

Área temática: La profesionalización de la función pública y la promoción de la gerencia pública
Painel: A qualificação de profissionais na interface serviço público/cidadão - Luciano Prates Junqueira (Coordenador)

Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários

Rose Marie Inojosa¹
CLAD 2005

Esta apresentação tem por objetivo trabalhar a questão do acolhimento como uma estratégia de qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários, entre o sistema de saúde e a comunidade, relatando e comentando experiências de quatro cidades brasileiras: São Paulo, Sobral, Chapecó e Porto Alegre, suas oportunidades e percalços.

A produção da saúde e seus sujeitos

A saúde se faz com pessoas e entre pessoas, com a mediação das tecnologias geradas pela ciência e pelo conhecimento popular. Trata-se, antes de tudo, de uma relação humana, uma relação entre sujeitos, com suas potencialidades, limites e saberes. Quer seja na perspectiva da assistência para recuperação ou prevenção de agravo ou doença, quer seja para a promoção da saúde, essa produção se realiza na relação entre indivíduos, entre uma família e uma equipe de saúde, entre uma população e seu sistema público de saúde.

Isso também se dá na prestação de outros serviços públicos, como o de educação, por exemplo, porém, essa relação na saúde distingue-se por singularidades tanto no que diz respeito ao sujeito profissional de saúde como ao sujeito cidadão usuário dos serviços.

Idealmente, o profissional de saúde tem o ofício de promover a vida, uma relação saudável das pessoas com o meio-ambiente e com outras espécies, contribuir para manter saudáveis crianças, jovens e adultos e para ajudar idosos a manter a qualidade de vida. Mas o ofício do profissional de saúde também inclui lidar cotidianamente a dor, o medo e a morte, com o delicado trabalho pela recuperação da saúde, pelo ensinamento de conviver com limitações e seqüelas, oferecendo o amparo necessário no momento em que a vida chega ao seu final, para que seja digna e com o menor sofrimento possível. Mais do que em outras profissões, estas exigências invadem o dia-a-dia dos profissionais e as outras esferas da sua vida. Além disso, o profissional de saúde no serviço público está inserido em um sistema, que tem regras e limitações operacionais, administrativas e tecnológicas. Mesmo um sistema público de saúde como o do Brasil, que tem como princípios a universalidade, a equanimidade e a integralidade, na prática ainda temos graves desigualdades no acesso e limitações impostas pela quantidade de recursos disponíveis – cerca de cento e vinte e cinco dólares por habitante/ano.

O cidadão usuário dos serviços muitas vezes os procura em situações de dor e com expectativas que nem sempre os profissionais de saúde serão capazes de preencher. Os acompanhantes também estão em situação de tensão, de angústia. Não se trata de usufruir de um serviço público em condições de escolha do momento, do lugar. Não é como ir a um parque público, a uma biblioteca, a um teatro. Nem mesmo é como utilizar o transporte público. Ainda são poucos os cidadãos que acompanham sua saúde quando nenhum sinal de desconforto está presente. Na maioria das vezes, já há, no mínimo, alguma limitação do

¹ Doutora em Saúde Pública (USP), técnica em planejamento e gestão da FUNDAÇÃO, assessora do CONASEMS - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. rosemarieinojosa@bol.com.br

bem-estar físico ou psíquico quando o cidadão vai ao serviço de saúde, mesmo que se reduza à expectativa de saber se está tudo bem com seus exames de rotina.

Além disso, é preciso considerar a assimetria de conhecimentos – e portanto de poder – entre os sujeitos na relação de saúde. O profissional de saúde e, particularmente, o médico é visto – e se vê – como o detentor do conhecimento científico sobre a saúde e a doença. Seu conhecimento vem embalado em uma linguagem que nem sempre é compreendida pelo outro. Nem sempre o profissional de saúde considera o conhecimento popular como um conhecimento passível de contribuir para a compreensão da situação do cidadão atendido e de seu agravo, ao contrário, tende, no geral, a desqualificá-lo ou ignorá-lo. O cidadão, mesmo que com escolaridade similar, não domina a linguagem que hermetiza – como em muitas corporações profissionais – a compreensão das explicações do médico e de outros profissionais da equipe sobre a sua própria condição. No serviço público essa dificuldade de compreensão ainda tende a ser maior em função das desigualdades de condição social e de escolaridade entre as partes. Ora, a compreensão é elemento essencial no diálogo e, se ela falta, é bem difícil que a relação possa fluir com respeito entre os sujeitos.

Na formação do profissional de saúde, a universidade não tem trabalhado de forma suficiente nem adequada a questão do vínculo com o usuário e da relação entre sujeitos. A ênfase ainda é na doença e na apreensão de tecnologias de intervenção, numa visão de administração de conserto mecânico, de correção do funcionamento dos aparelhos. A super-especialização contribui para o afastamento entre o profissional e o cidadão atendido, valorizando a capacidade de consertar uma parte, um defeito em algum aparelho, sem considerar o sujeito na sua complexidade e fazendo com que o cidadão tenha de valer-se de vários profissionais, cada qual examinando e interferindo em algum aspecto e nenhum considerando-o na sua integralidade. Um tratamento de câncer, por exemplo, é quase uma maratona, onde a pessoa – e seus acompanhantes – peregrinam de consultório em consultório, de serviço em serviço. Se doenças oportunistas surgem na esteira do quadro, outros profissionais e serviços terão de ser acionados e raramente conversarão entre si sobre o paciente.

