

ACESSO E ACOLHIMENTO: "RUIDOS" E ESCUTAS NOS ENCONTROS ENTRE TRABALHADORES E USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

Access and Participation: "sounds" and listening in meetings between workers and users of a health unit

Paula Thais Avila do Nascimento¹, Renata Pekelman²

RESUMO

Este artigo propõe analisar as percepções de usuários e trabalhadores acerca de acesso e acolhimento e do modo como essas aceções se inter-relacionam no cotidiano de uma unidade de saúde de cuidados primários do município de Porto Alegre/RS, a Unidade de Saúde Vila Floresta (USVF). Utilizou-se uma abordagem qualitativa cujos instrumentos foram entrevistas semiestruturadas com os usuários e grupos focais com os trabalhadores. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.¹ Tanto usuários quanto trabalhadores perceberam mudanças no processo de trabalho da equipe após a implantação do Acolhimento. Mudanças que, para os usuários, culminaram com uma melhora qualitativa do acesso à unidade, através de um atendimento humanizado e satisfatório. Já para os trabalhadores, apesar de reconhecerem algumas mudanças positivas no acesso, referiram sobrecarga de trabalho e desmotivação na manutenção do projeto. Concluiu inferindo que a produção de saúde é possível, a partir do compromisso com o que há de vida nos encontros entre usuários e trabalhadores, não apenas com vistas à garantia de cuidados aos usuários, em conformidade com nossa responsabilidade ética, mas com um olhar, uma escuta e um agir gentis com nós mesmos, trabalhadores de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Acolhimento; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

This article proposes an analysis of users' and workers' perceptions of access and user participation, and of the way these acceptations are interrelated in the daily routine of a primary care health unit in the city of Porto Alegre/RS, the Vila Floresta Health Unit. The investigation is based on a qualitative approach whose instruments were semi-structured interviews with the users, and focus groups with the workers. The technique utilized was content analysis as proposed by Bardin.¹ Both users and workers sensed changes in the team's working process after implementing user participation. Such changes, for a number of the users interviewed, culminated in a qualitative improvement in access to the unit, through more satisfactory and humane attention. Although, for the workers, despite acknowledging some positive changes in access, a number of them complained of work overload and demotivation in the project's maintenance. Therefore, I conclude by inferring that health production is possible, if there is agreement on what is reasonable in these user-worker meetings. This means not only seeking a guarantee of care for users, in accordance with our ethical responsibility, but also seeing, listening to, and acting towards ourselves, health workers, in a considerate manner.

KEYWORDS: Health Services Accessibility; User Embrace; Humanization of Assistance.

¹ Paula Thais Avila do Nascimento, Médica pela UFSC, residência médica em medicina de família e comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Atualmente médica concursada na prefeitura municipal de Florianópolis. E-mail: pepa_nasc@hotmail.com

² Renata Pekelman, Médica de Família e Comunidade, Mestre em Educação, Preceptora da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Nossa Senhora Conceição/ GHC, Porto Alegre, RS.

INTRODUÇÃO

Caminhos cruzados: encontros entre trabalhadores e usuários

*“A vida é arte do encontro
Embora haja tanto desencontro pela vida”.*

Vinícius de Moraes/Baden Powell

Como trabalhadores da saúde e, em especial, de um sistema público que se quer universal, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS), estamos responsabilizados ética, técnica e politicamente com a garantia de cuidados à saúde humana. Este belo e difícil desafio poderia ser sintetizado, utilizando as palavras do lema do Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro/RJ, como “Nada do que é humano nos é indiferente”, ou ao menos não o deveria ser.¹

A responsabilidade atribuída ao trabalho em saúde engendra, nos encontros entre trabalhadores e usuários, um possível terapêutico. Como Saidón² nos ensina, o filósofo Spinoza entendia que os encontros da vida não se dão entre indivíduos, mas entre partes, partes expressivas ao nível dos corpos, das palavras, dos gestos e dos sons. Estes propiciam o intercâmbio de intensidade e de possibilidade de entendimento sobre um universo fragmentado e, por isso, criativo. Dessa forma, os encontros seriam dispositivos de criação, ao nível dos afetos, e produziriam registros, quer sejam alegres ou tristes. Os “registros tristes”, isto é, os “afetos de tristeza” impeliriam o corpo a passar de um estado de maior potência para um de menor, sendo a causa das mais diversas enfermidades.² Entende-se, assim, que certos encontros poderiam despotencializar sujeitos, adoecendo-os, enquanto outros, por sua potência, produziram saúde.

Assim, poderia interrogar, com vistas ao nosso compromisso ético, de que forma seria possível propiciar “encontros potentes” entre trabalhadores e usuários, encontros produtores de saúde? E, ainda, mais especificamente, como possibilitar tal produção desde o primeiro contato entre esses atores, considerando a universalidade do acesso?

