

# 17

## Acolhimento: uma tecnologia para a assistência

LISLAINE APARECIDA FRACOLLI  
 ELMA LOURDES PAVONE ZOBOLI

### PONTOS A APRENDER

1. Reconhecer o acolhimento como proposta de intervenção em atenção primária à saúde.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Vínculo. Intervenção em saúde. Ética e cuidado.

### ESTRUTURA DOS TÓPICOS

Introdução. Proposta do acolhimento: de onde veio e para onde vai? Implantação e sucesso do acolhimento. Potencialidades do acolhimento para a gerência das unidades de saúde. Cuidado: ética para acolhimento.

### INTRODUÇÃO

O acolhimento visa à responsabilização pelos usuários dos serviços de saúde por meio do estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população, mediante a reorganização do processo de trabalho em saúde, tendo em vista possibilitar a intervenção de toda a equipe, que se empenha na escuta e resolução do problema do usuário.<sup>1,2</sup>

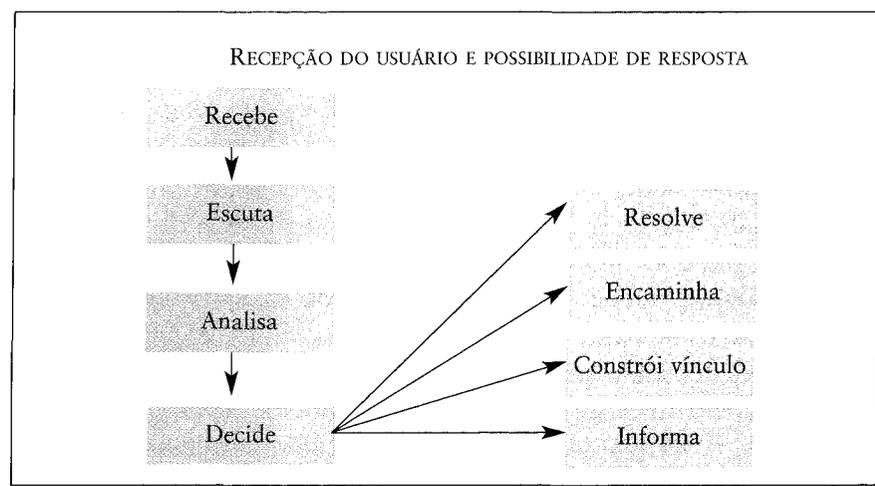
Considerado um processo de relações humanas, o acolhimento deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento, não se limitando ao ato de receber. Ao contrário, incorpora uma seqüência de atos e atitudes que constituem o processo de trabalho.<sup>3</sup>

É mais do que um fenômeno lingüístico do discurso verbal, devendo traduzir-se na intencionalidade de ações, para captar as necessidades de saúde manifestadas pelo usuário e a elas responder.<sup>3</sup> Dessa maneira, propõe uma inversão na lógica da organização e no funcionamento do serviço de saúde, guiada pelas seguintes diretrizes:<sup>1</sup>

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo o acesso universal, ou seja, o serviço de saúde assume sua função precípua de acolher, escutar e dar uma resposta positiva para resolver os problemas de saúde da população.
- Reorganizar o processo de trabalho, a fim de deslocar seu eixo central do médico para a equipe multiprofissional (equipe de acolhimento), que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. A consulta médica é requisitada apenas para os casos em que se justifica. Assim, todos os profissionais de saúde de nível superior e ainda, os auxiliares e técnicos de enfermagem participam da assistência direta ao usuário, potencializando a capacidade de resposta e intervenção dos serviços de saúde.
- Qualificar a relação trabalhador-usuário a fim de pautá-la em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Essa é a argamassa capaz de unir solidamente os trabalhadores e usuários em torno do interesse comum de constituir um serviço de saúde de qualidade, com atenção integral, que atenda a todos e esteja sob o controle da comunidade.

Segundo Malta<sup>1</sup>, o acolhimento pode ser representado pelo

diagrama:



O fluxo mostra o acolhimento como um processo que tem uma entrada, percorre opções e termina em uma saída. Entretanto, é insuficiente que ele se limite a apenas uma etapa do processo de trabalho

em saúde, ou seja, não pode se esgotar na recepção dos usuários na porta de entrada dos serviços. Caso isso aconteça, corre-se o risco de reduzi-lo a um pronto-atendimento humanizado.

