados, que foram agrupados em dois sub-temas principais, um ligado mais especificamente ao entendimento da subjetividade do “ser acolhedor”, e outro, ao entendimento das práticas relacionadas ao **acolhimento**, ambos objetos centrais da pesquisa. Estes sub-temas apareceram constantemente e de forma interdependente durante as oficinas realizadas, através das participações individuais.

A interpretação das falas dos participantes foi de responsabilidade do pesquisador, a partir do entendimento de que o mesmo participou ativamente da pesquisa e ser integrante efetivo do grupo de trabalhadores deste centro de saúde. Além disso, os relatos dos trabalhadores evidenciaram, como pode ser percebido através da transcrição integral, que as questões relativas ao modelo assistencial e à subjetividade humana estiverem presentes o tempo todo. Os relatos referentes ao modelo, sugeriram ao pesquisador, o entendimento de que este ainda está centrado prioritariamente na resolução da queixa pontual trazida pelo usuário, na excessiva medicalização, como forma de resolver esta demanda, e na baixa preocupação com a autonomia e empoderamento das pessoas envolvidas, causando dependência. Os entendimentos dos trabalhadores em relação ao “ser humano acolhedor” demonstram que as questões relativas à subjetividade humana estão sempre presentes.

Portanto, as manifestações dos participantes permitiram a organização da análise das falas dos trabalhadores em dois sub-temas principais:

Sub-tema 1: Modelo assistencial centrado na queixa pontual (queixa-conduta),

na excessiva medicalização e no baixo investimento na promoção da saúde e autonomização e co-responsabilização dos usuários.

Sub-tema 2: Subjetividade do trabalhador relacionada aos entendimentos de “ser humano acolhedor” e “**acolhimento**” em saúde.

5.2.1 Modelo assistencial fragilizado, baseado na queixa-conduta pontual, na medicalização dos sintomas, causando dependência.

O Brasil tem se destacado com o Programa de Saúde da Família, como um modelo de universalização e busca da integralidade e equidade, propostas pelo Sistema Único de Saúde. No entanto, muitos desafios ainda estão sendo enfrentados. Entre estes, dificuldades de transformação do modelo baseado na clínica e na doença, para um modelo que leve em conta a integralidade, gestão e financiamento desse sistema e pela necessidade de humanização, com ênfase nos processos relacionais. O processo de produção de cuidados em saúde é ainda fortemente marcado pela medicina baseada em evidências, em detrimento do cuidado baseado nas narrativas dos usuários. Desta forma, a necessidade de capacitação, formação e contratação regular de recursos humanos é extremamente relevante, bem como a desprecarização do trabalho. A contribuição da saúde para a qualidade de vida das pessoas e populações é reconhecida cientificamente e internacionalmente. E também é conhecido que muitos dos fatores que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde (BRASIL, 2006a).

O atual modelo de atenção à saúde não está isento de conflitos e de enfrentamentos com posições hegemônicas que fazem a negação do caráter social e histórico do processo saúde-doença, banalizando as suas práticas. Por modelo assistencial, entende-se a forma com que o cuidado em saúde é produzido e como este está organizado na política de saúde para atender às necessidades da população (PIRES, 2005).

Muitas vezes, a academia é apontada como uma das responsáveis pelo distanciamento entre as formas de abordagem dos profissionais, pela maneira como

se apresentam ao mercado de trabalho e as necessidades que são evidenciadas pela realidade social. A complexidade dos problemas sociais, e incluídos os da saúde, exige que repensemos concepções e intervenções que favoreçam uma compreensão mais ampla, para haver uma maior aproximação com a realidade vivida pelas pessoas. E, para entender a complexidade dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, surge também a necessidade de elaboração de um modelo de saúde também complexo, de forma que possa impactar, não somente a doença, mas principalmente os riscos. A proposta de um modelo abrangente que atinja esta complexidade necessária, exige diversas e múltiplas tecnologias para o atendimento dos múltiplos agravos (MOTIN, 2001).

Sabemos que muitas vezes as pessoas procuram o serviço de saúde, buscando a solução de determinados problemas que poderiam ser resolvidos de outra forma, como por exemplo, pela própria rede familiar ou social. Cabem aqui algumas perguntas: Por que estamos sempre sobrecarregados, apesar de já dispormos de seis equipes de saúde da família, além de profissionais de nutrição, serviço social, farmácia e psicologia do Programa de Residência Multiprofissional de saúde da família? Por quê a sala de espera, para os atendimentos de urgência, está sempre lotada?

As práticas nas unidades de saúde, de maneira geral, não vêm cumprindo o seu papel, uma vez que são constituídos pela mesma lógica individual queixa-conduta, pouco ou nada inserida na realidade social. Os problemas de saúde ainda são considerados, na maioria das vezes, como oriundos de questões puramente orgânicas, em detrimento de serem avaliados como decorrentes também da condição financeira, da cultura, da religiosidade, entre outros (Id, 2001).

Muito embora esse fato seja reconhecido pela grande maioria dos profissionais de saúde e gerentes de serviços, ainda não tivemos a ousadia de efetuar um movimento para a reversão desse quadro. As poucas articulações baseiam-se mais na responsabilidade individual dos trabalhadores, do que são instituídas pela gestão do serviço de saúde (CAMPOS, 1992).

Os profissionais da saúde, nos seus micro-espacos poderiam ultrapassar as práticas usuais falidas por não darem conta de atender os sujeitos na sua

integralidade e complexidade (Id, 1992).

Unidades codificadas-decodificadas:

*A impressão que eu tenho é que a gente ainda não consegue romper com o modelo, a gente não cria novas tecnologias de acolhimento. Dentro da nossa lógica a gente avança, somos vanguarda dentro das nossas concepções. (Girassol)*

*Ainda estamos presos ao método, à consulta individual. As pessoas tem pouca autonomia. Falta ressignificar o nosso trabalho... (Girassol)*

As práticas de saúde, além da dimensão técnica, são também práticas sociais complexas, nas quais as dimensões econômicas, culturais, políticas e ideológicas estão sempre presentes, e devido a este fator, as mudanças não são de fácil realização. Isso significa que os interesses políticos, de classe e individuais estão sempre presentes, e nem sempre passíveis de reflexão. Portanto, para romper com o modelo tradicional vigente, centrado ainda na doença e no atendimento individual, que tanto fragiliza, no nosso entendimento, trabalhadores e usuários, passa tanto pelo seu reconhecimento e conscientização, quanto pela superação das barreiras e limitações, seja no plano das políticas públicas, seja dentro das instituições de atendimento e no próprio modelo assistencial.

Mas, de forma especial, passa pelo campo das idéias e processos de significação no que diz respeito ao tipo de relações estabelecidas no cotidiano dos serviços e das práticas de saúde, entre todos os envolvidos. Essas relações têm, de fato, um papel estratégico na construção e desenvolvimento do processo de mudança social e de efetivação de direitos, dos trabalhadores e dos usuários (CAMPOS, 1992).

Segundo Tesser, (2006) o investimento do SUS na rede básica e no Programa de Saúde da Família e, conseqüentemente no aumento do número de profissionais, possibilitou a ampliação do acesso e o contato com a atenção à saúde biomédica. Desta forma, segundo este mesmo autor, coloca-se a necessidade de um entendimento mais aprofundado sobre a questão da medicalização, da dor e do adoecimento.

Para a biomedicina, a dor “é um dos sintomas mais comuns, denunciando lesões orgânicas que determinam o fenômeno reflexo, e, em menor frequência, exprimindo a origem psicógena. É uma sensação desagradável (...), um fenômeno neurológico reflexo” (RAMOS JR. apud TESSER, 2006. p.16).

Segundo Illich (apud TESSER, 2006), a dor, para quem sofre, é bem mais do que isto. Este autor discute que o começo da luta ocidental contra a dor se dá em Descartes, que separa o corpo da alma, comparando o corpo humano à uma máquina, que pode ser consertada. No fim do século XIX, a dor estava emancipada de todo referencial metafísico, iniciando-se a busca intensa da analgesia para todos os males, e a sua eliminação adquire um lugar central na angústia do nosso tempo. Desta forma, o progresso da nossa civilização torna-se sinônimo de redução de sofrimento, por meio da tentativa de eliminação ou sedação das dores. E, conseqüentemente, vivendo em uma sociedade que valoriza a anestesia e a sedação, o médico e o cliente aprendem a subestimar as questões subjetivas das enfermidades. O médico pode até fazer diagnósticos corretos, mas compreenderá, desta forma, muito pouco em relação ao sofrimento do indivíduo. Neste meio, o ser humano submete-se ao tratamento médico, desconsiderando outros saberes, como o das gerações anteriores, que valorizavam, muitas vezes os entornos sociais do doente. Desta forma, os pacientes aprendem a entender sua dor ou sofrimento como fato clínico objetivo, consumindo analgésicos, sintomáticos, e outros (Id, 2006).