Desse modo a disposição para a relação de produção da saúde ou de tratamento da doença é perpassada por essa tensão entre os sujeitos, o profissional de saúde e o usuário dos serviços. Ambos têm de trabalhar com seus limites individuais e com os limites do outro, por limites impostos pelos fatores de risco e de agravos que estão além dos saberes e/ou dos poderes dos profissionais de saúde ou dos limites do próprio sistema de saúde.

Na prática temos de um lado alguém com medo, com dor, com ansiedade e, de outro lado alguém bastante pressionado e às vezes endurecido exatamente pelo ofício de lidar com o medo e a dor. É assim que, em muitas ocasiões a oportunidade é perdida. Este par único – quem está sendo atendido e quem atende – nem sempre consegue alcançar a confiança mútua mínima necessária para estabelecer a relação terapêutica. Quem é atendido quer resolver o problema que sente, ainda que o problema esteja para além das possibilidades de intervenção de quem atende. Quem atende às vezes fecha cuidadosamente o seu coração para não aumentar sua própria angústia diante das limitações humanas e do sistema de saúde.

Trata-se, portanto, de um grande desafio propiciar que o encontro entre os cidadãos usuários e os profissionais de saúde sejam, de fato, oportunidade para uma relação de respeito, solidariedade e ajuda mútua, essencial para a produção da saúde.

O resgate dos vínculos na Cidade de São Paulo

Enquanto todo o Brasil vivia o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), definido pela Constituição de 1988, a Cidade de São Paulo ficou a maior parte da década de 90 alijada do SUS, tendo os dirigentes municipais experimentado um outro modelo de sistema. Isso é possível em razão da organização política do país, onde o município é um ente federado e tem independência para estabelecer suas políticas públicas.

Em 2001, a Cidade de São Paulo fez uma nova escolha política e começou a movimentar-se em direção ao SUS. Isso significou uma mudança profunda no modelo de atenção à saúde na Cidade, inclusive na relação de produção da saúde. O pronto atendimento passou a ser um componente e não seu principal fator e foi feita uma opção por trabalhar o vínculo entre o cidadão usuário e o cidadão prestador de serviços, entre a equipe de saúde e a população de uma dada região.

Com esse propósito, foi feita a territorialização da gestão, com a constituição de 41 Distritos de Saúde, cada qual responsável pela produção da saúde da população de uma área geográfica, e escolhido o Programa de Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo de atenção.

O Programa de Saúde da Família, que já vicejava em boa parte dos 5.562 municípios do país, vincula equipes e profissionais de saúde a um grupo de famílias, sendo de 800 a 1000 famílias por equipe. Desse modo, reorganiza toda a atenção básica à saúde da população.

Para dar corpo – e alma – a essa decisão política e às suas estratégias o elemento principal era gente – profissionais em número suficiente para sustentar a relação de produção da saúde e, também, cidadãos participando da gestão do sistema, através dos conselhos que foram sendo instituídos em todas as regiões. Foram compostas as equipes e, nos primeiros dois anos, recrutados mais de 2.500 agentes comunitários de saúde.

O agente comunitário de saúde é um tipo de profissional singular, híbrido, pois é, necessariamente, alguém que mora entre as famílias atendidas pela equipe e passa a ser um membro da equipe. Seu papel é contribuir para tecer o vínculo, sendo um agente das famílias junto a respectiva equipe e da equipe junto às famílias. Pesquisa recentemente divulgada mostrou que, depois do incremento dos anos de estudo das mães, o fator que teve maior peso para a redução da mortalidade infantil foi o programa de saúde da família, com os agentes comunitários. Eles melhoram grandemente o acesso, reduzindo as desigualdades de oportunidades, e facilitando o diálogo

Esse movimento da gestão municipal da saúde na Cidade de São Paulo contemplou um esforço especial para promover mudanças na relação da produção da saúde e no encontro dos profissionais de saúde com os cidadãos tanto nas equipes de saúde da família como nos serviços de atendimento ambulatorial e hospitalar².

A estratégia do acolhimento

Acolhimento foi o nome de um dos seis projetos prioritários da gestão da saúde na Cidade de São Paulo iniciada em 2001. Tratava-se de uma estratégia para melhorar a relação de produção da saúde, para fortalecer o vínculo entre os cidadãos e os profissionais de saúde do sistema público de saúde.

Compreendendo acolhimento como um conjunto de atitudes que permeiam todo o processo de trabalho e a relação que se estabelece no encontro de produção da saúde, o projeto Acolhimento em São Paulo assumiu como objetivo: “tecer uma rede de confiança e

² Esse processo de mudança está relatado no livro *Tempos Radicais da Saúde em São Paulo*, 2003

solidariedade entre os cidadãos e os profissionais que atendem no serviço público de saúde.”³, tendo como pressuposto que “produzir saúde é co-produzir vida.” (idem)

Acolher significa receber, recepcionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como co-responsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva da atenção individual como do ponto de vista coletivo. Envolve uma teria de relações e competências profissionais complementares, bem como condições ambientais biofísicas e psicossociais favoráveis.

As partes envolvidas – os sujeitos da relação – têm poderes e saberes próprios e utilizam recursos de comunicação diferentes,, o que requer comunicação, diálogo, respeito pelo outro, aceitação das diferenças, de modo a ir conformando uma relação de confiança mútua.