É necessário mudar a postura da equipe, para que esta se sinta co-responsável pela saúde dos usuários, vinculando cidadania e solidariedade. Ao propor a mudança de postura da equipe de saúde não se almeja fazer do acolhimento um ato de bondade, caridade ou uma benesse, ao contrário, deve ser tomado como atitude, opção e eixo estruturante ou base das ações desempenhadas pela equipe de saúde.

O acolhimento é um momento de “construção de transferência”, tendo em vista o estabelecimento de uma relação vincular e de promoção da cidadania e autonomização do usuário.<sup>1,3</sup>

Vale destacar, também, que o acolhimento não é panacéia para os problemas dos usuários e, tampouco, é possível responder a todos eles, mas implica na atenção dispensada na relação, que envolve a escuta, a valorização das queixas e o reconhecimento das necessidades individuais ou coletivas, que devem ser transformadas em objeto das ações de saúde.<sup>2</sup>

### **PROPOSTA DO ACOLHIMENTO: DE ONDE VEIO E PARA ONDE VAI?**

Ao iniciar a administração em 1993, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte elegeu dentre suas prioridades a criança, desenvolvendo, em todas as secretarias municipais, projetos e ações para atender a esta opção. Na Secretaria Municipal de Saúde foi estabelecido o projeto Vida, para a vigilância da mortalidade infantil.<sup>1,2</sup>

Diante das desigualdades sociais e da evidência de que os riscos de mortalidade infantil se diferenciavam nas diversas regiões da cidade, foram priorizados os recém-nascidos das áreas de risco, especialmente os de baixo peso, filhos de mães adolescentes ou analfabetas. Estes deveriam ser acompanhados e monitorados pelas unidades de saúde, com prioridade no atendimento.<sup>1,2</sup>

Em 1994-1995, seminários de avaliação do projeto apontaram dificuldade de acesso destas crianças à unidade de saúde e para o envolvimento dos profissionais com a proposta.

Então, decidiu-se pelo estabelecimento de um grupo de condução do Projeto Vida, a fim de identificar as causas da não-universa-

lização do acesso e estabelecer consenso em relação aos objetivos e alcance do projeto.

Dentre as causas para o “não-acesso”, o grupo encontrou a perpetuação de práticas desumanizadoras e não acolhedoras nas unidades de saúde, como: longas filas de espera; cartazes na porta, com o número de vagas em cada especialidade; distribuição de senhas por ordem de chegada; ausência de escuta das necessidades dos usuários para avaliação da gravidade ou risco; agendas restritivas dos médicos, administradas de maneira privada e tomadas por retornos e agendamentos prévios; vigias que buscavam “proteger a unidade de saúde dos usuários”; exclusiva valoração da perspectiva biológica do problema de saúde; avaliação das demandas unicamente pelo médico, redundando na desqualificação do trabalho da equipe e no empobrecimento do ato médico em si, simplificado e desarticulado do trabalho dos demais profissionais, além da ausência de vínculo e responsabilidade.<sup>1,2</sup>

Assim, a fim de reorganizar a assistência, mudar o cotidiano das unidades, rever práticas consolidadas e repensar o trabalho em saúde, toma forma o acolhimento que através de uma inversão no processo de trabalho das unidades e das equipes de saúde visa: garantir o acesso dos usuários; trabalhar com outros critérios, além da ordem de chegada; identificar situações de risco e avaliar a gravidade; permitir que todos expressem seu sofrimento; propiciar uma abordagem integral da equipe para contemplar aspectos biológicos, epidemiológicos, psíquicos, culturais e sociais dos problemas dos usuários e construir uma intervenção multiprofissional na assistência.<sup>1,2</sup>

Com base nesta análise, o consenso construído para o Projeto Vida, reproduzido (em parte) a seguir, mostra o que se entendia e pretendia com o acolhimento, quando de sua gênese e concepção:

O Projeto Vida busca estabelecer vínculo entre a equipe de saúde e a população, favorecendo o acesso aos serviços de saúde, através de um acolhimento de qualidade em todos os níveis de assistência, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida. Para isto, torna-se necessário estabelecer uma nova forma de trabalhar, de modo que a equipe, utilizando todo o seu potencial, se responsabilize pela saúde e seja referência para a população de sua área de abrangência.<sup>1,2</sup>

Nessa perspectiva, a “tecnologia de acolhimento” foi disseminada pelo Brasil inteiro, e tornou-se pauta importante da agenda dos serviços de saúde, interessados em qualificar o processo de trabalho. Por ser uma “tecnologia” inovadora no atendimento à saúde, suscitou o interesse de pesquisadores e profissionais que se dispuseram a descrever e analisar sua operacionalização.<sup>1,2,4,5</sup>