A nosso ver, o processo de adoecimento, cuja possibilidade de resolução ainda se encontra centrada na atenção médica, através da prescrição de medicamentos, em vez de promover a autonomia, promove a submissão; por sua vez, a demanda por este tipo de atenção se torna cada vez maior.

Segundo Tesser (2006) os cidadãos pobres brasileiros, mal-alfabetizados, têm mais dificuldade de acessar outras tecnologias alternativas, do que os de países mais desenvolvidos, onde a alfabetização, a escolarização e a inserção cultural estão mais difundidos.

O desfecho prático do processo de medicalização social, precocemente descrito por Illich (apud TESSER, 2006), mostra que gripes, resfriados, lutos, pequenas contusões e ferimentos, tristezas, crises de relacionamento sentimental,

familiar e conjugal, dores ocasionais, recorrentes ou crônicas, mortes e nascimentos, crises existenciais e outros agravos, passam a ser excessivamente medicalizados, muitas vezes carecendo de interpretação e prescrição médica mais aprofundada.

A nossa prática tem nos levado à reflexão acerca desta questão. Apesar do nosso **acolhimento** estar centrado numa equipe multi-profissional, na tentativa de uma escuta ampliada e qualificada, a busca pela atenção médica, mais diretamente associada à resolução de dores pontuais, tem se colocado como o grande desafio. A exiguidade de tempo coloca-se como um dos grandes entraves: Como ouvir a trinta, quarenta pessoas num só período, desta forma integral? Além disso, um outra questão tão relevante quanto esta, diz respeito às dificuldades de encaminhamentos para a atenção secundária e terciária.

Esses adoecimentos são simultaneamente reais e artificiais, já que a popularização dos diagnósticos força uma homogeneização precoce das histórias clínicas e dos diagnósticos sobre elas produzidos, ao mesmo tempo em que as condições de vida e trabalho impostas pela globalização pressionam e degradam a situação de saúde da maioria da população. Isso significa uma infinidade de novos problemas de saúde, criando uma demanda crescente e praticamente impossível de se resolver por meio das tecnologias habituais da atenção biomédica (quimioterapia e cirurgias), como tem sido feito, senão medicalizando tudo cada vez mais, gerando aumento de demanda no futuro próximo, aumentando a contraprodutividade (TESSER, 2006)

Refletimos que este tipo de atenção à saúde está centrado no pensamento reducionista e mecanicista, ainda vinculado ao estilo cartesiano, que impede a autonomia das pessoas, causando dependência, através da medicalização. E como este processo já faz parte da rotina e hábitos das pessoas, torna-se muito difícil lançar mão de outras estratégias. Assim, o **acolhimento** em saúde, na ESF pode ser uma faca de dois gumes: ou se instrumentaliza para a superação desta forma tradicional de atenção, através da promoção da saúde e busca da autonomização e co-responsabilização das pessoas, ou se torna refém da própria proposta contra-hegemônica colocada, relacionada ao atendimento à saúde de forma integral. A construção de novos saberes, que auxiliem neste processo, tem cabido aos trabalhadores que estão nas portas de entrada dos centros de saúde, exigindo

criatividade, dedicação e, além disso, uma profunda e detalhada compreensão dos mecanismos sociais e individuais do processo de adoecimento. Trata-se na verdade de uma construção complexa de novas tecnologias de assistência.

Unidades codificadas-decodificadas:

*É preciso desmistificar o uso de medicamentos, parece que é só ele que resolve. Estamos alimentando o que as pessoas acreditam. (Rosa)*

*...às vezes me sinto usada. Há cansaço, opressão, revolta, stress, me preocupo com a questão da medicalização e da dependência do usuário ao serviço de saúde. Pouca autonomia. Me sinto impotente e me questiono em como lidar com os limites. (Dália)*

As falas dos participantes da pesquisa apontam para o entendimento de que, apesar das tentativas de se promover a autonomia dos sujeitos para a busca das soluções para os problemas apresentados, a atuação ainda está centrada na queixa-conduta, com ênfase na doença e no tratamento.

Unidades codificadas-decodificadas:

*Ainda não estamos adotando estratégias e ferramentas inovadoras para se atuar de outra forma. Apesar das tentativas de se promover a autonomia dos sujeitos para a busca de suas próprias soluções para os problemas apresentados, a atuação ainda está centrada na queixa-conduta, com ênfase na doença e no tratamento. (Girassol)*

*Comparando com o que a gente falou aqui até agora e a PNH acho que as formas de inclusão das pessoas devem ser repensadas. A gente tá acolhendo para incluir. Amanhã ela vai embora e criamos um ciclo. Precisamos reestruturar. Aí é que pega, não é a senha, número de equipes, se a relação não é de promoção e inclusão. (Gerânio)*

Falar de saúde como processo de produção é falar de uma experiência que não se reduz ao binômio queixa-conduta, já que esta aponta para a multiplicidade dos determinantes da saúde e para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. O que se produz neste processo é a um só tempo a saúde e os sujeitos aí implicados (BENEVIDES, 2005, p.61).

Segundo esta mesma autora, quando os sujeitos estão comprometidos com novas práticas de saúde, estaremos falando verdadeiramente na humanização do

SUS, devido ao processo de subjetivação, onde novos sujeitos estão experienciando a criação de si mesmos e não mais se sujeitando a normas. E que para garantir a este trabalho a máxima consistência devemos nos organizar coletivamente. Além disso, esta mudança propõe abordagens interdisciplinares com resgate da integralidade da atenção, centrada na saúde, na comunidade, no fortalecimento das redes solidárias, na participação social e na pessoa como sujeito do seu processo de saúde-doença, seja em nível individual ou coletivo (id,2005).

Diante desta complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, MERHY,1999 advoga a noção de que só se pode produzir qualidade na atenção à saúde, com maior defesa possível da vida do usuário (individual ou coletiva), maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, através do desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia do usuário frente ao seu modo de estar no mundo.

Partindo-se do entendimento de que o envolvimento e a participação dos usuários só são possíveis mediante um processo de diálogo entre saberes, no qual cada um contribui com seu conhecimento peculiar da situação, acredita-se que o desenvolvimento efetivo dessa participação, dependerá sempre das práticas desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde, no cotidiano dos serviços.

A necessidade de humanização da relação profissional-paciente, com base no desenvolvimento de uma relação empática e participativa, é uma prioridade. Não basta nos preocuparmos com os procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde, se não mudamos o modo como os trabalhadores da saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento dos usuários. Essa preocupação com a qualidade da relação profissional-usuário torna-se tanto um meio quanto um fim a ser alcançado. Na qualidade de “meio”, apresenta-se como uma prerrogativa indispensável no processo de efetivação da garantia dos direitos estabelecidos no plano legal pelo SUS, porém não correspondidos no cotidiano das práticas de atendimento. Como “fim”, justifica-se também, porque a participação não é ainda uma característica visivelmente marcante na conduta dos usuários e trabalhadores, de forma geral, apesar de ser uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde e dos trabalhadores desta unidade (CAMPOS, 1991).

O desejo é o de que as conquistas estabelecidas no plano legal sejam correspondidas no cotidiano do atendimento. Sabe-se também, como já foi mencionado, que tal avanço poderá ser alcançado mediante o comprometimento de todos os agentes sociais envolvidos (usuários e profissionais incluídos) na luta pelo cumprimento das diretrizes constitucionalmente estabelecidas, sobretudo no micro espaço das relações cotidianas (Id, 1991).

Reforçando o papel da experiência e das práticas cotidianas, lembra-se com Briceño-León (1996) que:

Educação não é apenas o que se ensina nos programas educativos, mas o que está sendo passado através de toda ação sanitária, sugerindo, portanto, considerar a dimensão educativa não-intencional das ações cotidianas desenvolvidas nos programas de saúde (Id, 1996. p 12).