O acolhimento, nessa perspectiva , é um processo contínuo e não apenas a etapa do atendimento que se dá nas portas dos serviços, embora esse primeiro momento do encontro seja estratégico para toda a relação. Permeando todos os momentos da atenção à saúde, o acolhimento deve envolver todos os profissionais e equipes nas diferentes fases e unidades em que o serviço de saúde e o cidadão se encontram.

Para atender uma população de 10 milhões de pessoas a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo contava, ao final de 2002, com cerca de 40 mil profissionais, incluindo as equipes de saúde da família, as equipes das unidades ambulatoriais e o pessoal dos pronto-socorros e hospitais. Para levar a proposta do Acolhimento a Secretaria contou com os diretores dos 31 Distritos de Saúde, que gerenciavam o atendimento à saúde em seus territórios, cada qual com cerca de 250 mil pessoas, e com os dirigentes das cinco Autarquias Hospitalares Regionais, que administravam os 15 hospitais e os pronto-socorros da rede pública municipal.

O projeto Acolhimento trabalhou com cinco estratégias:

1. Por na Agenda: colocar a questão do acolhimento na agenda e no planejamento de todos os distritos de saúde, autarquias hospitalares e unidades da rede: isto é, falar e pensar sobre acolhimento, ver e ouvir sobre situações que podem ser melhoradas, planejar mudanças e avaliar resultados.
2. Refletir: estimular e apoiar uma reflexão profunda e constante sobre a paz e a solidariedade no serviço público, visando a sensibilizar os servidores como agentes, bem como desenvolver valores e potencialidades para o acolhimento com respeito e compromisso de todos os cidadãos.
3. Articular: reforçar os laços entre o serviço público e a comunidade, através da participação ativa na “co-produção” da saúde, do incentivo às parcerias e ao trabalho voluntário organizado.
4. Comunicar: criar mecanismos de escuta do cidadão, abrindo canais para ouvir e avaliar, de forma conjunta, bem como disponibilizar informação para todos, pois assim se compartilha o poder e o saber e se amplia a autonomia do cidadão no processo de atendimento.
5. Prover: articular o provimento de itens de conforto para os cidadãos atendidos em unidades de urgência, emergência e de internação. (Projeto Acolhimento, op.cit)

Durante todo o primeiro ano do projeto, 2001, foram feitos movimentos para que o Acolhimento fosse efetivamente introduzido na agenda da Secretaria, com reuniões amplas com os dirigentes de Distritos de Saúde e das Autarquias Hospitalares que, por sua vez, desdobravam a discussão para as equipes de unidades e serviços. A

³ Projeto Acolhimento, 1, São Paulo:PMSP/SMS-CRH, março de 2002

Associação Palas Athena - Centro de Estudos Filosóficos⁴ foi contratada para dar suporte de conteúdo às reflexões, realizando Oficinas de Sensibilização, seminários e encontros descentralizados e apoiando a constituição de comitês de ética do acolhimento. Desse trabalho conjunto resultou uma publicação feita em parceria da Secretaria com a Palas Athena, com o apoio da UNESCO, para ser distribuída para todos os funcionários da Secretaria.⁵

Para reforçar os laços com a comunidade foram constituídos comitês de acolhimento e instaladas ouvidorias, com a finalidade de abrir as unidades à participação dos usuários. Também foi estimulado o voluntariado.

Cada Distrito e cada Autarquia encontraram suas formas de melhorar o relacionamento entre a equipe e os usuários. Foram iniciativas que perpassaram tanto a utilização de tecnologias, como é a extensão do Método Canguru às maternidades municipais, com atendimento individualizado aos pais e familiares ou a Cozinha Terapêutica instalada em um dos Hospitais para pacientes da área de saúde mental, como decisões emblemáticas como a retirada de vidros e grades de todos os guichês das unidades de um Distrito de Saúde, removendo o sinal material de um bloqueio de comunicação e trabalhando esse fato como mote para a melhoria da relação entre a equipe e os usuários.

Uma atenção especial ao relacionamento com a criança foi estimulada pelo projeto Brincar é coisa séria. “No afã de aplicar nossas técnicas e conhecimentos para curar doenças, às vezes esquecemos esse saber que mora em cada um dos nossos corações – pois todos fomos meninos. Esquecemo-nos do quanto brincar é essencial para a saúde física, mental e social das crianças.”⁶ O projeto Brincar é coisa séria qualificou profissionais de saúde, funcionários e voluntários para a recepção da criança nos serviços de saúde e começou a instalar brinquedotecas em hospitais e unidades de saúde, com o apoio da iniciativa privada⁷ Em 2005 há 40 brinquedotecas instaladas na rede pública de saúde da Cidade de São Paulo. As brinquedotecas são um mote para a discussão mais ampla da atenção à criança, estimulando as equipes a discutirem sobre o fluxo de atendimento pediátrico, a forma de comunicação com a própria criança e com seus acompanhantes: “o essencial, porém, é cada cuidador - profissional de saúde, voluntário, conselheiro de saúde, acompanhante - resgatar o menino que mora e seu coração e vê-lo no menino que está na sala de espera da unidade, no pronto socorro, no consultório, no leito.” (Vescio, 2002:70)

É claro que uma mudança que passa por atitudes, e não apenas por conhecimentos e habilidades é cultural, não se faz com rapidez, é um processo pedagógico, como diz Mariotti (2002:20). Trata-se de ir alcançando cada profissional, cada dirigente, cada usuário, até que a disposição para uma relação de confiança mútua tenha se instalado como regra e não como exceção. Desse modo, como avaliar se a idéia do acolhimento foi bem plantada, se continuou a se desenvolver, a partir desse primeiro movimento compreendido na Cidade?