Os estudos revelaram que no acolhimento os profissionais de saúde procuravam: propor ao paciente uma resposta para o que ele estava sentindo (necessidade/carência); realizar encaminhamento dos usuários para outros serviços (pronto-socorro, consulta médica, e outros); realizar anamnese (dirigida para a queixa); realizar triagem (para encaminhamento imediato ou mediato, segundo vagas preestabelecidas e gravidade da queixa); realizar exame físico; supervisionar a porta de entrada da UBS; distribuir senhas para atendimento; realizar consulta médica ou de enfermagem; trocar prescrições de medicamentos; realizar orientações sobre saúde; fazer curativos; administrar medicamentos; realizar escuta humanizada do usuário; dar apoio às pessoas.<sup>5</sup>

A análise dos processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais de saúde durante o acolhimento revelou que: a terminalidade do acolhimento era a consulta médica (fosse imediata ou em algumas semanas); a escuta do usuário se caracterizava pela busca de informações eminentemente clínicas e, quando eram identificadas informações da dimensão social, cultural ou psicológica, estas não eram consideradas; a entrada para o serviço de saúde continuava condicionada a uma queixa clínica, por isso, esta era voluntariamente exagerada; as ações desenvolvidas durante o acolhimento condicionavam a volta das pessoas ao atendimento, pois o encaminhamento para grupos, oficinas de trabalho, entre outros, inexistia; as avaliações realizadas pelos profissionais eram eminentemente clínicas, não havia avaliação (ou diagnóstico) segundo categorias sociais, grupais ou mesmo familiares; o atendimento ficava restrito aos limites da prática do trabalhador que, por si só, implementava o acolhimento, já que não existiam protocolos que o auxiliassem nas intervenções.

Concluiu-se que o acolhimento, como tecnologia, continuava centrado na consulta médica, operando mediante o conhecimento clínico/biológico, fisiopatológico, sem se configurar em processo de rela-

ções, em um momento de “construção de transferência”, de estabelecimento de relação vincular ou de autonomização do usuário.<sup>4</sup>

As ações descritas permitiram identificar que o acolhimento está sendo operacionalizado como uma atividade organizadora da porta de entrada. Dentro desta lógica, há risco de que se transforme simplesmente em mais uma atividade, uma tecnologia com instrumentos, lugares, agentes e saberes próprios, enfim, mais um serviço oferecido pelo serviço de saúde.<sup>4</sup>

A partir dessas análises, pode-se vislumbrar que o acolhimento tem os seguintes desafios a superar:

- ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações ou transformar as unidades de saúde em excelentes produtoras de procedimentos;
- superar a prática arraigada na compreensão das respostas aos sofrimentos, exclusivamente na dimensão biológica, recolocando o direito das falas, ampliando a sensibilidade para a escuta e o leque das interpretações numa perspectiva de interação, cada vez mais humana;
- superar a parcialização, a fragmentação dos saberes e práticas, construindo uma efetiva integração do trabalho em equipe, em que cada profissional se percebe como co-autor das respostas dadas aos indivíduos e não mais um somatório de atividades desarticuladas das diversas categorias, sobre um objeto também parcial;
- transformar o processo de trabalho para aumentar a capacidade de discriminar problemas, de identificar riscos/agravs e adequar respostas à complexidade do problema trazido, potencializando as competências comuns e específicas sem extrapolar aquelas inerentes ao exercício profissional de cada categoria;
- conseguir explicitar e debater a proposta de acolhimento com a população, profissionais de saúde e políticos, ter capacidade de enxergar erros e processar continuamente os problemas, construindo cotidianamente esse “fazer”.<sup>1</sup>

Com o avanço das análises, foi possível identificar que os trabalhadores que realizavam o acolhimento não haviam compreendido as bases que legitimavam sua proposta tecnológica e, portanto, não mudavam o referencial epistemológico do processo de trabalho.