É a partir de complexos questionamentos como esses que, há muito, pensadores do campo da Saúde Coletiva³⁻⁵ refletem e formulam propostas operacionais na tentativa de garantir o “sucesso terapêutico” desses encontros que ocorrem nos serviços de saúde.

Exemplo disso é uma das contribuições realizadas pelo sanitarista Túlio Franco⁶ e seus colaboradores através da experiência vivenciada com a implantação da diretriz do Acolhimento em uma unidade de saúde do município

de Betim/MG. Lá conseguiram vislumbrar com essa tecnologia a possibilidade de “produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção”.^{6,346} Produção esta construída em parceria, entre trabalhador e usuário, no momento em que este chega ao serviço de saúde. O Acolhimento, então, surge como uma proposta que vem ao encontro da construção de algo que possa representar a produção de saúde e também o alívio do sofrimento. O Acolhimento consistiria, então, em uma ferramenta tecnoassistencial baseada na escuta de todas as pessoas no intuito de oferecer uma resposta às suas demandas de saúde; ferramenta que, ao buscar a garantia do acesso universal com resolubilidade, através da construção de vínculos afetivos entre trabalhadores e usuários, produz saúde.⁶

As políticas nacionais direcionadas ao campo da saúde, da última década especialmente, receberam significativas contribuições dessas discussões que ocorriam no meio acadêmico.⁷⁻⁹ Entre as políticas propostas, a que trata com maior magnitude da questão é a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), ou Humaniza SUS, lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde (MS).⁷ A PNH destaca, entre seus objetivos centrais, a garantia de Acolhimento e acesso aos usuários, reforçando a potência destes como possibilitadores de transformação nas formas de produzir saúde e prestar serviços à população.⁷

O Acolhimento se insere no SUS como uma proposta de mudança qualitativa no acesso e na utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários. Em virtude da mudança que propõe, o Acolhimento interfere diretamente no processo de trabalho de uma equipe de saúde e no modo como os trabalhadores se relacionam com os usuários que vivem no território assistido.⁷

Como destaca Teixeira¹⁰, o tema do Acolhimento, por seu caráter inventivo e promissor, foi significativamente explorado ao longo da última década. O autor atribui a importância que vem adquirindo a discussão sobre o acolhimento e a problemática da qualidade do acesso e da recepção dos usuários nos serviços ao tensionamento relacionado ao problema mais geral da garantia de acesso universal ao sistema de atenção, antes voltado para o clássico dilema da “quantidade” de portas-de-entrada do sistema para a “qualidade” dessas “portas”.¹⁰

Com vistas a problematizar a qualificação dessas “portas”, entendo que há necessidade de as discussões sobre acesso e Acolhimento assumirem, como foco central, as questões inerentes à relação trabalhador-usuário. Nessa perspectiva, é que este estudo propõe se aproximar desta

relação, através da escuta dos “ruídos” produzidos nos encontros que acontecem a partir da recepção dos usuários pelos trabalhadores da equipe de uma Unidade de Saúde (US) do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), a US Vila Floresta (USVF).

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo trilhou em uma abordagem qualitativa. Conforme Minayo¹¹, a investigação qualitativa propõe-se a penetrar nas intenções e motivos dos sujeitos envolvidos, a partir dos quais ações e relações adquirem sentido. Sua utilização é, portanto, indispensável quando os temas pesquisados demandam um estudo fundamentalmente interpretativo.¹¹ O presente estudo possui tal caráter, na medida em que se propõe explorar e analisar percepções e entendimentos acerca de acesso e Acolhimento por parte de usuários e trabalhadores da unidade estudada, além de tentar verificar de que maneira entendem que estas duas acepções se inter-relacionam no cotidiano da US Vila Floresta, uma das doze unidades que compõem o SSC/GHC. O SSC/GHC é vinculado ao MS, assim como todo o GHC que tem seus serviços prestados dirigidos exclusivamente a usuários do SUS e que, há 27 anos, presta cuidados primários a uma população de aproximadamente 120 mil pessoas. A efetivação da assistência apenas é possível através do trabalho realizado pelas equipes de suas unidades de saúde localizadas na região noroeste do município de Porto Alegre-RS que o compõem.

Fundada em 1985, a US Vila Floresta é uma dessas unidades e conta com uma área de abrangência que compreende dois bairros, a saber: Jardim Floresta e Lindóia. Seu território de atuação, no entanto, compreende apenas o primeiro, contando com uma população residente em torno de 10.000 pessoas, predominantemente adulta e idosa. A atenção à saúde para essa comunidade é garantida por uma equipe de saúde com cerca de 40 profissionais que, desde 2008, em consonância com as diretrizes de trabalho propostas pela coordenação do SSC/GHC, implantou o Acolhimento na US. Ao longo destes quase dois anos de implementação da diretriz, foram realizadas avaliações do processo, com revisitações acerca de seus propósitos e efetividade. Ainda com relação à equipe, cabe destacar que possui caráter multiprofissional, compreendendo categorias profissionais de nível médio como técnicos de enfermagem e administrativos, e de nível superior como os de serviço social, enfermagem, odontologia, psicologia e medicina entre contratados, residentes e estagiários, além dos agentes comunitários de saúde. A equipe atua tanto

na assistência como no ensino, sendo a unidade campo de prática da residência da Medicina de Família e Comunidade (RMFC) e da Residência Integrada em Saúde (RIS) ênfase em Saúde da Família.