O processo de construção de um modelo baseado no empoderamento das pessoas passa, em primeiro lugar, pelo campo das idéias e, após, por processos de significação no que diz respeito ao tipo de relação estabelecida no cotidiano dos serviços e das práticas de saúde, por todas as pessoas envolvidas, trabalhadores e usuários. Esta relação tem um papel estratégico na construção e desenvolvimento do processo de mudança social e de efetivação de direitos pelos usuários (CAMPOS, 1992).

Os espaços propiciados pelo próprio processo desta pesquisa, nos quais a relação dialógica e a subjetividade do usuário é valorizada, podem ser sempre ampliados para a elaboração de novos significados sobre saúde e doença e formas de intervenção. Além disso, estas novas relações estabelecidas, poderão fortalecer a todos, trabalhadores e usuários, para a consolidação da cidadania emancipatória e libertadora. Ou seja, o processo de humanização proposto pelo acolhimento em saúde vai além da melhoria de qualidade da relação profissional/usuário, pois deve apontar para o desenvolvimento do sentido da cidadania e participação crítica.

Alguns trabalhadores apontam sua preocupação em relação a esta questão:

*Não sei, mas acho que não estamos desenvolvendo a autonomia das pessoas...* (Dália)

*Precisamos desenvolver a autonomia. Tenho a impressão que o jeito que estamos trabalhando não é eficiente. Me preocupo com o grau de dependência por parte dos usuários. (Tulipa)*

As organizações de saúde são espaços sociais por natureza, conflituosos, nos quais a solidariedade e a coesão apresentam as mesmas fragilidades encontradas em outros ambientes de interação social. Diferentes grupos e indivíduos possuem expectativas e objetivos distintos, e as estratégias mobilizadas para alcançá-los produzem, não raro, situações de conflito e contradições. Reconhecer a impossibilidade de eliminação dos conflitos não significa que se deva abrir mão de administrá-los, principalmente quando seus efeitos podem vir a se refletir na queda da eficiência e da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários (CAMPOS, 1992).

A experiência e a perseverança são requisitos indispensáveis para quem sonha com a construção de um modelo de saúde baseado na perspectiva da emancipação individual e coletiva. Durante anos, várias tentativas tem sido realizadas, tanto em nível de atendimento individual e grupal na própria unidade de saúde, como nos espaços coletivos das reuniões do conselho local de saúde, nos momentos informais de discussão nos corredores da unidade, e durante as reuniões mensais, no sentido de promover o diálogo para a emancipação e empoderamento de todos (trabalhadores e usuários).

### 5.2.2 Subjetividade do trabalhador

As falas dos trabalhadores demonstram o tempo todo, as diferentes percepções sobre a avaliação das práticas de saúde. Isto justifica, a nosso ver, a importância da compreensão das questões relativas à subjetividade humana, no sentido de refletir sobre as práticas corriqueiras, para a proposição de novas possibilidades mais abrangentes.

Os relatos dos trabalhadores acerca desta questão podem ser sempre aprofundados à luz dos referenciais utilizados nesta pesquisa. Não tivemos a intenção de detalhar análises pontuais, pois as questões relacionadas à subjetividade humana

são complexas e individuais. Partindo-se do entendimento de que, diária e constantemente estamos nos transformando, devido as nossas interações com as pessoas e com o mundo, estamos conscientes de que sempre é possível estabelecer novas possibilidades de “ser” e “atuar”.

Pretendemos também, a partir dos entendimentos de Paulo Freire e Baruch de Spinoza, possibilitar a cada trabalhador um novo olhar sobre si mesmo e sobre as suas práticas em saúde. Acredito que os relatos dos sujeitos implicados nesta pesquisa, poderão contribuir com todos aqueles que trabalham para a construção de uma sociedade mais justa e solidária.

Trazemos alguns relatos das reflexões relacionadas aos entendimento do “ser acolhedor” e às práticas do acolhimento em saúde, demonstrando às diferentes interpretações subjetivas:

#### Entendimento pessoal do “ser acolhedor”:

*... ser acolhedor é um estado de espírito. Graças a Deus, está tudo maravilhoso. Eu acho que existe tensão, mas eu me sinto tranqüila. Espírito profissional, estar disponível. Para acolher é necessário tranqüilidade. É um trabalho em e com a equipe, não pode ser um trabalho solitário. É necessário manter o espírito profissional e estar disponível. (Lírio)*

*Me sinto em paz... tenho tentado aprender a lidar com a expectativa de que as pessoas sempre querem algo. (Rosa)*

*... as pessoas querem ver a gente bem. Sempre tem que estar bem... Passamos por vários momentos de angústia, mas temos que nos manter calmos.. (Lótus)*

*O acolhedor tem que ter paciência, sente angústia, satisfação quando resolve o problema do usuário, tem muitas dúvidas, se sente impotente, quando encontra a solução se sente satisfeito. Se sente feliz e em paz quando ajuda o usuário. (Camélia)*

*É preciso uma vontade interna, para atender esta demanda toda. (Cravo)*

#### Reflexões sobre as práticas do acolhimento em saúde:

*Coloco a questão do acolhimento como se fosse o tempo, no tempo bom coloco o coração, a coragem, a criatividade, o amor, a paz, caminhos, vontade e do outro lado, o tempo ruim quando me sinto impotente, com medo e angústia. (Girassol)*

*Estou numa fase muito solar da minha vida e faça chuva ou faça sol, o*

*acolhimento é necessário. O nosso acolhimento é resolutivo e permite o acesso das pessoas. Como é bom, as pessoas vem sempre. O que estressa é quando a gente está só. (Lírio)*

As investigações filosóficas de Spinoza sobre as possibilidades humanas de agir no mundo, através da compreensão da essência da natureza humana, que segundo ele, vem de Deus, é, a meu ver, intrigante e desafiadora. No seu entendimento de Deus, como única possibilidade de compreensão do ser humano, já que, segundo ele, *“as idéias que são adequadas na alma de alguém são adequadas em Deus na medida em que ele constitui a essência desta alma e aquelas que são inadequadas na alma também são adequadas em Deus, não na medida em que ele constitui apenas a essência desta alma, mas na medida em que ele contém ao mesmo tempo em si as almas de outras coisas”* (SPINOZA, 1986, p. 140). Segundo o autor, embora não existam mal e bem transcendentais, temos encontros que nos enfraquecem e que nos fortalecem: os bons e os maus, imanentes. Ainda, (Id, 1986, p. 13), *“o corpo humano pode ser afetado por muitas maneiras que crescem ou diminuem seu poder de agir e também por muitas outras que não tornam seu poder de agir nem maior, nem menor”*. Por isso, ele distingue dois tipos de paixões, as alegres e as tristes. Na busca pelas paixões alegres, podemos ou não deixar ao acaso ou, pelo contrário, confiar em nossa razão. Nas paixões alegres, temos encontros que aumentam nossa potência de agir e, assim, podem nos levar até a atividade propriamente dita, estágio último para o alcance da felicidade. E, segundo Spinoza (2007b) isso não é fácil.

*Só os homens livres são muito gratos uns para com os outros. ....e se unem entre si pelo mais estreito laço de amizade, e se esforçam com a mesma intensidade de amor por fazerem bem uns aos outros. Por isso, só os homens livres são muito gratos uns para com os outros (SPINOZA, 2007b, p.347).*

A interpretação de Deus, segundo Spinoza está muito próxima ao

entendimento das filosofias orientais, cujos postulados estão orientados na relação de causa e consequência. Deste modo, sendo o homem compreendido como “ser de relações” está constantemente afetando e sendo afetado por todos os seres e acontecimentos. Deus, segundo este mesmo autor, não é visto como algo ou alguém superior, mas sim como a própria natureza de todas as coisas, e as coisas como modos de ser desta natureza. Assim, crentes e descrentes, se é assim que poderíamos nos chamar, fazemos todos parte da mesma natureza, afetando-nos mútua e eternamente.

“Quem compreende a si próprio e os seus afetos, clara e distintamente, ama a Deus; e tanto mais quanto mais compreende a si próprio e os seus afetos” (Spinoza, 2007b, p.383).

Os sentimentos contraditórios e relevantes levantados pelos participantes da pesquisa em relação aos entendimentos do “ser acolhedor” podem ser compreendidos na medida em que os seres humanos refletem a sua “natureza”.