⁴ A Associação Palas Athena tem mais de 30 anos de atividades em São Paulo, tendo como missão “Aprimorar a convivência humana, desenvolvendo ações de educação filosófica nas dimensões ética, afetiva, espiritual e ecológica, por meio da aproximação das culturas e articulação dos saberes.” www.palasathena.org.br

⁵ Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver, São Paulo:SMS, 2002

⁶ Vescio, Marci; Sponton, M.H.; Sá, Suely C. O acolhimento da criança nos serviços de saúde da cidade de São Paulo in Acolhimento: O pensar, o fazer, o viver, São Paulo:SMS, 2002, .68

⁷ O Comitê Betinho dos Funcionários do Grupo Banespa/Santander; o Grupo Santander/Banespa, a Escola Projeto Vida, a Associação dos Profissionais da Caixa Econômica Federal, a Associação dos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo, a Associação Saúde da Família, o Colégio Equipe, a Escola Ibeji.

As administrações se sucedem e muitas vezes projetos são interrompidos. Outras vezes apenas têm ênfases ou recebem nomes diferentes, revisitando a idéia. Quando isso ocorre parece ser que a idéia realmente é responsiva a uma necessidade sentida e que a semente lançada germinou.

Com a mudança do secretário municipal de saúde ocorrida no início de 2003⁸, o projeto Acolhimento ganhou uma outra ênfase, concentrando-se na revisão do fluxo da porta de entrada das unidades, considerada um gargalo para o acesso e para a qualidade da relação que se estabelece entre as pessoas. Também permaneceram as ouvidorias instaladas e em funcionamento. O projeto Brincar é coisa séria continuo a ser implementado. Em 2004 foi realizado, como projeto piloto, um curso de Cultura de Paz e Introdução à Mediação de Conflitos para Agentes Comunitários de Saúde, de modo a contribuir para o trabalho dos agentes no papel de mediadores de conflitos em sua comunidade. (Almeira, C. A L, 2005:37), iniciativa que revela outra dimensão do diálogo da saúde.

Com a mudança da administração municipal e o ingresso de um novo grupo político⁹, ocorreram alterações de organização, com a redução do número de Distritos de Saúde e nos projetos. A atual Secretária Municipal da Saúde¹⁰ tem anunciado como um dos projetos da secretaria o “De braços abertos”, uma nova maneira de ver o Acolhimento.

Isso parece sinalizar que o processo pedagógico continua, que vai sendo avaliado e ajustado no dia a dia e, sobretudo que vai sendo incorporado pelos profissionais de saúde.

Uma idéia e muitas leituras

A questão do acolhimento não é uma “grife” da Cidade de São Paulo. Muito já se escreveu sobre a necessidade de humanizar o atendimento na saúde e políticas e projetos nacionais e locais têm sido implementados nos últimos anos.

O governo federal lançou, em 2003, o HumanizaSUS, nome da Política Nacional de Humanização, voltada para a alteração dos padrões da atenção à saúde da população e para a participação de trabalhadores, gestores e usuários na gestão das práticas de saúde.
¹¹

O Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS - e o Ministério da Saúde explicitaram na publicação SUS de A a Z (2005) que “Acolhimento aos usuários é o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do sistema da saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial ao processo de co-produção da saúde, sob os princípios orientadores do SUS – universalidade, integralidade e equidade.” (2205:21) e que “Humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão (...).” (2005:122)

Recentemente, o CONASEMS publicou e distribuiu para todas as secretarias municipais de saúde um livreto chamado “Saúde: um encontro de paz”, onde trabalha 13 pontos que podem contribuir para o acolhimento e para a relação de produção da saúde (Inojosa e Archemann, 2005)

⁸ O Secretário Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho foi substituído por Gonçalo Vecina Neto, em março de 2003.

⁹ O Partido da Social Democracia venceu as eleições de 2004 e substituiu o Partido dos Trabalhadores na gestão da Cidade de São Paulo.

¹⁰ A Secretária atual Maria Cristina Faria da Silva Cury, que sucedeu Cláudio Lotemberg (2005)

¹¹ Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, Cartilha da PNH – Humaniza SUS, em <http://www.saúde.gov.br>

Nos últimos anos várias cidades trabalharam estratégias de acolhimento e de humanização, com ações pontuais ou projetos abrangentes, dentre elas Sobral (CE); Porto Alegre (RS) e Chapecó (SC).

Sobral (CE)

Apostando essencialmente na mudança do sistema público de saúde orientada pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade¹², Sobral, cidade de 165 mil habitantes no estado do Ceará, região nordeste do Brasil, vem trabalhando, desde 1997, para inverter o modelo de atenção à saúde, hospitalocêntrico, para um modelo baseado na atenção integral à saúde, utilizando a estratégia da promoção da saúde com a articulação de ações intersetoriais e privilegiando a atenção primária à saúde e a estratégia de saúde da família para estruturar os serviços de atenção primária à saúde.