O universo de pesquisa foi composto por uma amostra intencional de nove trabalhadores da equipe de saúde da US, com os quais foram realizados três grupos focais, e por cinco usuários da US, pesquisados através de entrevistas semiestruturadas. O período da coleta de dados compreendeu o período de maio a novembro de 2010. Tanto as questões orientadoras dos grupos focais quanto o roteiro das entrevistas direcionaram-se na tentativa de compreensão do que esses atores entendiam por acesso e Acolhimento. Além disso, tentou-se explorar de que modo percebiam que estas acepções relacionavam-se entre si, considerando a realidade local, suas experiências singulares e o seu conhecimento acerca dos “ruídos” no território e na US ao longo destes quase dois anos de implantação do Acolhimento. A análise dos dados foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo.¹ As transcrições das falas ao longo do artigo foram identificadas da seguinte forma: Usuários (U) e Trabalhadores (T).

Todos os participantes do estudo assinaram, no momento do aceite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC e aprovado sob parecer número 09-203, em 13 de maio de 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

a) Uma reflexão inicial sobre o cenário e os sujeitos implicados

Ao longo destes dois anos após a implantação do Acolhimento na US Vila Floresta, muitas foram as mudanças no atendimento aos usuários que chegavam à unidade. Mudanças orientadas por inúmeras avaliações, reavaliações e discussões realizadas em reuniões de equipe semanais, em seminários de avaliação especialmente dirigidos ao tema do Acolhimento, em encontros informais entre trabalhadores, fossem na cozinha da unidade, fossem nos corredores entre os consultórios. Acompanhei de perto estes movimentos. Como residente de medicina de família e comunidade, alocada nesta unidade, no período dos meus dois anos de formação, e como trabalhadora desta equipe de saúde, ainda que provisoriamente, estive implicada nesse processo. Propor a realização desse estudo foi um desafio epistemológico na medida em que ao questionar os trabalhadores, também me

questionava. Esta implicação da qual faço menção está dada e, acredito, é compartilhada por todos aqueles envolvidos no trabalho em saúde que, em um dado momento, questionam-se a respeito do quanto suas práticas estão pautadas em uma ética de garantia de cuidados promotores de autonomia. Como afirma Merhy^{12,31}, “O sujeito que interroga é ao mesmo tempo o que produz o fenômeno sob análise e, mais ainda, é o que interroga o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido a ele, e neste processo cria a própria significação de si e do fenômeno.”

Em certa medida, a partir do momento em que manifestei o desejo, para a equipe, de realizar esta investigação, tornei-me uma espécie de defensora do “projeto” Acolhimento. Devo, talvez, a isso o sucesso no cumprimento das etapas metodológicas às quais me propus. No momento em que a equipe manifestava progressivamente um flerte com a desistência de Acolhimento aos usuários, iniciaram-se os grupos focais para este estudo. Parecia-me que a manutenção do projeto de Acolhimento da unidade dialogava mais com uma exaustão coletiva, inibidora de qualquer ação, e menos com o desejo quase consensual dos trabalhadores em retornar a um “estado anterior” do processo de trabalho, ao qual ao longo de mais de vinte anos estavam familiarizados. A confirmação desta inferência, em parte, deu-se na fala de um dos trabalhadores durante o primeiro grupo focal realizado:

“Eu até tô falando pouco, não sei se foi o cansaço dessa discussão, porque essa discussão cansa. Eu vejo que ela é difícil prá todo mundo, dá prá entender a sobrecarga de trabalho da equipe (T)”.

A disponibilidade de turnos a que o trabalhador se refere está relacionada ao modus operandi do Acolhimento na unidade no período em que foi realizada a coleta de dados deste estudo. Sucintamente, o fluxo de atendimento ocorria da seguinte maneira: no início de cada turno de funcionamento da unidade, os “acolhedores” (trabalhadores de quaisquer das categorias profissionais anteriormente descritas, com exceção dos técnicos administrativos que não realizavam Acolhimento e dos médicos que ficavam na “retaguarda” técnica) conversavam com os usuários que estavam na sala de espera da unidade, antes do guichê da recepção abrir, sobre como funciona o atendimento à clientela. Aqueles que desejavam agendar consulta médica, de odontologia ou de enfermagem deveriam se dirigir ao guichê por ordem de chegada, assim como os que vinham para a realização de procedimentos tais como troca de curativos ou realização de vacinas, por exemplo, deveriam