Todo aquele que busca a virtude desejará, também para os outros homens, um bem que apetece para si próprio, e isso tanto mais quanto maior conhecimento tiver de Deus. ... à medida que vivem sob a condução da razão, nós, necessariamente, nos esforçamos para que os homens vivam sob essa mesma condução. Ora, o bem que apetece para si próprio todo aquele que vive sob o ditame da razão, isto é, aquele que busca a virtude, é compreender. Logo, todo aquele que busca a virtude desejará, também para os outros homens, o bem que apetece para si próprio. Além disso, o desejo, enquanto está referido à mente, é a própria essência da mente. Ora, a essência da mente consiste em um conhecimento que envolve o conhecimento de Deus e, sem o qual, ela não pode existir nem ser concebida. (SPINOZA, 2007b, p. 307).

Segundo este autor, todos nós, acolhedores e acolhidos fazemos parte da mesma natureza, agenciando-nos mutuamente o tempo todo. Quanto mais compreendemos esta complicada questão filosófica, que a meu ver, só pode ser compreendida à medida em que vivemos, mais humanizados nos tornamos. Esta experiência poderá nos fortalecer no sentido de manter a nossa convicção pessoal e coletiva para a superação das dificuldades e envolvimento com a superação do sofrimento. Segundo Spinoza, os encontros alegres nos contagiam e deles

dependemos para agir.

Traçando um paralelo com Freire (1980), a humanização só pode se dar no mundo concreto do sujeito. É necessário que todo ser humano tenha consciência que seu meio é desumano, e que é necessário conhecer e compreender os mecanismos usados na opressão, alienação e desumanização. Para isso é necessário buscar uma reflexão crítica sobre o mundo que só pode se dar através da relação dialógica. Neste sentido será possível transformar a realidade desumanizante.

Na citação de Paulo Freire, (1987, p.167), *“ninguém desvela o mundo ao outro e, ainda quando um sujeito inicia o esforço do desvelamento aos outros, é preciso que estes se tornem sujeitos do ato de desvelar.”*

Para Freire, a humanização do homem depende do próprio homem. A criação de um novo mundo se dá na práxis, entendida como o resultado da ação e reflexão dos homens sobre a realidade.

Estes dois autores apostam na possibilidade “humanizante” do homem para a construção de um mundo melhor para todos, já que todos estamos permanentemente em contato. As falas de alguns trabalhadores de saúde desta unidade, expressam a atitude interna em lidar com a própria subjetividade para a superação das formas tradicionais de agir.

*É um processo lento, é processo. É preciso acreditar no trabalho, ter confiança. É um processo interno. Às vezes há impotência. Tem a questão da cultura da população. (Cravina)*

*... tenho tentado não apertar esse laço. O sentimento que eu tenho em relação ao acolhimento é lidar com a solidariedade, o problema está em mim. (Tulipa)*

O referencial teórico de Paulo Freire, proposto através do itinerário freireano, permite o aprofundamento e problematização das questões levantadas pelo grupo com conseqüentes possibilidades transformadoras para novas práticas de atuação dentro da realidade vivida. Assim, a construção de outras formas de interpretar a realidade e propor novas alternativas, tornam-se sempre possíveis.

Os pressupostos que norteiam os filósofos que tratam do assunto da

subjetividade humana, também variam de acordo com o momento histórico em que viveram, com a cultura da época e de acordo com as suas convicções pessoais.

A subjetividade apresenta-se em todas as falas, gestos e atitudes durante todo o tempo e revela esses diferentes “jeitos de ser” e de se expressar. Segundo os autores trazidos, é possível manter encontros alegres que nos motivem o tempo todo. Dependerá dos nossos entendimentos sobre a natureza humana.

“Podemos dizer que a labuta do trabalhador em saúde, por si só, constitui-se fonte de stress em virtude do sofrimento das pessoas, dos acontecimentos inesperados, da necessidade constante de agir com diligência, enfim, das condições de trabalho” (MENDES, 2001).

As questões da subjetividade estiveram presentes o tempo. Citamos outras:

*Há sempre uma tensão entre a solidariedade e a tensão. Quando se estende a mão, o usuário está sempre apertando a mão. Ao mesmo tempo que se estende a mão, o usuário causa tensão.* (Miosótis)

*Sinto que às vezes não dou a devida atenção às pessoas, fica-se preso ao número de pessoas para atender. A questão do limite humano é complicada.* (Crisântemo)

*Me sinto pressionada por todos os lados. Pressão dos limites, todos os limites.* (Dália)

Em nosso meio, além dos fatores de stress a que estão submetidos os trabalhadores diariamente, como já inúmeras vezes foi mencionado, outras questões, como por exemplo, aquelas relacionadas às divergências de crenças e modos de operar em saúde, somam-se a esses. O profissional da saúde, a nosso ver, pode enfrentar ativamente essas diversas fontes de stress, através da ação. Desta forma podem ser encontradas respostas alternativas relacionadas às dimensões humanas, geralmente esquecidas no cenário organizacional. A adoção de atitudes compreensivas está relacionada ao sentido que a pessoa dá a sua própria vida e é significativa para a percepção dessa pessoa no seu ambiente de trabalho. E, os trabalhadores que respaldam suas condutas no desenvolvimento dessas atitudes, podem conseqüentemente tornar-se seres humanos mais plenos. Desta forma suas

ações, poderão absorver, ou, pelo menos, minimizar sua tensão e seu stress.

Durante as oficinas, os trabalhadores foram revelando possibilidades de superação das suas práticas, a partir das reflexões relacionadas tanto aos entendimentos sobre o “ser acolhedor”, como em relação às práticas de **acolhimento** em saúde. Além disso, no entender do pesquisador, todas as etapas do percurso metodológico utilizado, também ocorrem durante a práxis cotidiana dos trabalhadores deste centro de saúde, de maneira informal. As diversas falas relatadas durante o itinerário freireano apontam para a superação das formas tradicionais de pensar e agir em saúde:

*Há sempre uma tensão do usuário em querer apertar a mão da solidariedade. As mãos estão como que juntas por uma corda, mas o usuário está sempre tensionando este laço. O desafio está em sempre manter a solidariedade, estar buscando a mesma sempre. E não deixar que o usuário pressione, o acolhedor deve aprender a lidar com isto e não se sentir pressionado. (Tulipa)*

*Tenho tentado não apertar esse laço. O sentimento que eu tenho em relação ao acolhimento é lidar com a solidariedade, o problema está em mim. (Tulipa)*

A necessidade de humanização da relação profissional-paciente, com base no desenvolvimento de uma relação empática e participativa, é uma prioridade. Essa proposta parte da convicção de que, entre profissional e paciente-cliente, não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas.

*Acho que estamos dando murro em ponta de faca. A demanda se encaixa no serviço? É isso que estamos fazendo, e não o contrário. Temos que fazer o raciocínio inverso. Temos que mudar as formas de lidar com a demanda, transformar o jeito de atender/acolher. (Tulipa)*

O desejo é o de que as conquistas estabelecidas no plano legal sejam correspondidas no cotidiano do atendimento. Sabe-se também, como já foi dito, que tal avanço deverá ser alcançado mediante o comprometimento de todos os agentes sociais envolvidos (usuários e profissionais incluídos) na luta pelo cumprimento das

diretrizes constitucionalmente estabelecidas, sobretudo no espaço micro da participação representado pelas relações cotidianas.

A obra de Paulo Freire propõe em toda a sua extensão uma prática pedagógica libertadora e problematizadora, que vai além dos limites da educação tradicional, para uma forma de interpretar o mundo, refletir sobre esta interpretação e problematizá-la, transformando-o pela ação consciente. Trabalha com os conceitos de homem, diálogo, cultura, conscientização, transformação, práxis, opressor-oprimido, educação bancária-libertadora, emancipação, círculo de cultura (HEIDEMANN, 1994).

Devido ao entendimento de que são inúmeros os fatores que interferem nas condições de vida da população, a utilização do referencial teórico de Paulo Freire é importante para a prática de promoção de saúde. Estas atividades devem encorajar as pessoas a tomar decisões sobre questões que possam contribuir para suas vidas e, a partir daí, solicitar a participação dos profissionais para interferir neste processo.

As atividades de promoção da saúde podem proporcionar o engajamento comunitário, resultando em mudanças sociais e políticas. Esta proposta não exclui os diferentes conhecimentos ou experiências, mas valoriza as contradições, que através do diálogo e autonomia dos sujeitos busca a emancipação e transformação da realidade.