Publicação recente mostra resultados muito importantes em indicadores como a mortalidade infantil, que de 39,4 por mil nascidos vivos em 1997 chegou em 19 por mil em 2002 e a redução expressiva do número de internações por AVC, respondendo a igual ampliação da média mensal de hipertensos acompanhados por equipes de saúde da família (Andrade et all, 2004:9-19).

A mudança na relação entre equipes e usuários é expressa na preocupação com os aspectos sociais, culturais e econômicos da população adstrita a cada equipe de saúde da família, à qual cabe “enfrentar, além dos problemas individuais e biológicos de saúde, os problemas coletivos e sócio-culturais dos indivíduos e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária” (Andradre et all, 2004:13). Para que os profissionais possam ter os conhecimentos e habilidades necessários a abordagem interdisciplinar, Sobral criou a primeira Escola de Formação em Saúde da Família no Brasil, a Visconde de Saboya, uma escola que estimula o “exercício da indagação, do espanto e da curiosidade.” (Parreiras, P. e Martins Jr. T., 2004:29). Essa abordagem pressupõe “uma mudança radical na concepção de homem, de conhecimento médico e de relações interpessoais entre profissionais, opostos a que receberam em sua formação e que vivenciam e reproduzem nas unidades de saúde.” (Parreiras, P. e Martins Jr. T., 2004:27).

Sobral cultivou nestes últimos oito anos um novo olhar para as relações de produção da saúde, olhar que se reflete nas estratégias escolhidas e nos resultados alcançados. Mas, quem visita a rede municipal de saúde da Cidade pode dispensar discursos e estatísticas para compreender a disposição de acolhimento: em uma das muitas unidades básicas de saúde, enfeitadas com quadros de artistas locais, a sala de inalação destinada ao atendimento pediátrico tem no centro um grande e lindo aquário, de modo a que as crianças em atendimento podem, das cadeiras onde fazem inalação, observar a movimentação dos peixinhos coloridos.

Chapecó (SC)

Acolher Chapecó é o nome do programa da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Chapecó, com 158 mil habitantes, no estado de Santa Catarina, na região sul do Brasil, que empreendeu, em 2003, um processo de humanização do atendimento na saúde.

O mesmo grupo já estava administrando a saúde municipal desde 1977, tendo invertido o modelo hospitalocêntrico e implantado uma rede básica de saúde mais resolutiva. Porém, , em 2003, avaliou que “o processo de trabalho continuava centrado no saber e na pessoa do médico, centrando a assistência na consulta médica, o que resultava ao usuário

¹² Princípios do Sistema Único de Saúde do Brasil, conforme Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080 de 1990

cidadão um adicional sofrimento com o enfrentamento das filas em busca das fichas de acesso ao atendimento.” (Franco et all, 2003:1/2)

A apresentação do programa lembra que “o que caracteriza um sistema de saúde é que nele atuam pessoas, seres humanos que estabelecem relações entre si. A qualidade dessas relações é que reflete a qualidade dos serviços prestado.” E, também que “só a humanização do atendimento poderá eliminar as barreiras criadas pela excessiva e rápida incorporação do aparato tecnológico na saúde.”(Silveira, 2003, slides 2 e 18) O objetivo do Acolher Chapecó era organizar a assistência de modo a acolher a todos os que procuram a unidade, por meio de um fluxo voltado à equipe multiprofissional e, ao mesmo tempo, fortalecer o vínculo do usuário com a equipe. (Franco et all, 2003:3)

O projeto introduziu as “salas de acolhimento”, espaços privilegiados de preservação da escuta individualiza e qualificada dos usuários, para buscar compreender as suas necessidades, o que no modelo tradicional não é assegurado. A idéia é que todas as pessoas que procurem um serviço de saúde devem ser atendidas, quebrando uma prática de atender apenas um número pré-estipulado de consultas.

Nas salas de acolhimento os usuários não precisariam ser atendidos necessariamente por um médico. Profissionais de enfermagem foram reposicionados dentro do processo de trabalho para a “escuta solidária” e para identificar, dentro da equipe de saúde, quais os recursos necessários para atender a necessidade apresentada pelo usuário. A comunidade, por sua vez, é envolvida em um processo pedagógico de relacionamento com profissionais “cuidadores em saúde”, para que, ao longo do tempo, deixe de concentrar apenas no médico a sua expectativa de atendimento.

Segundo seu gerente “o Acolher Chapecó é muito simples nos seus fundamentos teóricos. Complicado mesmo é entender que o processo de reorientação na produção dos cuidados em saúde inevitavelmente gera um certo mal-estar, porque traz à superfície algumas atitudes que sustentam o *status quo*. Porque de alguma maneira, todos os profissionais precisam necessariamente se expor. Essa exposição influi mostrar nossos pontos fortes, nossas vulnerabilidades e nossas limitações.” (Silveira, 2003:2) . As mudanças propostas pelo Acolher Chapecó representaram um desafio para todos os profissionais de saúde, demandando que abdicassem de uma posição de relativa passividade e isolamento no processo de trabalho e passassem a uma atitude de intensa interação entre os membros da equipe e com a comunidade.

Apesar do esforço de sensibilização dos profissionais e da experimentação do modelo, o órgão de representação dos médicos conseguiu impedir, na Justiça, o atendimento por profissionais não-médicos, fragilizando o projeto em um ponto essencial de sua organização e obscurecendo a relevante discussão da humanização do atendimento. É muito relevante a avaliação dessa experiência de Chapecó, pois demonstra um elenco de dificuldades a superar para promover uma mudança de atitudes que permitam uma nova relação dos profissionais com os usuários e revela, ainda, a persistência do poder de uma corporação em obstaculizar uma mudança mais ampla no processo de trabalho do atendimento da saúde.