Os profissionais de saúde esperavam que os usuários se enquadrassem às normas institucionais, compreendessem a limitação do número de vagas e os horários preestabelecidos. Isso porque para eles, (funcionários) era mais simples normalizar a entrada dos usuários no serviço do que propiciar discussões, entre as equipes, sobre as necessidades dos usuários, os problemas de saúde da área e as possibilidades de intervenção nos diferentes grupos sociais.<sup>6</sup>

## IMPLANTAÇÃO E SUCESSO DO ACOLHIMENTO

Quanto ao processo de trabalho em saúde é importante considerar três aspectos principais, intercomplementares e interatuantes, que são:

- Processo de trabalho em geral e, portanto, compartilha características comuns com processos que se dão na indústria e outros setores da economia.
- *Serviço* (dado que toda assistência à saúde é um serviço) deve-se então pensar o que é um *serviço*.
- *Serviço* que se fundamenta em uma relação interpessoal muito intensa. Há muitas outras formas de serviços que dependem de relações interpessoais, mas no caso da saúde estas são decisivas para a eficácia do ato.<sup>7,8</sup>

A assistência à saúde, embora compartilhe de características semelhantes, não é um processo de trabalho igual ao da indústria, e por isso tem uma especificidade, na medida em que é um serviço.

A palavra serviço tem, por trás de si, uma conotação quase pejorativa: serviço vem de servo.

Contudo, a economia clássica nunca se preocupou com a análise teórica do que seja serviço, porque dentro da dinâmica da acumulação capitalista no século XIX, este não era um setor decisivo. Hoje, entretanto, sua importância caracteriza a modernidade do capitalismo.<sup>8</sup>

O setor saúde é um dos mais peculiares a essa sociedade baseada na proeminência do trabalho em serviços. Uma característica própria do setor serviço/saúde é que ele não se realiza sobre objetos, como acontece numa fábrica de automóveis. Ao contrário, ocorre sobre pessoas e, mais ainda, com base em uma inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, ou seja, é parte deste.

No setor serviço/saúde o consumidor fornece os valores de uso<sup>2</sup> necessários ao processo de trabalho, não apenas a informação sobre sua queixa ou doença, e ainda exige-se dele (consumidor) uma participação ativa na aplicação das normas e prescrições (médicas ou de outro profissional de saúde). No processo de trabalho em saúde, o consumidor (usuário) é um fornecedor de valores de usos substantivos, de modo que se torna co-partícipe e co-responsável pelo êxito ou não da terapêutica.<sup>8</sup>

A idéia de processo de trabalho em saúde é extremamente abstrata porque existem inúmeras formas tecnicamente particularizadas de realizar atos de saúde. Por exemplo, ações de saneamento e ações de assistência médica que, apesar de diferentes, são ações de saúde. Por isso, neste capítulo, a discussão sobre o processo de trabalho em saúde se restringe a análise das ações desenvolvidas nos (e pelos) serviços de saúde.<sup>9,10</sup>

Todo serviço de saúde está vinculado a processos produtivos de atos cuidadores. Para entender um estabelecimento de saúde é preciso debruçar-se sobre seus processos de trabalho e ações, os quais revelam o jogo de intenções nele contidos, para com isso descobrir as redes protagonistas e modelagens tecnológicas que os realizam. Assim, um serviço de saúde se constitui em um lugar de relações e jogos de poder entre sujeitos concretos.<sup>10</sup>

O trabalho em saúde produz, em uma primeira instância, atos de saúde (os quais se caracterizam como sendo procedimentos, consultas médicas ou de enfermagem, acolhimento, ações de responsabilização) sempre em atos e em relações intercessoras, entre trabalhadores e usuários.<sup>10</sup>

Os atos de saúde articulados entre si produzem o ato cuidador, isto é, produzem o cuidado. Este, por sua vez, atua sobre os problemas de saúde (individuais ou coletivos), o que produz impacto sobre os usuários finais, por meio do atendimento das necessidades de saúde, representadas para ele como utilidades.<sup>10</sup>

A grande discussão das finalidades do trabalho em saúde se constitui na forma como o usuário pode ser tratado nesse jogo de necessidades/direitos, pois, conforme o modelo assistencial em realização, ele pode ser entendido como mero consumidor de atos de saúde configurados como bens de mercado, ou como um sujeito singular que precisa de atos cuidadores, que o auxiliem a resgatar seu modo de viver.<sup>9,10</sup>

Assim, pode-se dizer que no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (médico, enfermeiro, outros profissionais), com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral) e o agente consumidor (usuário, paciente). Esse encontro torna o usuário objeto da ação do produtor por um lado, e, por outro, protagonista nesse encontro, pois seus conhecimentos e representações são também expressos, como um modo de sentir e elaborar suas necessidades, na qualidade de utilidade para o trabalho em saúde.<sup>9</sup>