Deve-se a Paulo Freire as principais reflexões sobre o tema, ao defender a emancipação do indivíduo como um instrumento necessário e importante para a transformação da sociedade (FREIRE, 1966). Segundo este autor, para que a emancipação aconteça, dois elementos são essenciais: a conscientização e o diálogo.

As falas de alguns trabalhadores demonstram a preocupação em avançar para a elaboração de ações que valorizem a promoção da saúde:

*A sociedade direciona a vida das pessoas, impondo os seus valores e não temos problematizado isto. Ter saúde depende do modo como vivemos e como lidamos com a realidade. Continuamos a querer o que a sociedade diz que devemos querer ou ter. ...o que falta para atuarmos na lógica das diretrizes da PNH seria a de atuar mais na área da promoção em saúde. O que falta é ressignificar o nosso trabalho. (Tulipa)*

*Eu tava pensando no negócio das filas virtuais. Dá para diminuir sim. Quando muda o foco. Por exemplo, se uma pessoa vem pedir um exame para anemia, mas nem sabe porque está com anemia. Tem como mudar o foco, empoderando. O acolhimento é uma oportunidade. (Cravo)*

*Os trabalhadores das equipes complementares, como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, estão focando as suas ações de formas diferenciada, mais orientadas às atividades de promoção e prevenção da saúde e isto acaba sendo importante para o processo de trabalho, como um todo. É muito importante a atuação destes profissionais, que não são os da equipe básica, em garantir estas novas abordagens de atuação em saúde. Estamos no caminho certo, mas ainda podemos melhorar muito, apesar de muita coisa boa estar já acontecendo. (Lótus)*

Partindo-se da concepção de que as políticas de saúde se materializam nos serviços a partir das ações dos trabalhadores de saúde e da comunidade, através de suas práticas cotidianas, urge que a fundamentação teórica que sustenta essas políticas seja problematizada correntemente por estes agentes. Do contrário, torna-se difícil avançar, pois isto exige avaliação contínua do processo. A partir das revelações dos trabalhadores deste centro de saúde sobre os seus entendimentos e práticas acolhedoras, percebe-se que avanços são sempre possíveis. Neste sentido, atividades inovadoras vem continuamente sendo implantadas e posteriormente avaliadas. Acreditamos que momentos de reflexão contínuos são e vão continuar sendo indispensáveis para que os trabalhadores se motivem a buscar, realizar e propor novas ações que caminhem em direção à humanização em saúde. Neste sentido, vem se desenvolvendo nesta unidade de saúde, pelas diferentes equipes das áreas de ESF, atividades voltadas cada vez mais para a prevenção e promoção da saúde, onde os usuários ocupam o lugar central. Dentre estas, destacam-se grupos de vivências, de planejamento familiar, de atividade física, de puericultura, de uso de medicação controlada, de usuários que desejam parar de fumar, entre outros.

No entanto, apesar do grande interesse que estas atividades despertam, tanto pela relevância do estabelecimento de estratégias voltadas para a promoção da saúde, como pela participação da comunidade, o modelo que a maioria da população ainda procura e a unidade oferece, é o do atendimento individual, centrado na necessidade e ou queixa pontual e no profissional enfermeiro, médico, psicológico e outros. Este fato, não avaliado de maneira científica por não ser o foco desta pesquisa, é ainda observado durante o atendimento diário oferecido às pessoas que vem à unidade de saúde, para resolver problemas pontuais.

Na tentativa de superação deste modelo de assistência, alguns profissionais de determinadas áreas da ESF, além das visitas domiciliares, vem interagindo com as pessoas nos espaços da própria comunidade, no sentido de estimulá-las a refletir sobre suas próprias vidas e processos de adoecimento. Estes trabalhadores acreditam que estes espaços de conversação podem ser úteis para favorecer momentos de reflexão para o empoderamento de todos.

Todas as equipes da ESF já estão realizando os agendamentos de consultas, em momentos previamente marcados. Semanalmente, durante um período de aproximadamente duas horas, as equipes se reúnem com os usuários, para ouvi-los. Juntos, equipe de saúde e comunidade, vão buscar as possíveis soluções para os problemas trazidos. Se necessário, são agendadas consultas para os diversos profissionais, cujos critérios de seleção estão relacionados com prioridades ou situações de vulnerabilidade. Quando é percebida uma situação que necessita do parecer de outros profissionais ou de uma escuta mais qualificada, a questão é levada para a reunião da equipe. Neste momento são planejadas as ações necessárias, como por exemplo, se for o caso, o agendamento de interconsultas com outros profissionais, como nutricionista, serviço social, psicólogo. Desta forma, as consultas são marcadas através de critérios que podem ser compartilhados por todos, gerando responsabilidades para os envolvidos, de forma solidária e com compaixão. Reconhece-se e valoriza-se, desta forma, a dimensão subjetiva do usuário, não apenas por uma questão ética, mas por entender que quando se vê “o outro” como interlocutor válido e como agente social é possível encontrar soluções mais apropriadas e justas.

Além disso, momentos de discussão sobre o **acolhimento** acontecem com regularidade, quer em momentos formais, quer em situações inusitadas, como por exemplo na própria sala de espera, junto com os usuários.

Atualmente, além da equipe básica, composta pelo médico, enfermeiro e equipe complementar do PRIESF, também os técnicos de enfermagem participam do **acolhimento** das urgências.

Outro desafio vem se colocando no sentido de organizar o atendimento à população, desde a porta de entrada, preferencialmente por trabalhadores vinculados

às diferentes equipes de ESF. Inicia-se uma discussão para a transformação da recepção do centro de saúde num amplo espaço acolhedor, com recepcionistas instalados em mesas individuais, de forma a garantir um **acolhimento** personalizado e humanizado. Atualmente dispomos de balcões altos, que separam os funcionários deste local, da população. Neste sentido existem sugestões de retirada dos mesmos para a ampliação do local, facilitando e estimulando deste modo, a comunicação mais aberta entre todos, promovendo a co-responsabilização dos envolvidos na busca de soluções para os problemas trazidos. Portanto, os funcionários deste setor, que tradicionalmente se encarregam apenas da realização de atividades administrativas, de forma às vezes impessoal e distante, estão sendo chamados a assumir posturas pró-ativas devido a maior proximidade com os trabalhadores das equipes e comunidade. Até há pouco tempo, este setor era responsabilizado, tanto pelos trabalhadores, como pela população, pela maioria dos problemas da unidade de saúde, uma vez que cabia somente à eles, responder pela falta de consultas, pelo não agendamento de exames e consultas especializadas para a atenção secundária, entre outros. Atualmente, todos estão sendo chamados para problematizar com a população sobre as dificuldades do sistema de saúde, para a busca de alternativas possíveis.

Iniciamos também um processo de reestruturação dos agendamentos de consultas para médicos e enfermeiros das diversas áreas de ESF, devido ao alto índice de absenteísmo, chegando a trinta por cento em algumas equipes. O tempo de espera para a realização de uma consulta médica girava em torno de trinta a quarenta e cinco dias, e este fato, a nosso ver, poderia estar relacionado diretamente ao alto índice de faltas às consultas. A nova proposta de agendamento, de forma semanal, foi exaustivamente discutida por todos os trabalhadores, em diversos momentos. Conversamos também com a população nas próprias salas de espera da unidade. Este assunto foi tema de pauta da reunião do Conselho Local de Saúde. Somente então teve início o novo modelo, isto é, as consultas passaram a ser agendadas para o período de uma semana, semanalmente. Deve ficar registrado, que para que isto se tornasse possível e viável, houve a necessidade de bloqueio das agendas dos profissionais médicos e enfermeiros por volta de um mês, exigindo de todos,

trabalhadores e usuários, compreensão, paciência e espírito de solidariedade. Como o **acolhimento** das urgências na nossa unidade está bem estruturado, as pessoas com necessidades pontuais, cujas avaliações careciam de mais urgência, eram ouvidas e atendidas durante este momento.

Além disso, as equipes constantemente avaliam a formatação de suas agendas, tendo em vista as necessidades das pessoas de sua área de abrangência, como por exemplo, em relação ao número de consultas ofertadas para crianças, usuários com problemas crônicos como diabetes e hipertensão, idosos, gestantes e outros.