se dirigir para a sala de enfermagem. Todos os demais que buscavam a unidade para outras demandas ou desejavam atendimento no mesmo dia e não possuíam consulta agendada previamente, deveriam aguardar na sala de espera para serem escutados individualmente pelo “acolhedor”, de acordo com a ordem de chegada, em sala reservada. Com vistas à garantia da existência de um “acolhedor” todos os dias, a equipe organizou seu processo de trabalho a partir da realização de uma escala mensal através da qual todos os trabalhadores elegíveis para a “função” eram alocados em turnos determinados em sistema de revezamento. No momento inicial de concepção do modelo de Acolhimento a ser implantado na unidade, pactuou-se a presença de uma “dupla acolhedora” em cada turno, ou seja, dois trabalhadores de categorias profissionais distintas, sendo uma delas preferencialmente uma enfermeira ou auxiliar/técnica de enfermagem. Deste modo, a “categoria de enfermagem” (lê-se ao longo deste texto como enfermeiras e técnicas/auxiliares de enfermagem) possuía uma rotatividade menor no escalamento. Os outros trabalhadores participavam com menor frequência, o que gerou queixas de sobrecarga de trabalho por parte daquela categoria, como a registrada em um dos grupos:

“(...) é a enfermagem que tem que dar conta do recado. As coisas ficam muito complicadas, essa categoria que tá mais sobrecarregada, (...) tá estressada em função de tudo que já aconteceu e desta situação [com o acolhimento] que persiste e que vai se arrastando(T)”.

Queixas como essa, apesar de mais frequentemente presentes entre os trabalhadores de enfermagem, estiveram presentes nos discursos de distintas categorias profissionais envolvidas com a operacionalização cotidiana do Acolhimento na unidade. “Sobrecarga de trabalho” foi uma expressão que apareceu muitas vezes nas falas não apenas dos participantes dos grupos focais. Acerca dos aspectos relativos ao sofrimento do trabalhador, Merhy¹³ considerou:

“O que temos visto no nosso cotidiano de trabalhador, nesse nosso micro fazer permanente dos serviços de saúde, é uma grande dificuldade de encontrarmos equipes alegres. Elas têm tido esta dificuldade, não só porque a condição material do trabalho é ruim, pois é ruim mesmo; não só porque a condição salarial é precária, porque é precária; mas, também, porque a alma do nosso fazer está absolutamente perdida.”^{13:2}

Ao encontro da alegria da equipe da unidade de saúde estudada, escutando trabalhadores e usuários, que teço a

seguir comentários acerca das quatro categorias temáticas analisadas (o acesso, o Acolhimento, o encontro trabalhador-usuário sob a ótica do usuário e sob a ótica do trabalhador).

b) O acesso: garantia de atenção a necessidades ou garantia de direitos?

Foi quase consensual entre os pesquisados que a aceção de acesso está relacionada à obtenção daquilo que se busca em um serviço de saúde. Entendimento próximo àquele conceituado por Donabedian¹⁴ ao afirmar que acesso é a capacidade do paciente obter, quando necessário, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente. No entanto, apesar da aparente similaridade conceitual, há que se destacar a sutil diferença entre as afirmações. Entendo que “obter o que se busca” relaciona-se à satisfação daquele que busca, no caso, o paciente/usuário, como quisermos chamá-lo. À medida que “obter cuidado de saúde quando necessário” parece referir-se a uma necessidade identificada, se não apenas pelo cuidador/trabalhador, a uma pactuada na relação de cuidado.

Conforme Merhy¹⁵, entre as pessoas que procuram um serviço de saúde há aquelas que obtêm acesso, há outras que chegam, mas não esperam para entrar e há ainda as que, por “experiência”, nem vão ao serviço por “saberem” que não serão recebidas. Historicamente, a USVF, por ter sido fruto do tensionamento da reivindicação dos moradores do Jardim Floresta junto ao GHC, constituiu-se por uma estreita relação entre equipe e usuários, garantindo certo acesso aos moradores da área. No entanto, ao longo dos anos, com o envelhecimento da população usuária e após a integração de parte do bairro vizinho, Jardim Lindóia, na área de abrangência da USVF, os problemas referentes ao acesso acentuaram-se, conforme os seguintes depoimentos:

“(...) o número de funcionários é o mesmo de vinte anos atrás e agora tem o Lindóia (...) a população aumentou, nosso trabalho redobrou (T)”.

“Aumentou usuários da Floresta também, muita gente envelheceu, muitos perderam plano de saúde... (T)”.

Dois dos usuários entrevistados também fizeram referência ao aumento da (des)proporcionalidade entre quantitativo de trabalhadores e de usuários:

“(...) nosso posto no início, era tranquilo, eles atendiam todo mundo, sobrava tempo. Agora aumentou a população e o número de técnicos não aumentou (U)”.

“A fila no posto é muito grande (...) cada vez mais as pessoas vão migrando dos planos de saúde para o SUS, elas fazem 60 anos e o plano duplica ou triplica [de valor] dependendo do caso (...) elas cancelam o plano (...) aí voltam pro SUS. (U)”.