Outra assertiva referente ao processo de trabalho em saúde refere-se ao fato de que no interior deste há uma busca de realização de um produto/finalidade, expresso de distintos modos por estes agentes (produtor/consumidor; médico/paciente) e que, em alguns casos, podem até mesmo coincidir.<sup>9</sup>

As concepções sobre o processo de trabalho em saúde, contudo, não são hegemônicas, ao contrário, as ciências da saúde foram sendo, através dos tempos, fortemente influenciadas pela visão tecnocientífica, o que levou a algumas distorções, como o fato de os profissionais de saúde serem preparados nas academias quase que de modo exclusivo para uma visão quantitativa, objetiva e concreta da saúde e do ser humano.<sup>11</sup>

As ações de saúde tradicionalmente privilegiaram aspectos técnicos, econômicos e administrativos que, embora indispensáveis, são insuficientes para lidar com a complexidade da condição humana; o excesso de objetividade e pragmatismo tende a reduzir o humano a suas necessidades e medidas, isto é, ao homem-máquina. A principal consequência disso é um cotidiano que gera mal-estar, insatisfação, embrutecimento (dos profissionais e dos usuários) e pouca resolubilidade.<sup>11</sup>

Para operar o acolhimento e transformar o processo de trabalho em saúde, precisamos superar essas distorções e operar com concepções que, além de habilidades técnicas e científicas, incorporem a compreensão e a percepção das relações, das interações.

## POTENCIALIDADES DO ACOLHIMENTO PARA A GERÊNCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE

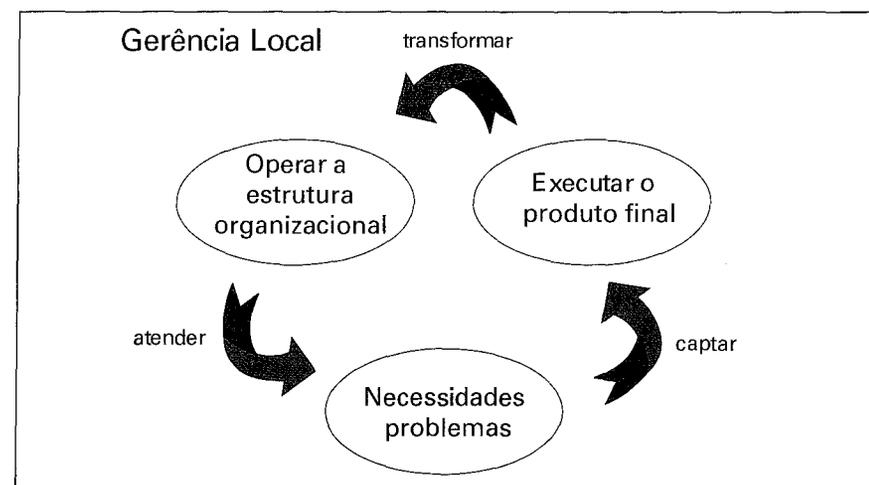
O trabalho gerencial tem sido colocado como uma área estratégica para a viabilização da substituição dos modelos de saúde, pois

a posição intermediária que este trabalho ocupa, dentre as estruturas centrais (com poder de definição de diretrizes políticas) e a prestação direta de serviços (em que está em contato com o processo de produção e com seus usuários), caracteriza-o como um pólo privilegiado para a tradução de políticas e concepções teóricas em formas tecnológicas concretas de organização de ações de saúde.<sup>6,12</sup>

Os grandes temas contemporâneos dos debates sobre as práticas da gestão, no terreno dos serviços de saúde, se referem à necessidade de desenvolver estratégias de ação gerencial para:

- criar impacto nos exercícios privados dos profissionais, tornando-os mais controlados, produzindo com isso serviços mais centrados ou descentrados da óptica corporativista;
- atuar sobre as disputas que ocorrem cotidianamente, procurando impor controle sobre elas e fazer com que certos interesses particulares sejam vistos como universais.
- equilibrar o jogo entre o instituído e o instituinte.<sup>6,9</sup>

O esquema a seguir ajuda a entender a conformação do trabalho de gerência na unidade de saúde. É preciso atuar na interseção da operação da estrutura organizacional com resultados do processo de trabalho em saúde, buscando a dinâmica constituída pelo atendimento das necessidades/problemas de saúde da população, pela captação de novos problemas/necessidades de saúde e pela transformação dos processos de trabalho, para que seus resultados produzam impacto nos problemas/necessidades que venham a surgir ou que sejam identificados.