Uma longa jornada de discussões tem acontecido para que mudanças como estas possam ser sonhadas, desejadas e passíveis de realização. Pode parecer fácil e simplório para os que desconhecem a realidade dos serviços de saúde. Somente trabalhadores motivados e criativos e que conhecem a realidade de vida das populações, são capazes de operar na prática as transformações que poderão possibilitar a emancipação e autonomia das pessoas. Atitudes e ações desta natureza, embora possam parecer simples, poderão contribuir para que todos reflitam e ajam no sentido de promover a co-responsabilização das pessoas, através da informação, troca e compartilhamento de saberes, minimizando os efeitos devastadores da atenção à saúde baseada no modelo da doença e da educação tradicional, que geram, a nosso ver, cada vez mais, subordinação, revolta e dependência, além de custos altos e muitas vezes desnecessários para o setor saúde.

Na interlocução diária com as pessoas da comunidade, temos percebido também, que quanto mais nos aproximamos das pessoas, mais reduzimos as possibilidades de reações agressivas frente às imensas dificuldades ainda colocadas pelo SUS, como por exemplo, em relação ao agendamento de consultas e exames especializados para a atenção secundária e terciária.

Com certeza, este modelo de saúde ainda não está pronto, é um sistema em constante construção, mas, a partir da comunicação sincera entre profissionais e usuários, baseada no estabelecimento de trocas solidárias e no compartilhamento do sofrimento, possibilidades de encaminhamentos mais resolutivos e emancipatórios podem acontecer a todo momento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como são boas, portanto, as coisas que ajudam as partes do corpo a fazer o seu trabalho, e como a alegria consiste em que a potência do homem, enquanto ele é composto de mente e corpo, é estimulada ou aumentada, são boas, todas as coisas que trazem alegria. ... Contudo, suportaremos com equanimidade os acontecimentos contrários ao que postula o princípio de atender à nossa utilidade, se tivermos consciência de que fizemos nosso trabalho; de que a nossa potência não foi suficiente para poder evitá-las; e de que somos uma parte da natureza inteira, cuja ordem seguimos... Pois, à medida que compreendemos, não podemos desejar senão aquilo que é necessário, nem nos satisfazer, absolutamente, senão com o verdadeiro. Por isso, à medida que compreendemos isso corretamente, o esforço da melhor parte e nós mesmos está em acordo com a ordem da natureza inteira (SPINOZA, 2007, p. 359-360).

Falar de humanização na saúde, onde o **acolhimento** ocupa o lugar de destaque pela mudança paradigmática de colocar o sujeito no centro da atenção e não mais o profissional ou a doença, exige profissionais críticos e comprometidos com a vida humana. Não há como garantir a aposta numa Política Nacional de Humanização, onde o **acolhimento** ao usuário é colocado como um dos principais requisitos, sem que nos confrontemos com o tema do “humanismo” na sociedade contemporânea.

Políticas públicas como a da Humanização em saúde do SUS encontram eco nas práticas cotidianas quando os sujeitos envolvidos tem a possibilidade de, através da prática dialógica, “acolher” a proposta de forma que tenha significado para as suas próprias vidas, entendendo-se como seres individuais e sociais. O processo de comunicação pretendido pelo **acolhimento** em saúde busca interações, nas quais o projeto de felicidade individual e grupal esteja consolidado.

Não se está negando, absolutamente, os efeitos deletérios da pressão diária a que todos os trabalhadores de saúde estão submetidos. Mas, enquanto humanos, não podemos e não devemos permitir que estes encontros “acolhedores” deixem de

acontecer, ao ponto de robotizar a nossa existência, negando-nos a possibilidade de sermos humanos no nosso ambiente de trabalho. E, enquanto trabalhadores humanos, estamos participando de encontros que, dependendo da nossa condição e intenção, poderão ser potencializadores de momentos alegres ou não, refletindo em toda a equipe, de forma positiva ou negativa.

Retornando ao objetivo da pesquisa é importante enfatizar que a atitude interna, a forma como vemos o mundo e como vivemos é que nos permitem agir de modos diferentes, apesar de todas as dificuldades impostas. De vez em quando, durante o movimento intenso do trabalho diário, profissionais demonstram atitudes desencorajadoras e falas desmotivadoras, vindo até a questionar a sua persistência em agir desta forma diferente, emancipatória e “humana”, frente ao desgaste físico e emocional do trabalho árduo e pouco valorizado, muitas vezes.

O modelo de atenção, segundo os relatos dos trabalhadores, ainda está atrelado à excessiva medicalização e ao modelo centrado na queixa-conduta, retardando o processo de co-responsabilização e a busca da autonomia de todos os envolvidos. No entanto, apesar destas dificuldades, acredito que os encontros da pesquisa tenham favorecido reflexões que problematizaram estas questões, gerando possibilidades de transformação, tanto a nível pessoal como coletivo, permitindo uma melhor organização do processo de trabalho.

Como facilitadora deste instigante trabalho, do ponto de vista acadêmico, profissional e pessoal espero ter contribuído com as pessoas envolvidas na prática do **acolhimento** em saúde, no sentido de incentivar trocas solidárias, que possam ser utilizadas como ferramentas para o alcance da autonomia e da felicidade humanas.

Estamos convencidos de que o debate sobre a cultura assistencial e sobre a importante proposta de práxis trazida pelo **acolhimento** em saúde, poderá contribuir para a reflexão mais crítica quanto a modelos em saúde ainda vigentes em muitos lugares deste país, que possam estar impedindo ou retardando o projeto de emancipação política, social e econômica, principalmente das classes mais desfavorecidas. A formação de trabalhadores críticos, preparados para trabalhar em equipe e que compreendem a importância da sua participação e responsabilização na integralidade das ações de saúde, torna-se um requisito inquestionável para a

construção deste novo modelo de atenção. Do contrário, não há como evitar a conclusão de que o atual sistema tornou-se, por si mesmo, uma ameaça à nossa saúde. Não seremos capazes de aumentar, ou mesmo de manter nossa saúde e de nossos usuários se não adotarmos profundas mudanças em nossos valores e em nossa organização social.

No entanto, se estas reflexões e desejos de mudança não partirem do desejo genuíno dos trabalhadores em contribuir para a melhoria de vida e da saúde, nem políticas, nem programas serão suficientes para manter estas propostas. Se os desafios forem entendidos a partir do desejo genuíno e sincero de ajudar a todos, e de promover as mudanças necessárias, as dificuldades se constituirão em novas ferramentas para o alcance dos objetivos, promovendo encontros alegres e motivadores, potencializando a todos.

Na introdução deste trabalho fizemos uma breve alusão ao capitalismo neoliberal, sem nos aprofundarmos na questão, porque não ser este o objeto da pesquisa. Contudo, penso que iniciativas como a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde do Brasil e o **acolhimento** em saúde vão ao encontro do desejo de construção de uma sociedade mais justa e humana, através da incorporação de práticas que levem em conta o fortalecimento e a responsabilização de todas as classes sociais, em especial aquelas mais marginalizadas. A necessária renovação do pensamento crítico só pode ser resultado de uma grande e coletiva operação intelectual e prática.

Contudo, não se muda um modelo de saúde de uma hora para outra, unicamente com capacitações dirigidas aos profissionais. O desenvolvimento e implementação desta “nova cultura”, requer múltiplos e variados investimentos, macro e micropolíticos, de gestão, de comunicação, entre outros. Em todos os níveis de organização, planejamento e execução dos serviços, a motivação dos trabalhadores é imprescindível. E esta motivação dependerá sempre, em maior ou menor grau, da vontade íntima do indivíduo para compreender a vida.

É fundamental que os espaços de diálogo entre os trabalhadores das equipes da ESF sejam mantidos, pois esta pesquisa veio demonstrar que as diferentes concepções dos trabalhadores em relação ao “ser humano acolhedor” e ao

“**acolhimento** em saúde”, podem estar relacionadas com as práticas de saúde vivenciadas.

Os referenciais teóricos de Paulo Freire e Baruch de Spinoza, que estão fundamentados no entendimento do ser humano como “ser de relações”, possibilitaram estes diferentes entendimentos.

A trajetória desta pesquisa oportunizou o desvelamento crítico da realidade vivida acerca do **acolhimento** em saúde, para a continuidade da elaboração de novas possibilidades promotoras da vida e da cidadania. As reflexões foram e continuam sendo importantes para a superação das práticas centradas nas relações de poder estabelecidas entre profissionais e usuários, buscando novas práticas problematizadoras, a partir do diálogo e troca de saberes.