Porto Alegre (RS)

Capital do estado do Rio Grande de Sul, na região sul do Brasil, Porto Alegre tem cerca de 1 milhão e quatrocentos mil habitantes. A Prefeitura da Cidade definiu, em 2004, entre as prioridades de governo, o Projeto de Qualificação do Acolhimento na Atenção à Saúde, que já vinha sendo desenvolvido na rede de atenção à saúde da cidade distribuída em 16 distritos sanitários, com o objetivo de ampliar a inclusão social da população na atenção à saúde e responsabilizando os profissionais e a organização com a saúde dos cidadãos.

O conceito de acolhimento utilizado por Porto Alegre é um pouco diferente dos até agora enunciados, dando maior ênfase ao papel de um dos sujeitos em relação : “Acolhimento é um processo no qual os trabalhadores de saúde e a organização tomam para si a responsabilidade de intervir em uma realidade, presente no seu território de atuação. Com a identificação das principais necessidades sociais de saúde, busca-se a promoção da saúde através de uma relação humanizada e acolhedora tanto a nível individual, quanto coletivo. Através de ações de governabilidade da equipe de saúde, da organização do setor saúde e de ações intersetoriais e interinstitucionais, objetiva-se a autonomia do usuário.” (Grupo de Coordenação de Acolhimento, Porto Alegre, 2004:17). O movimento é de responsabilidade da chamada Equipe Acolhedora:” aquela que em seu cotidiano de trabalho, os trabalhadores se valem da escuta, do diálogo, do seu saber (respeitando os saberes dos usuários), das relações com a comunidade, da dimensão terapêutica e da dimensão relacional.” (idem ibidem). A Equipe Acolhedora deve realizar a escuta de 100% dos usuários para a avaliação de suas necessidades e processamento do atendimento (sistema de escuta) e ter agenda aberta, isto é não ter dias e horários fixo para o agendamento.

Um profissional médico da rede traduziu o conceito: “Acolhimento é uma forma de dar atenção à demanda que o usuário traz, seja ela qual for. Acolhimento é de toda a equipe, é um processo, é a forma como se faz, ser disponível, estar comprometido, ser capaz de estabelecer vínculo. Dar resposta, mesmo que seja não. Se necessário, encaminhar.” (Porto Alegre, 2004:27)

Até novembro de 2004, 75% de uma rede de 104 unidades aderiu e implantou as Equipes Acolhedoras.

Na região central da Cidade houve o compromisso de garantir o acesso e a qualificação no atendimento às áreas de vulnerabilidade, considerando a particular situação de exclusão e errância da população em situação de rua. A equipe de saúde também se organizou para ser itinerante e integrada a uma rede intersetorial. Foi enfatizado atendimento à saúde mental, concentrando uma oferta de serviços e profissionais de saúde mental. (Porto Alegre:23)

Na região norte o relatório dá conta de que a intensificação do contato do profissional com o sofrimento do outro gera angústias pela limitação de recursos, mas também a clareza de que antes de reclamar por mais recursos é preciso reorganizar o que se tem e compartilhar conhecimentos. (Porto Alegre, 2004:29)

Na região Partenon Lomba do Pinheiro, no início do processo foi observado pouco comprometimento de alguns profissionais, dificuldades gerenciais, espaço físico inadequado para uma escuta qualificada e privativa, recursos insuficientes para atender um maior número de usuários que passaram a acessar os serviços. Em 2004 eram contabilizados avanços como maior resolutividade das equipes a partir da escuta de cada usuário, acesso facilitado, aumento das ações preventivas, intervenções multidisciplinares, horário contínuo de atendimento. (Porto Alegre, 31)

O relatório da região Restinga/Extremo Sul, lembra que o Acolhimento é um processo complexo, não-linear, que envolve muitos sujeitos e disciplinas e “exige rupturas e mudança de atitude”. (Porto Alegre, 2004:38) E enfatiza a necessidade de “desconstruir uma conduta histórica dos serviços de saúde que é a do atendimento mínimo, e reconstruir um processo consciente, de sujeitos, do processo de trabalho.” (Porto Alegre, 2004:39) Assim como no caso de Chapecó, é fortemente salientado o desafio de desconstruir uma cultura autoritária incorporada para lidar com situações que, cotidianamente, colocavam em xeque o estabelecido.

Na “Reflexão sobre o acolhimento em saúde no serviço de urgência e emergência “ (Porto Alegre, 2004:39-43), que diz respeito ao Hospital de Pronto Socorro da Cidade, com

60 anos de existência, diz-se que “uma escuta funcional como a que fazemos é na realidade uma escuta à vida, ligada não só às vivências concretas (o dia-a-dia), como à vivência da morte, mas também à captação das forças de vida, que pedem passagem no nosso existir.” (op.cit, p.41). Dificuldades no acolhimento são atribuídas à longa e lenta desarticulação das relações de trabalho dentro do hospital e, por isso, foi deflagrado um processo de capacitação em acolhimento para 200 servidores, além da ampliação dos horários de visita e criação de novos fluxos, protocolos e rotinas.