Assim, o acolhimento tem potencialidade para colaborar com a gerência, informando-a das necessidades/problemas de saúde apresentados pelos indivíduos, além da responsabilização/vínculo dos profissionais com a resolução destes.

Em contrapartida, na prática, o acolhimento, como espaço de escuta do usuário, tem-se desenvolvido com caráter predominantemente clínico (centrado nas queixas) e a intervenção/resultado que essa tecnologia tem gerado se caracteriza por ser pontual, pouco resolutive e não constituidora de vínculo, contribuindo pouco para a autonomização do usuário e para a construção de práticas de saúde que extrapolem a abordagem clínico-individual.<sup>4</sup>

Contudo, o acolhimento como tecnologia tem potencialidade para o estabelecimento de escutas ampliadas, que fazem aflorar problemas e necessidades que não encontram resolução apenas no âmbito do serviço de saúde, exigindo, para ser efetiva, uma prática de gerência que construa uma articulação intersetorial, na busca de soluções para os problemas.

Isso significa que o trabalho de gerência das unidades de saúde deve estar voltado para a construção de um diálogo com os hospitais e centros de especialidades, construindo interações efetivas e pactuadas de referência e contra-referência. Deve buscar envolvimento com as associações comunitárias, sindicatos, escolas, dentre outros, pois estes são atores sociais que o ajudarão a fortalecer as demandas da área de saúde. O acolhimento colabora com a gerência quando gera a responsabilização dos profissionais de saúde pelos problemas dos indivíduos e do coletivo viabilizando a proposta, além de uma articulação intersetorial.<sup>4</sup>

Outra possibilidade do acolhimento para auxiliar o trabalho de gerência das unidades de saúde é a potencialidade deste inserir-se como uma prática, que supera o modelo biológico-hegemônico em direção a uma centralidade no usuário, que é sujeito e fim do processo assistencial.

Os serviços de saúde precisam incorporar a idéia de que sua responsabilidade não se limita nunca às suas quatro paredes. Causar impacto nos problemas/necessidades de saúde significa trazer respostas reais que alterem o quadro de saúde daquela área de abrangência.

O acolhimento, ao se constituir em uma das traduções da relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço como um todo têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários

que a eles aportam, ajuda a gerência a refletir sobre como essas relações vem sendo estabelecidas, especialmente nos momentos de maior tensão. Por exemplo, na entrada dos serviços de saúde, quando há distribuição de senhas, impondo limites (administrativos) ao acesso, pode haver um distanciamento entre o trabalhador e o usuário e, com isso, o atendimento humanizado, direito de todos, parte integrante da criação de vínculo e do processo terapêutico, com vistas a autonomização do usuário, deixa de ser produzido.<sup>1</sup>

Não se pretende invalidar as medidas administrativas que visam à organização dos serviços de saúde, mas sim, alertar para o perigo delas se converterem em pautas rígidas, a ordenar condutas e impedir o acesso ao sistema de saúde.

Para humanizar a relação trabalhador-usuário, não basta restringir-se à escuta e ao respeito, é preciso ultrapassar essa visão afetiva do relacionamento a partir da construção de um processo de gestão do trabalho pautado na autogestão e na responsabilização do trabalhador de saúde por seu objeto final: a vida e o sofrimento de indivíduos e da coletividade.

Para organizar um serviço de saúde é preciso montar uma estratégia que altere as condições desta no território, modificando o modo de produção dos riscos e dos sofrimentos. Para isso, é necessário identificar as unidades produtivas e como se dará o novo processo de trabalho, ou seja, como será a divisão técnica do trabalho em função do projeto a ser construído, definindo as responsabilidades e os produtos a serem produzidos.<sup>9</sup>

Os saberes e instrumentos que os profissionais de saúde possuem estão prontos, não sujeitos a processos de redefinição ou reconstrução partilhada. As relações (usuário-profissional) criadoras de saberes partilhados estão sempre em construção, e são capazes de operar na autonomização e co-responsabilização dos usuários no seu processo saúde-doença.<sup>9</sup>

Desse modo, o grande desafio do gerente da UBS é operar com modelos gerenciais de intervenção no cotidiano, que consigam fabricar modelos de atenção usuário-centrado apostando em ferramentas que aumentem a capacidade de:

- governar serviços/instituições atravessados pela multiplicidade dos atores em cena, com arranjos que se abram para as suas expressões e decisões;