Acredito que o referencial metodológico de Paulo Freire, através do itinerário freireano e dos círculos de cultura, possibilitou aos participantes uma reflexão sobre si mesmos e sobre as possibilidades de agentes críticos do modelo de saúde que estamos vivenciando. Assim, diante destas constatações, cada um pode avançar no sentido de manter a problematização como fator de crescimento pessoal e profissional.

O referencial de Baruch de Spinoza permitiu ao pesquisador aprofundar o entendimento sobre os diferentes modos de agir dos trabalhadores, decorrentes das suas percepções sobre o “ser humano acolhedor”.

Apesar dos programas de qualificação institucionais não proporcionarem todas as mudanças desejadas para a consolidação dos pressupostos do SUS, da ESF e do modelo de saúde, é possível fomentar nos locais das unidades de saúde, espaços para estas reflexões.

As dificuldades encontradas dizem respeito principalmente à falta de tempo, para que encontros desta natureza aconteçam mais frequentemente. No entanto, a motivação dos trabalhadores deste centro de saúde possibilita que momentos informais de discussão aconteçam rotineiramente, quer durante a jornada de trabalho, ou em momentos nos finais do turno. Além disso, a criatividade e o trabalho em equipe tem permitido manter canais de comunicação propositivos que motivam a todos constantemente. Neste centro de saúde percebe-se que os trabalhadores

encontram espaços para propor as reflexões necessárias no sentido de efetivar a comunicação para a consolidação desta proposta política.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALECKSANDROWICZ, A. M; MINAYO, M.C. de S. Humanismo, liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciências da natureza ética. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO. v 10, n.3, p. 513-524. 2005.

AYRES, J. R. de C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO. v.10, p.549-559. 2005.

AYRES, R. C. V; PEREIRA, S. A. O. E. P; ÁVILA, S.M.N. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, abr/jun 30 (2):306-311. 2006.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO. v.10, n.3, p. 561-571. 2005.

BLOOM, A. **O declínio da cultura ocidental**: da crise da universidade à crise da sociedade. São Paulo: Editora BestSeller, 1987

BORNHEIM, G. Introdução: Notas para o estudo da ética enquanto problema. In: Huhne, L. M (org.) **Ética**. Rio de Janeiro: Editora Uapê-Seaf. p.7-23.1997.

BRASIL, Constituição, 1998. Constituição da República Federativa no Brasil. In: **Descentralizando e Democratizando o conhecimento do SUS-RS**:coletânea de legislação do SUS. Porto Alegre: Nova Prova,1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família no Brasil. **Uma análise de indicadores selecionados**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH saúde**, v.3, n.1. 3ª. Conferencia Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização. Brasília, Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006d.

- BRICEÑO-LEON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 1-17, jan./mar. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acessado em 11 de junho de 2002.
- BUB, Maria Betina Camargo. **Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem**. 2001. 99f. Tese (Doutorado em Filosofia, Saúde e Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência saúde coletiva**. Vol.5, no.1. Rio de Janeiro, 2000.
- CAMPOS, G.W. de S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992.
- CAMPOS, G.W.de S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo, Hucitec, 1991.
- CAMPOS, M. C. **Acolhimento: uma proposta, um desafio-Análise de uma tendência**. Belo Horizonte: 1997, 36f. Monografia (Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública), Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 1997.
- CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. Editora Cultrix, São Paulo, 1977.
- CASATE, J. C; CORREA, A .K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-americana de Enfermagem**.;13(1):105-11. janeiro-fevereiro, 2005.
- DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc.saúde coletiva**.vol.9 no.1.Rio de Janeiro, jan. 2004.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.1988 (3.impressão) 687 p.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MEHRY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.15, p.1-10. abr-jun. 1999.
- FRANCO, T.B.; PERES,M.A .de ; FOSCHIERA,M.M.P.; PANIZZI,M. **Acolher Chapecó: uma experiência do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo:Hucitec, 2004.
- FREIRE, A M. A (Org.). **A Pedagogia da Libertação em Paulo Freire**. São Paulo: Editora UNESP, 2001.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1966.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1987.
- FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática de libertação (uma introdução ao pensamento de Freire)**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.
- GADOTTI, Moacir. A voz do biógrafo brasileiro: a prática à altura do sonho. In GADOTTI, Moacir. **Paulo Freire: uma bibliografia**. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 1966. p.69-115.
- GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. **Acolhimento, vínculo e integralidade: O poder do discurso ou o discurso sem poder? Algumas reflexões sobre as práticas cotidianas**

em saúde da família em grandes centros urbanos. 2005. Parte integrante da dissertação de mestrado defendida pela autora principal Instituto de Medicina Social da UERJ em março de 2005, intitulada **ACOLHIMENTO, VÍNCULO E INTEGRALIDADE: O Poder do discurso ou o discurso sem poder?**

GUIMARÃES, E. M. G. T. **Acolhimento no Centro de Saúde Noraldino de Lima:** investigação sobre o acesso e resolutividade. 1997. 47f. Monografia- (Especialização) - Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida:** uma alternativa: 1994. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

HEIDEMANN, Ivonete T. S. B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire:** possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da Família. Ribeirão Preto, 2006. 296 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2006.

JAPIASSU, H. & MARCONDES. **Dicionário Básico de Filosofia.** Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1998.

KANT, I. **Crítica da Razão Prática.** São Paulo: Ed. Martin Claret, 2003.

LAMA, D. Sua Santidade. **O Universo em um átomo.** O encontro da Ciência com a espiritualidade. Tradução de Vera de Paula de Assis. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

LIMA, S. M. M.. Educar o cidadão produtivo. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 2002), 502-511, mar-abr, 2004.

LUNA, M. E. P. et al. **Plano Municipal de Saúde,** gestão 2002/2005, Florianópolis: Florianópolis, 2002.

MENDES, I. A .C. Convivendo e enfrentando situações de stress profissional. Ver. **Latino-am Enfermagem.** mar.9(2):1, 2001.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva,** vol.4 no.2. Rio de Janeiro, 1999.

MERHY, E. E; CAMPOS, G.W.S; CECILIO, L.C.de. **Promovendo a mudança na saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MOTTIN, L.M. e cols. A necessidade de Redes e Atenção à Saúde. **Rev. Médica HSVP.** 11(27), 2001.

NORDENFELT. L. **Conversando sobre saúde:** um diálogo filosófico. [tradução]: Maria Bettina Camargo Bub, Théo Fernando Camargo Bub. Florianópolis: Bernúncia, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.** 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Trabalhando juntos pela saúde. **Relatório Mundial da Saúde.** (Versão preliminar em português. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde). 2006. mimeografado.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**. vol.35.n.1. São Paulo, fev. 2001.

PIRES, M.R.G. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde, conhecer para cuidar melhor, cuidar para confortar, cuidar para emancipar. **Ciência&Saúde Coletiva**.vol.10.no.4.Rio de Janeiro out/dez. 2005.

PRADO, M.L.; GELBCKE, F.L. (org.). **Fundamentos de Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

RAMOS, D. D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/ RS no contexto da municipalização da saúde**. 2001. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

RIZZOTTO, M. L. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília,v.55,n.2,p.196-199,mar/abr.2002.

SILVEIRA, Edenice R. da.**Acolhimento: uma trilha em construção**- a percepção de usuários e trabalhadores de saúde do Centro de Saúde Saco Grande/Florianópolis. 2003.89 f. Monografia (Curso de Especialização) – Especialização Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina.Florianópolis, 2003.

SPINOZA, B. Disponível em: <<http://www.consciencia.org/moderna/spinoza.shtml>>. Acessado em 16-01-2007<sup>a</sup>

SPINOZA, B. **Tratado de correção do intelecto**. Ética. Tratado político. Correspondência. (Coleção Os Pensadores vol. XVII). São Paulo: Editora Abril Cultural, 1986.

SPINOZA, B. **Ethica**. [tradução e notas de Tomaz Tadeu]. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2007b.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:Unesco Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TESSER, C. D. Medicalização social(1): O excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface. **Comunic.Saúde, Educ.**,v.10,no.19,p.61076,jan/jun 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. **Relatório de Conclusão do I Curso de Residência Multiprofissional de Saúde da Família**. Florianópolis, 2003. Relatório (mimeografado)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. **Relatório de Conclusão do II Curso de Residência Multiprofissional de Saúde da Família**. Florianópolis, 2006. Relatório (mimeografado)

WOSNY, A. de M. **Nasce o Sol no Sol Nascente**: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde. Florianópolis: 1994. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

ZAUHY, C.; MARIOTTI, H. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. Secretaria Municipal da Saúde- São Paulo. 2002.