A implantação do Acolhimento pareceu pôr em pauta a questão do acesso. Muitos dos fatores identificáveis como dificultadores do acesso, como o aumento da demanda e o número reduzido de profissionais, fomentaram uma discussão comparativa entre o modelo de atendimento anterior ao Acolhimento e o atual, após sua implantação.

“(...) a gente mudou a forma de trabalhar, antes o paciente vinha e batia na porta da enfermagem, alguns, nem todos, porque alguns eram mandados embora ali na fila mesmo, quem batia na porta da enfermagem era aquele que tava pior... então a gente tem uma parcela, de uma demanda invisível que a gente não viu, que se foi. [Com o acolhimento] todas as pessoas que passarem ali pelo guichê durante o turno vão passar prá dentro, e antes isso não acontecia (T)”.

“Agora a gente busca equidade, avaliando caso a caso, esse caso não precisa ser hoje, pode ser daqui a uma semana (...) e com esse objetivo que se fez esse processo [do Acolhimento] (T)”.

“(...) antes do Acolhimento a pessoa vinha aqui, não tinha consulta, ia embora. Hoje tem bastante gente sendo atendida (U)”.

Essa “demanda invisível”, que não conseguia acessar o serviço por não haver mais consultas disponíveis, a que se referem trabalhadores e usuário, soma-se a partir da implantação do Acolhimento, a todos os demais usuários que já conseguiam acessar a unidade. A equidade mostra-se na prática, conforme os relatos, como um orientador do cuidado e organizador da demanda.

Além da equidade, os trabalhadores elencaram outros princípios que julgaram estar relacionados ao conceito de acesso, como a integralidade e a longitudinalidade do cuidado. Um dos trabalhadores pontuou:

“(...) o acesso tem muito a ver com o quanto ele consegue entrar e ser visto de uma forma mais integral (...) então o acesso pra mim é uma via de duas mãos, é do paciente acessar a estrutura toda que a gente tem, ao mesmo tempo nós enxergamos o paciente de uma forma mais ampla (T)”

Entendo que essa afirmação corrobora a de Merhy¹⁶ de que acesso, universalidade e equidade são fundamentais

na garantia dos direitos dos usuários de serviços de saúde, mas não bastam. A escuta dos problemas de saúde trazidos pelos usuários e o cuidado longitudinal permitem atentar para as necessidades que os usuários dizem ter (demandas) e não apenas aquelas elencadas pelos trabalhadores, valorizando a singularidade do sujeito que busca cuidado e podendo contribuir para a construção de uma relação de confiança e afeto.

A longitudinalidade do cuidado é uma das características da equipe da USVF, ao menos com uma amostra de usuários que, ao longo dos 25 anos de existência da unidade, obtiveram acesso. O processo de trabalho, logo na sua fundação, orientava-se principalmente pelos atendimentos médicos. De um lado, pelo fato de a equipe de nível superior ser constituída majoritariamente por médicos e, de outro, pelo fato de o modelo biomédico de cuidado em saúde ser o hegemônico não apenas na USVF, especialmente na era “pré-SUS”. Paulatinamente, mudanças ocorreram na constituição da equipe com a entrada de categorias profissionais como a psicologia e o serviço social, tensionando o modelo de atenção, ainda que a maior parte da demanda fosse por consultas médicas. Após a implantação do Acolhimento na unidade, entretanto, muitos usuários passaram a ser recebidos por profissionais não-médicos, com alguns dos quais não eram “vinculados”, o que também não ocorreu sem tensionamentos.

“Eu gosto de ser atendido pelo médico que já me conhece, tem meu histórico, que me acompanha, é muito mais fácil, é mais produtivo até (U)”.

“Aqui no posto mesmo, tem gente que tem um médico, não quer consultar com outro (U)”.

“(...) ele gostaria de estar mais com o profissional tal, porque é a questão do vínculo que tem a ver, a pessoa me conhece, sabe como eu funciona, sabe das minhas dificuldades (T)”.

O Acolhimento interroga sobre os aspectos qualitativos do acesso, os relativos às instâncias relacionais. Passa a se questionar o “tipo” de acesso que se deseja ter, em detrimento do “quanto” de acesso se tem. O vínculo aparece, então, não apenas como um marcador importante para essa avaliação “qualitativa”, mas como o que garante a confiança dos usuários na oferta de acesso a cuidados em saúde pelos serviços, conforme Campos.¹⁷ O vínculo é essa circulação de afeto entre as pessoas e a possibilidade de construção de vínculo, por sua vez, dependerá: da disposição de acolher dos trabalhadores que têm o trabalho em saúde e o poder

de autoridade sanitária a ofertar, e da decisão, por parte dos usuários, de buscar apoio para suas necessidades/problemas de saúde naqueles que se dispõem.¹⁷ Como um dos trabalhadores destacou:

“Tem a ver com vínculo, quando tu estabelece vínculo. A partir daí que eu acho que o acesso se torna mais ou menos facilitado (T).”