- publicizar o exercício privado do agir, sem matá-lo, com processos organizacionais centrados nas competências (específicas, profissionais e cuidadoras) dos múltiplos trabalhadores de saúde e no reconhecimento da conformação multireferenciada do campo da saúde, tendo como eixo o ordenamento a partir dos interesses dos usuários, único que pode colocar seu foco privado para publicizar os outros na constituição de um modelo descentrado da lógica dos meios;
- produzir ganhos de autonomia dos usuários a partir de tutelas cuidadoras, com configurações tecnológicas que sejam comandadas pela centralidade das tecnologias leves (tecnologias das relações);
- não abandonar as lógicas administrativas que permitem a construção de um agir em saúde mais eficiente, porém não substituindo a racionalidade principal desse agir (que é cuidadora) por uma outra, econômico-centrada, procurando organizar serviços focados nos núcleos cuidadores que otimizam o uso de procedimentos, dentro de uma lógica usuário-centrada;
- operar a gestão cotidiana de modo partilhado por problemas, como um dispositivo que explora o mapa cognitivo, o protagonismo do coletivo de trabalhadores e suas capacidades de negociar e pactuar contratos públicos;
- construir uma caixa de ferramentas para os gestores do cotidiano que contenha a inteligência já produzida para administrar processos estruturados, que se abra para a incorporação de qualquer saber e que possibilite atuar sobre processos de produção que emergem sempre em fluxos de grandes incertezas.<sup>6,9</sup>

## CUIDADO: ÉTICA PARA O ACOLHIMENTO

O acolhimento não se resume a um discurso, e sim, conforma uma guinada de atitude, tendo em vista a co-responsabilização pelos usuários dos serviços de saúde e a busca da autonomização e promoção de sua cidadania. Por isso, não pode ficar limitado ao campo da técnica, precisa abarcar a dimensão ética. Nesse sentido, defendemos o enfoque da ética do cuidado como contribuinte para o acolhimento.

A ética não se completa com o mero cumprimento de normas, isto constitui a moral. A ética requer adesão individual, o que a colo-

ca na lógica do modo de ser. Esta, embora semelhante à do hábito, carrega um diferencial, o ser, que torna imprescindível a adesão individual, porque não somos apenas objetos miméticos ou seres que assimilam automaticamente as normas sociais. Ao contrário, essas normas entram em contato com o mais profundo do nosso ser e, muitas vezes, o confrontam, entram em conflito com ele.<sup>13</sup>

Assim, ética é reflexão, é questionamento sobre os diversos modos de ser que estão cristalizados nos hábitos e nas diferentes morais, procurando estabelecer um equilíbrio entre o indivíduo e a comunidade que o cerca. Buscam-se respostas para as perguntas: Por que devemos fazer? E quais argumentos embasam e justificam o código moral que estamos aceitando como guia de conduta?

Na atualidade, dado o pluralismo moral de nossa sociedade, a ética também tem de se preocupar com os deveres morais básicos que regem a vida das pessoas, para que seja possível uma convivência justa e pacífica.<sup>13</sup>

Se acrescentarmos a isto a abordagem da bioética, que vem ampliando-se na área da saúde nas últimas quatro décadas, a ética deve ainda, ter a preocupação de defender a vida ameaçada. Isto porque quando Van Rensselaer Potter propôs o termo bioética, o fez na tentativa de aliar os campos dos conhecimentos biológicos e os das ciências humanas, construindo entre eles uma ponte para a sobrevivência da humanidade. Assim, a defesa da vida ameaçada é a finalidade da ética, enfocada na abordagem da bioética.<sup>13</sup>

E é neste escopo que está a ética do cuidado. Por cuidado compreende-se toda ação que contribui para promover e desenvolver o que faz viver as pessoas e os grupos. Em outras palavras, cuidado é tudo que contribui para promover e fomentar a vida e a saúde.

O cuidado, como proposta ética, não é somente um componente do sistema de assistência à saúde, porque é mais do que um ato, mais do que um simples momento de atenção, de zelo e de desvelo. É uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização radical e de aproximação afetiva e vincular com o outro. É uma atitude que possibilita a sensibilidade para com a experiência humana e o reconhecimento da realidade do outro como pessoa e como sujeito. E por atitude entende-se a fonte da qual jorram atos, que expressam esta opção de fundo, é um modo de ser.<sup>14</sup>

O cuidado não é somente um sentimento de dever, mas uma resposta responsável à determinada situação. A ética do cuidado é, assim, uma ética de responsabilidade, e como tal, requer que respondamos não somente por nossas intenções ou princípios, mas também pelas conseqüências de nossos atos.