ZOBOLO, E.; FRACOLLI, L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: abr/jun 30(2):312-317. 2006.

Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretário. **Portaria/SS/GAB/N.283/2007**. Aprova a Política Municipal de Atenção à saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família. 2007.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA**  
**PESQUISA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é MARLY DENISE WUERGES DE AQUINO e sou enfermeira mestranda na Universidade Federal de Santa Catarina, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: **ACOLHIMENTO: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE TRABALHADORES DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE.**

Acredito que esta poderá trazer contribuições significativas para o entendimento e consolidação da proposta do ACOLHIMENTO como ferramenta para a organização e planejamento das ações de saúde para a comunidade, bem como para garantir os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

Espero, que desta forma, esta pesquisa possa contribuir para que o trabalho em saúde leve em conta as necessidades dos usuários na porta de entrada da atenção básica, bem como para o exercício do estímulo à cidadania e controle social.

Para a coleta de dados da pesquisa pretendo realizar as “rodas de cultura”, baseadas no referencial teórico de Paulo Freire. Todos os registros serão utilizados com garantia de anonimato e confiabilidade, de modo que não traga nenhum risco ou desconforto para os participantes. O pesquisador terá a responsabilidade de motivar a todos de modo que as suas reflexões e a posterior troca de informações garantam a profundidade e clareza necessárias para o desenvolvimento da mesma.

Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas somente serão utilizadas neste trabalho. Se você tiver alguma dúvida em relação à mesma ou quiser desistir a qualquer momento, pode entrar em contato pelos telefones (48) 3223-1093, (48) 9961-0351, ou (48) 3238-0110.

Assinaturas:

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_

fui esclarecido sobre a pesquisa: ACOLHIMENTO: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE TRABALHADORES DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE, com base no referencial teórico de Paulo Freire. Concordo que meus dados sejam utilizados para o levantamento de dados necessários à pesquisa e posterior análise.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

**ANEXO 2**  
**TERMO DE LIBERAÇÃO DA PESQUISA PELA COMISSÃO DE**  
**ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP  
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N° 330/06

**I - Identificação:**

Título do Projeto: O diálogo com trabalhadores de saúde como estratégia para consolidação e acolhimento

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Antônio de Miranda Wusny (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC).

Pesquisador Principal: Marly Denise Wuerger de Aquino (Mestranda em Enfermagem).

Data Coleta dados: março a maio de 2007

Local onde a pesquisa será conduzida: Unidade local de Saúde

Data de apresentação ao CEP: novembro/06

**II - Objetivos:**

GERAL: Investigar com trabalhadores em saúde, na perspectiva freiriana dos círculos de cultura, as possibilidades do diálogo como estratégia para a consolidação do acolhimento em saúde.

ESPECÍFICOS:

- Identificar limites e possibilidades para a consolidação da proposta do acolhimento
- Promover diálogo franco e aberto sobre relações inter-pessoais
- Identificar as percepções dos trabalhadores sobre o processo dialógico
- Observar e avaliar atitudes dialógicas em vivências acolhedoras

**III - Sumário do Projeto**

Projeto de dissertação de Mestrado em Enfermagem, de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação participante, a ser desenvolvido com os integrantes de uma equipe de unidade local de saúde da atenção básica.

Os dados serão coletados, após o consentimento prévio de cada trabalhador que for participar do referido estudo, através de encontros, em forma de "rodas de cultura" baseadas no referencial teórico do educador Paulo Freire, o qual está descrito ao longo do projeto apresentado a este Comitê.

**IV - Comentário**

A temática do estudo é relevante e apresenta justificativa adequada, uma vez que, se trata de proposta pioneira entre todas as unidades de saúde do município de Florianópolis.

Os autores, através de seus currículos, demonstram capacitação para seu desenvolvimento.

O TCLE está adequado a compreensão dos participantes e a declaração institucional foi apresentada.

O orçamento e cronograma foram apresentados e estão adequados segundo os objetivos que o estudo se propõe.

**V - Parecer CEP:**

(x ) APROVADO

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 27 de novembro de 2006.

Vera Lucia Bosco  
Coordenadora

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

**ANEXO 3**  
**MATERIAL OFERECIDO PARA REFLEXÃO NO TERCEIRO**  
**ENCONTRO (contextualização dos encontros anteriores)**

**PESQUISA DE MESTRADO- ACOLHIMENTO: Concepções e práticas de trabalhadores de uma unidade local de saúde.**

Mestranda: Marly Denise Wuerges de Aquino- 2008- Saco Grande/Universidade Federal de Santa Catarina

Metodologia baseada no referencial teórico de Paulo Freire, (itinerário freireano e “método da roda”).

PRIMEIRO ENCONTRO: Levantamento dos temas geradores

SEGUNDO ENCONTRO: Codificações e Descodificações

TERCEIRO ENCONTRO: Desvelamento crítico

Contextualizando:

1994- Programa de Saúde da Família, cujos principais pilares são: Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e produção social da saúde; Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida; Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (Brasil,1998, p.10).

2003- Política Nacional de Humanização, cujos princípios norteadores são: Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromisso/responsabilidade; Estímulo a processos comprometidos com a produção da saúde e com a produção de sujeitos; Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinariedade e a grupalidade; Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; Utilização da informação, da comunicação, da educação permanentes e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004, p.10).

2004- Parâmetros para acompanhamento a implementação da PNH na Atenção Básica: Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas interseoriais e as necessidades de saúde; Incentivo às práticas promocionais da saúde; Formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e a efetivação do acesso aos demais níveis do sistema.

Principais questões levantadas durante as duas oficinas anteriores:

- Saúde do Trabalhador; grande demanda dos usuários no acolhimento, gerando stress, angústia, tensão, etc; medicalização? Dependência dos usuários ao serviço de saúde? Possibilidade de espaço para a busca de autonomia dos sujeitos? Postura e concepção individual do acolhedor? Acolhimento de vanguarda na unidade de saúde; O acolhimento é indispensável e resolutivo.

Diante dessas questões trazidas e do que a PNH determina como pilares, como ficamos nós trabalhadores? É possível traduzir estes princípios na prática? O que falta? A que preço? Como melhorar o acolhimento em saúde, de forma que trabalhadores e usuários sejam respeitados nos seus direitos como cidadãos? É possível estimular a autonomia dos usuários? É possível como SER HUMANO acolhedor?

Estamos sendo CONVIDADOS A REFLETIR!!!

Para Freire (1987, p.167) ninguém desvela o mundo ao outro e, ainda, quando um sujeito inicia o esforço do desvelamento aos outros, é preciso que estes se tornem sujeitos do ato de desvelar.

## CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA



### MEUS CAROS AMIGOS!

Faço mestrado na UFSC, no Departamento de Enfermagem, cujo objeto de pesquisa é o **ACOLHIMENTO** em saúde. Os pressupostos que a orientam estão em consonância com os princípios da cidadania, autonomia e dignidade humanas, os quais considero indispensáveis para a vida em sociedade.

O título inicial da minha pesquisa é: **ACOLHIMENTO: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE TRABALHADORES DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE.**

Após a qualificação do projeto que se deu em 17-08-2007 é necessário começar a pesquisa propriamente dita. Gostaria imensamente de contar com a sua presença e participação, já que ela foi pensada e planejada a partir da convivência diária com cada um de vocês, no cotidiano desta unidade de saúde.

Esta será realizada em 04 encontros semanais, em horários consensuados e todos estão convidados a participar ativamente de todo o processo.

Pretendo, neste primeiro encontro, explicar como está planejada, e em seguida, se houver consenso, iniciar a primeira etapa da pesquisa.

Como recurso metodológico será utilizado o referencial teórico de Paulo Freire através do “itinerário freireano”.

Espero contribuir com este trabalho para uma reflexão sobre a “humanização” do homem e com o **acolhimento** em saúde.

Um grande abraço fraterno; desde já agradeço pela aceitação do meu convite.

Marly Denise Wuerges de Aquino- Enfermeira do  
C.S. Saco Grande- SMS de Florianópolis.

Florianópolis, 13 de setembro de 2007.