No grupo focal seguinte, o mesmo trabalhador retomou a discussão e concluiu:

“O vínculo permite muito isso, permite que eu entre, que eu troque afeto (...), mas muitas vezes a gente tem que organizar algumas coisas (...) e o acolhimento dá conta de organizar isso (T).”

O entendimento deste participante acerca de acesso, vínculo e Acolhimento não representou uma opinião consensual dos trabalhadores participantes dos grupos focais. Foram representativos os posicionamentos contrários ao impacto positivo da implantação do Acolhimento na qualificação do acesso à unidade. Parte dos trabalhadores inferiu que o acesso proporcionado já era qualificado antes do Acolhimento, pois havia vínculo entre trabalhadores e usuários que utilizavam o serviço e alguns, ainda, afirmaram que a qualidade do acesso piorou, pois os acolhedores poderiam ser uma “barreira” ao acesso dos usuários ao trabalhador a quem estão “vinculados”. Quanto aos usuários, a maioria referiu melhora na qualidade do acesso à unidade, bem como a percepção de que mais pessoas estavam utilizando o serviço.

“Acho que melhorou o acesso. Mesmo não vendo o médico tem coisas que podem chegar ali e ser resolvidas (U)”.

A discussão sobre o Acolhimento ampliou-se a partir do segundo grupo focal com os trabalhadores, quando as críticas ao modelo evidenciaram-se. A questão foi também mais explorada com os usuários através da pergunta: “O que você entende por acolhimento?”. A partir da análise desses dados que se elencou a categoria a seguir.

c) Acolhimento: entre a humildade passiva e a arrogância voluntarista¹⁷

O Acolhimento, analogamente ao conceito de acesso, pareceu compartilhar de certa unanimidade entre os pes-

quisados ao menos no entendimento do que se refere a “Receber bem, escutar e dar uma resposta.” As atribuições conceituais de cada um dos pesquisados para esses três aspectos é o que tornou singular suas percepções acerca da noção de Acolhimento.

“Acolhimento eu acho que é uma forma do usuário ser recebido, (...) isso é um conceito muito amplo que envolve desde conforto na sala de espera até a decoração na unidade (I)”.

“[Acolhimento] é uma forma de organizar o serviço, a equipe pra receber bem (I)”.

“A pessoa que te acolhe vai te dar condições de tu acessares o serviço (U)”.

“Receber bem a pessoa, que nem quando você chega na casa de alguém e você quer ser bem recebido. É ouvir (U)”.

Esses três depoimentos agregaram ao “receber bem”, ou ainda, ao entendimento do que é uma “boa recepção” conceitos como o de ambiência, processo de trabalho, acesso e escuta humanizada. A recepção dos usuários nos serviços, conforme Teixeira¹⁸, é o espaço no qual se reconhecem as necessidades de saúde trazidas, através da investigação, elaboração e negociação com o sujeito que busca cuidado. Cavalcante Filho apud Merhy¹⁹ faz um contraponto a essa noção, conceituando o Acolhimento como o momento em que se recebem os usuários, portanto como um “não-lugar”, tendo um caráter menos “espacial” e mais “temporal”. Trata-se do momento do encontro entre trabalhador e usuário, quando este tensiona sua entrada no sistema de saúde, ao tentar mostrar que é merecedor de cuidados. Articula-se, a partir deste encontro, uma relação dialógica entre atos comunicativos (o apelo do usuário para que determinada necessidade seja considerada) e atos normativos (regras externas aos trabalhadores que influenciam suas ações, relacionadas ao processo de trabalho da equipe). A “convivência” entre esses atos coloca em análise certos territórios, como o do poder e o das relações comunicativas. Oferta-se, a partir desta construção analítica, uma forma de cuidado.¹⁹

Compartilho desta compreensão mais circunstancial e relacional do Acolhimento. Um “receber bem” como produto e produtor desse primeiro contato entre trabalhador-usuário. Produto, na medida em que apenas pode ser fundado por esse encontro, e produtor - entendendo que os encontros produzem subjetividades - de vida, por possibilitar, através dele, ações de saúde.

Com relação à reorganização dos processos de trabalho com vistas ao acesso universal, como atribuição do Acolhimento enquanto ferramenta tecno-operacional, apesar da fala de um dos trabalhadores acima que corrobora essa noção, não existiu consenso entre os pesquisados. Em um dos grupos focais, a discussão polemizou-se:

“O acolhimento é transversal, em qualquer momento, qualquer profissional está fazendo um acolhimento, (...) o acolhimento é um estado de espírito. Agora quando o acolhimento vira ‘o’ processo de trabalho e com uma expectativa de ‘resolutividade’ que torna muito pesado (...) (I)”.

“Como postura, sim, a gente sempre foi muito acolhedor aqui nessa unidade (I)”.

“Como uma postura acho perfeito, a gente já fazia um acolhimento antes de ter implantado aqui, sempre foi feito (I)”.