Uma vertente ressaltada no processo desenvolvido em Porto Alegre é o projeto de educação continuada para os profissionais de saúde, na perspectiva de “cuidar do cuidador”, habilitá-lo ao exercício de sua cidadania. Nesse sentido foram realizados entre novembro de 2003 e dezembro de 2004, um seminário, 26 cursos de pequena duração e oficinas de sensibilização, alcançando certa de mil servidores da rede. Essa programação foi orientada pelo entendimento de acolhimento como uma arte, a arte de interagir e construir algo em comum nas relações com o outro e com o mundo natural (Rosa in Porto Alegre, 2004:62). Também foi realizado, em parceria com a Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação da PUC/RS¹³, um projeto que trabalhou com tecnologias não materiais, utilizando o teatro espontâneo como principal método de expressão de questões relativas ao trabalho cotidiano e subsequente reflexão.

Considerações finais

Todos os casos relatados têm como componente essencial a escuta, quer instituída como parte de uma nova estratégia de organização da atenção básica de saúde, por meio do programa de saúde da família, como é o caso de Sobral e, em parte, também de São Paulo, quer com a reorganização dos processos de trabalho na rede existente, como em Chapecó e Porto Alegre.

Escutar é o princípio, a disposição de escutar é requisito para começar uma relação acolhedora, de paz e não de conflito. O Manifesto da Cultura de Paz e Não Violência tem como um de seus princípios: “escutar para nos compreendermos melhor” (UNESCO, 2000). Entretanto, escutar ainda parece ser uma dificuldade importante e motivo de queixa: dos trabalhadores “sobre a crescente angústia com relação à necessidade de escutar os usuários do serviços de modo integral.” (Porto Alegre, 2004:65), pois o que é escutado não se restringe a sintomas ou informações sobre agravos a respeito dos quais o trabalhador de saúde teria alguma interferência direta, e exige mais do que os conhecimentos específicos sobre determinadas doenças ou riscos, exige ação que envolve outros profissionais e até outras área ou, no mínimo, reflexão sobre a situação do interlocutor na sua integralidade.

Depois, trata-se de modificar o processo de trabalho em função da escuta. Aí residem maiores diferenças. Em Sobral e em São Paulo a mudança do processo de trabalho foi decorrente da opção por um novo modelo para a atenção básica, que já contempla a valorização da relação entre usuário e profissional/equipe e uma relação interdisciplinar dos profissionais da equipe. Em Chapecó a decisão de instituir Equipes Acolhedoras, para fazer o atendimento inicial com profissionais de enfermagem provocou a ira da corporação médica que se mobilizou para derrubar essa decisão utilizando como escudo o Ato Médico.

Sobre o processo de sensibilização e de educação continuada é importante ressaltar que o médico é sempre o profissional que tem menor disponibilidade em participar, em função de seus horários parciais e mais de um emprego, a exceção dos médicos de família, que têm carga horária de 8 horas diárias. Além disso, a questão do Ato Médico tem motivado

¹³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

constantes discussões e resistências à abordagem multiprofissional e interdisciplinar dos atendimentos.

Em Porto Alegre chama a atenção a visão que privilegia a transformação da relação com ênfase em um dos sujeitos: o trabalhador, profissional de saúde, o cuidador, que, por sua vez, reclama: "quem vai acolher os trabalhadores que ficam na ponta e que tem no seu dia-a-dia a noção da dificuldade de se cumprir as normas propostas do acolhimento?" (Porto Alegre, 2004:65) . A própria designação de cuidador pode conduzir a uma reiteração do poder e do saber do profissional, como se o outro interlocutor, o usuário, também não tivesse a responsabilidade do auto-cuidado e do cuidado social, com seus próprios poderes e saberes. Ao depositar toda a responsabilidade pela mudança na qualidade da relação sobre os ombros do "cuidador" é mantida a assimetria entre os sujeitos. Por outro lado, é certo que a mudança começará por uma nova disposição de escuta por parte do profissional, respeitando o outro como sujeito, o que é diferente de atribuir-lhe o papel de ter todas as respostas e garantir o provimento de todas as necessidades.

O profissional de saúde não precisa apresentar-se ao usuário com a máscara da indiferença e nem vestido de Deus (Inojosa e Arscherman, 2005:4) No entanto é preciso ter clareza de que ao longo de séculos consolidou-se uma cultura da assimetria, com a valorização extrema do saber científico e, particularmente, do saber médico. Consolidou-se, também, uma prática de auto-proteção dos profissionais de saúde, de não envolvimento com as pessoas, na sua integralidade e complexidade, e de atenção específica ao órgão doente ou ao sintoma, fazendo com que a relação fosse entre um profissional de saúde e uma doença. O que se quer recuperar ou instalar com as iniciativas chamadas de Acolhimento é uma relação solidária entre sujeitos, de um esforço consciente de trabalhar com as assimetrias, respeitando os saberes e poderes do outro.

A escuta do outro como sujeito, a transformação de condições em que se desenvolve a relação, a obrigação de servidor público – isto é, de colocar ao serviço do público seus conhecimentos e habilidades – abre caminho para criar um vínculo de confiança, que deverá ser mútuo. Também os profissionais de saúde poderão apreender com os usuários não apenas a respeito de riscos e agravos, mas sobre a promoção da saúde, encontrando, no diálogo, formas e estratégias de ação para melhores resultados individuais e coletivos. Esses resultados são da responsabilidade de ambas as partes.