Um profissional de saúde cuidadoso, ou seja, movido pela ética do cuidado, preocupa-se e responsabiliza-se por aqueles que assiste e quem é assistido sente que seus problemas são importantes para este profissional.

Mover-se pela ética do cuidado significa assumir um modo de ser essencial em que a pessoa sai de si mesma e centra-se no outro com desvelo e solicitude, compreendendo a complexa teia de inter-relações que sustenta a vida, potencializando positivamente essas relações por meio da comunicação inclusiva e da solução não violenta dos conflitos, a fim de defender e promover a vida de todos, especialmente dos mais vulneráveis.

Boff<sup>15</sup> distingue dois modos de ser no mundo: trabalho e cuidado. O modo de ser no mundo do trabalho é intervencionista, marcado por uma interação tecnicista. Configura o situar-se sobre as coisas e as pessoas para dominá-las e colocá-las a serviço dos interesses de terceiros. Busca compartimentar a realidade para melhor conhecê-la e, conseqüentemente, subjugar-la, utilizando-se do poder e, até mesmo, da agressão para alcançar seus objetivos utilitários.

No modo de ser no mundo do cuidado, a relação não é mais sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito, ou seja, não se almeja o domínio sobre, mas a convivência, mediante a interação, a conjunção e não a mera intervenção. Há uma proximidade, uma acolhida do outro, sentindo-o dentro, respeitando-o, provendo-lhe sossego e repouso. A experiência que ocorre é de valor intrínseco às pessoas e não de seu valor utilitário.<sup>14</sup>

Os dois modos de ser, como afirma o autor, não se opõem, ao contrário, complementam-se. O grande desafio, então, é combiná-los, já que ambos tomam parte da integralidade da experiência humana. Como fazê-lo? Em que medida lançar mão de cada um? A resposta não se encontra escrita em lugar nenhum, é preciso estabelecê-la valendo-se de uma profunda sensibilidade, comunhão e sintonia com a própria vida, reconhecendo-se envolto em uma atmosfera de cuidado e de responsabilidade solidária para com o outro.<sup>14</sup>

Acolher é encontrar significado para a própria existência humana, é a forma de suavizar os momentos de maior sofrimento, é trazer dignidade e significado para momentos tão dramáticos como o adoecer e morrer. Muitas vezes a saúde, a cura, a prevenção, dependentes de tantas variáveis, não estarão em nossas mãos, porém o acolhimento e o cuidado – estes sim –, mesmo que não possam curar a patologia, poderão antes de tudo curar a desumanidade, uma doença que está matando a todos.<sup>11</sup>

Na área da saúde, este desafio está expresso na busca de como integrar os procedimentos tecnológicos com o desvelo, a atenção, o respeito, o acolhimento e a preocupação para com os usuários dos serviços de saúde.

É quase um lugar-comum dizer que de pequenas ações podem surgir grandes mudanças. Porém, tem sido assim ao longo da história dos seres humanos, e quem sabe não será assim com o acolhimento?

## REFERÊNCIAS

1. Malta DC. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. *Saúde em debate*, 2000, v.24, p.21-34.
2. Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte. Tese de doutorado. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2001.
3. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 1999, v.15, n.2, p.345-53.
4. Fracolli LA, Zobolli ELP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev. da EE-USP*, 2004, v.38, n.2.
5. Leite JCA, Maia CCA, Sena RR. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. *Revista Bras. Enf.*, 1999, v.52, p.161-8.
6. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo, Hucitec, 1992, 200p.
7. Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo, Cortez/Unicamp, 1995, 150p.
8. Nogueira P. Capital e trabalho nos serviços de saúde. São Paulo, USP, 1994.
9. São Paulo. Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo, Prefeitura do Município de São Paulo/Secretaria Municipal de Saúde, 2002, 144p.

10. Merhy EE, Onocko R. (orgs.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997.
11. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR. (org.) et al. Sistema único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo, Xamã, 1998.
12. São Paulo. Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo, Prefeitura do Município de São Paulo/Secretaria Municipal de Saúde, 2002. 144p.
13. Nogueira RP. Perspectivas da qualidade em saúde. São Paulo, Quality Mark, 1994. 250p.
14. Zoboli ELP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família. Tese de doutorado. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2003.
15. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro, Vozes, 2000.