Além disso, os sujeitos da produção da saúde não são apenas os sujeitos que se envolvem diretamente na relação usuário e profissional de saúde. Os gestores do sistema de saúde e a comunidade são, também, agentes e sujeitos da relação de produção da saúde na sociedade, co-responsáveis pelos resultados.

Recentemente foi publicado um depoimento de duas profissionais de saúde sobre o processo do Acolhimento, em São Paulo, onde elas dizem que "num primeiro momento, pensamos que o acolhimento e o atendimento humanizado restringia-se somente à maneira de recepcionar o paciente, mas as mudanças foram além (...) Hoje, depois de cinco anos, percebemos que o projeto era muito bom, mas a estrutura pensada não se encaixou na realidade, não só pelo baixo envolvimento dos profissionais, mas também pela falta de informação aos usuários. (...) Entendemos que se faz necessário um longo processo de adaptação, tanto dos profissionais como dos usuários." (Cezário, D e Souza, V.S., 2005:115) Em seguida as autoras elencam uma série de mudanças que ocorreram na sua unidade de saúde: processo de trabalho; mudança físico-estrutural do prédio, novo mobiliário; informatização de processos, qualificação de funcionários; atenção especial aos funcionários da recepção; etc. E finalmente, narram um fato que é bastante emblemático sobre o processo pedagógico do acolhimento: na entrada da unidade, antes cercada por gradil, foi feito um jardim, com bancos, e colocada uma grande cobertura do lado de fora da entrada

principal para proteger os usuários do sol e da chuva. Porém uma parte da comunidade que mora no entorno da unidade começou a questionar essas instalações, vendo ali o risco de que à noite pudesse albergar moradores de rua e usuários de drogas e reivindicando o retorno do gradil. Foi necessário que a administração municipal sustentasse as mudanças e convencesse os moradores de que os benefícios para os usuários superavam os riscos e que o cuidado da unidade, que é um serviço público, deveria ser uma co-responsabilidade.

O episódio relatado é muito precioso para compreender que a relação de produção da saúde não é apenas a relação bilateral que se dá entre o paciente e o médico numa situação de atendimento, mas que envolve muitos sujeitos e relações sociais complexas, sinalizando que uma vez deflagrado o processo é necessário que a sociedade vá se abrindo para questionamentos e mudanças mais abrangentes e para uma visão de compartilhamento da responsabilidade pelos resultados.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, C. L Cultura de Paz e introdução a mediação de conflitos para Agentes Comunitários de Saúde in Revista Divulgação em Saúde para Debate, n.33, Série Conasems, Rio de Janeiro, 2005: 37-42
- ANDRADE, L O M, BARRETO, I C H C, GOYA, N, MARTINS JR, T Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. SANARE, Revista de Políticas Públicas, ano V,n.1, 2004: 9-19)
- BRASIL, Ministério da Saúde. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, Cartilha da PNH – Humaniza SUS. <http://www.saude.gov.br>
- CEZÁRIO, D e SOUZA, V. S Humanização e Tecnologia: Agentes de mudança na nova cara do SUS? in Revista Divulgação em Saúde para Debate, n.33, Série Conasems, Rio de Janeiro, 2005: 115-118)
- FRANCO, T B, PANIZZI, M e FOSCHIERA, M O “Acolher Chapecó” e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde, Chapecó: Secretaria Municipal da Saúde, 2003, mimeo, 7 p.
- INOJOSA, R.M, ARCHERMANN, L Saúde: um encontro de paz – reflexões dedicadas a dirigentes e profissionais de saúde. Brasília: CONASEMS, 2005, 16 p.
- MARIOTTI, H. Mudança de Modelo Mental in Acolhimento, o pensar, o fazer, o viver São Paulo:Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo/ Associação Palas Athena, 2002 17-37
- PARREIRAS, P C e MARTINS JR. T A proposta política pedagógica da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. SANARE, Revista de Políticas Públicas, ano V,n.1, 2004: 21-32
- PORTO ALEGRE Acolhimento em Porto Alegre – um SUS de todos para todos, Porto Alegre:Prefeitura de Porto Alegre, 2004, 82 p.
- SÃO PAULO Projeto Acolhimento nº 1, São Paulo: Secretaria Municipal de São Paulo – Coordenação de Recursos Humanos, março de 2002
- SÃO PAULO Acolhimento, o pensar, o fazer, o viver São Paulo:Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo/ Associação Palas Athena, 2002, 144 p.
- SILVEIRA, P. Acolher Chapecó – uma proposta humanizante para a reorientação da produção do cuidado em saúde, Chapecó:Secretaria Municipal da Saúde, junho de 2003, mimeo, 7 p.
- SILVEIRA, P. Humanização em Saúde. Chapecó: Secretaria Municipal de Saúde, 2003, 35 slides

SOUZA, M F de e MENDES, Á (orgs) Tempos Radicais da Saúde em São Paulo – a construção do Sus na maior cidade brasileira, São Paulo: Editora Hucitec, 2003, 446 p.
UNESCO, Manifesto da Cultura de Paz e Não Violência, 2000 <http://www.unesco.org>
VESCIO, M, SPONTON, M H; SÁ, S C de O acolhimento da criança nos serviços de saúde da Cidade de São Paulo in Acolhimento, o pensar, o fazer, o viver São Paulo:Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo/ Associação Palas Athena, 2002: 66-71.