Parte dos trabalhadores entendeu que o Acolhimento estaria mais relacionado a uma postura ética do trabalhador em todos os momentos e espaços em que realiza ações de cuidado, não sendo exclusiva ao momento da recepção dos usuários ao serviço de saúde. Compartilhando dessa premissa, fica fácil compreender a conclusão a que chegam de que “o acolhimento já era feito antes de implantá-lo”. Conclusão, entretanto, que guarda em si um paradoxo: como algo já existe antes de existir? Para além de questionamentos extemporâneos sobre ovos e galinhas, o que essa conclusão parece revelar é que, apesar da alegação de que os trabalhadores sempre possuíram uma postura ética “acolhedora”, essa se diferencia do Acolhimento atual realizado pela equipe, nomeando um “lugar”, ainda que pouco apreciado por alguns, para esse outro. Parecem, assim, em defesa desse Acolhimento “anterior”, em detrimento do “atual” que modificou os processos de trabalho da equipe.

Para Tesser *et al.*²⁰ a proposta de Acolhimento envolve “duas pernas” fundamentais, sendo uma ética e política, em que se almeja melhorar a postura dos trabalhadores no contato com os usuários e, outra, de gestão e de modelo assistencial que visa reformular a tradição burocrática e rígida ao garantir o acesso ao serviço, flexibilizar e ampliar a clínica e facilitar o cuidado interdisciplinar. Afirmam que é necessário que essas “duas pernas” andem juntas harmoniosamente, para viabilizar e concretizar o Acolhimento.

Alguns trabalhadores pesquisados parecem coadunar da ideia de complementariedade dessas “duas pernas”, quando refletem sobre as mudanças no processo de trabalho e sobre a “postura acolhedora”:

“Nós temos agora um fluxo de atendimento bom. A questão é anteriormente [ao Acolhimento] como eram as coisas (...) o que aconteceu? Criaram-se fluxos (...) acho que organizou muito mais agora, sem dúvida! (T)”

“O transversal que é a postura, a gente continua fazendo, o que hoje aperta é a questão do acesso, porque quando a gente promoveu essa proposta(...) foi tentar modificar o acesso dos pacientes (...) prá que eles pudessem ser recebidos de um outro jeito na unidade que não esse jeito de tá lá brigando na fila, não conseguindo nem ser escutado, sendo mandado embora (T)”

“No sistema antigo era por ordem de chegada. Acabavam as consultas, os pacientes eram mandados embora, ficava quem era mais insistente (T)”

A postura acolhedora que “sempre existiu” é também questionada por esses discursos, na medida em que colocam em xeque qualquer tipo de “acolhida” pautada em não escutar os usuários e mandá-los embora. Aqui teço algumas reflexões. A primeira sobre o fato de essa equipe realizar cuidados em saúde para uma parcela das pessoas e famílias da comunidade ao longo de muitos anos. Àqueles usuários que possuem vínculo com alguns (ou vários) dos trabalhadores graças a esse cuidado longitudinal, faz sentido inferir que era e é oferecida “acolhida” nos momentos em que procuram a unidade. Para esses, a postura acolhedora já existia e existe. Além disso, faz-se necessário retomar a conceituação de Acolhimento dada por alguns dos trabalhadores que entendem que o “acolher” não está relacionado necessariamente à recepção dos usuários. Partindo desse pressuposto, supor que os trabalhadores possuem “postura acolhedora” dentro de seus consultórios, com os usuários que conseguiram vencer as barreiras do acesso a esses espaços, é algo que não pode ser desconsiderado. Entendo, no entanto, que alguns questionamentos persistem: E a “postura acolhedora” para aqueles que não conseguiram acessar? Como “acolher” quem não se vê? Essa é a tal “demanda invisível” pontuada anteriormente por uma das trabalhadoras que, por conseguinte, passa a ser a demanda “inaudível”.

Os usuários também falaram sobre as mudanças:

“Antes a pessoa vinha aqui, não tinha consulta ia embora. Agora o pessoal do bairro vem no posto, deu um mal estar não vai mais no hospital, vem aqui e o acolhimento dá esse atendimento que não tinha antes (U)”

Positivas ou não, trabalhadores e usuários parecem concordar com a ideia de que mudanças ocorreram após a

implantação do Acolhimento na unidade. Vale destacar que em parte essa resistência observada de alguns membros da equipe em reconhecer quaisquer aspectos positivos diante do modelo implantado, talvez seja influenciada pelo fato de os trabalhadores reconhecerem o processo de implantação menos como uma iniciativa da equipe do que como uma decisão da coordenação do SSC/GHC. Ainda que os trabalhadores das doze unidades do SSC participem através de suas representações locais das decisões, bem como do planejamento anual do serviço, um sentimento de distanciamento dessas pactuações é por vezes manifesto em reuniões de equipe e em outros espaços informais. Em um dos grupos focais, um dos trabalhadores corroborou:

“Porque eu acho que a gente trouxe o Acolhimento como mais uma demanda, enfim, como mais uma prioridade traçada pelo serviço [grifo meu] (T)”

Nascimento²¹ observou resistência semelhante por parte dos trabalhadores de uma unidade de saúde de Florianópolis-SC com relação ao processo de implantação do Acolhimento. Esses trabalhadores entendiam que tiveram pouca participação na decisão pela mudança no modelo assistencial da unidade e a pesquisadora pôde inferir que, como decorrência disso, eram contrários à mudança. Corroboro o entendimento de Campos²² de que o protagonismo do trabalhador na cogestão de seus processos de trabalho é um poderoso instrumento para vincular o profissional a um dado projeto. Sem um “depósito” de afetos positivos que se conectem ao seu próprio interesse e desejo, reduz-se a capacidade das equipes de contratualização e de assumir compromissos.

Com relação aos outros dois aspectos, “escutar” e “dar uma resposta”, percebi que estão diretamente relacionados à resolubilidade segundo a percepção dos trabalhadores, seja na sua afirmação ou negação.

“O acolhimento é uma forma de todos os usuários serem ouvidos (...). Não precisa... não sei se pode ser resolutivo, mas que eles têm o direito de serem ouvidos, isso sim (T)”

“Eu acho que receber bem é dar algum retorno, não necessariamente aquele que a pessoa queira, mas que a gente possa receber bem e dar algum retorno bom (T)”

“Acho que o acolhimento tem a ver com dar respostas (T)”

Com exceção do primeiro depoimento que destaca a importância da escuta como direito do usuário, questionan-

do inclusive se o Acolhimento tem (ou pode ter) caráter resolutivo, os demais depoimentos reforçam a necessidade em “dar uma resposta”. Em uma primeira leitura das transcrições, pareceu-me que, para os trabalhadores, os dois conceitos além de intimamente relacionados, eram também igualmente relevantes dentro do processo de Acolhimento. No entanto, após uma leitura mais atenta, é possível perceber o “peso” que os pesquisados da equipe dão para a “resposta”.

“Tem que ser uma resposta resolutiva, satisfatória (...) e que se torna muito pesado prá nós dar uma resposta, muitas vezes, como deveria dentro do ideal (I)”.

Ao ler essa afirmação, questiono: Resolutiva e satisfatória sob o julgamento de quem? Do trabalhador ou do usuário? A fala abaixo de um trabalhador da área biomédica forneceu algumas pistas do que se trata essa “resposta ideal”:

*“(...) a grande maioria das **consultas** [grifo meu], com ou sem dupla acolhedora, há vinte anos ou agora, continuam sendo para nós. O serviço social, a psicologia tem o seu nicho de trabalho (...) na atenção primária, que não é a resolução da dor de barriga (...) com o acolhimento, o serviço social, as agentes de saúde, a odontologia começam a tomar parte dessas queixas mais clínicas. Só que elas não mudaram, porque quando esses outros profissionais vão prá lá, continuam mandando prá cá! (I)”*.

Outro trabalhador, não-biomédico, mesmo que não intencionalmente, pareceu compartilhar de entendimento semelhante:

“Quando a gente possibilitou a escuta prá todo mundo (...) muitas pessoas saíram contentes com a escuta, muitas detestaram a consulta [grifos meus] (I)”.

Acredito que o uso da palavra consulta, nesse contexto, não é apenas um acaso. Parece-me que implicitamente, para estes trabalhadores, o ato de acolher assemelha-se, na prática, aos moldes de uma consulta. Uma consulta médica, poderíamos inferir, já que este é o modelo de consulta instituído nos serviços de saúde. A resposta-produto de uma consulta médica, como se sabe, trata-se de um diagnóstico e uma terapêutica. Logo poderíamos concluir que a “resposta ideal” estaria relacionada a essas noções. Outro trabalhador parece compartilhá-las quando usa a palavra diagnóstico como uma das atribuições da “dupla acolhedora”:

“Eles [as categorias não-biomédicas] não necessariamente precisam estar presentes na dupla, com diagnóstico (I)”

Essa inferência está diretamente relacionada a muitos dos relatos de situações-problema, pelos trabalhadores, no momento da recepção aos usuários na unidade. Remetem-se à inabilidade dos trabalhadores não-biomédicos no manejo de queixas relacionadas a sintomas do corpo, bem como à falta de retaguarda médica em determinados momentos. Como exemplifica uma das falas acima, quando as agentes de saúde, os psicólogos e os assistentes sociais estão como dupla acolhedoras “mandam tudo” para a retaguarda biomédica (enfermagem e medicina). O que poderia ser uma construção coletiva da equipe de um “dar respostas”, passa ao imperativo do “ter que dar uma resposta ideal”, para o qual alguns se sentem inaptos e outros, sobrecarregados.

A PNH, em uma de suas publicações intituladas “Redes de Produção de Saúde”⁹, traz uma contribuição generosa ao afirmar que:

“(...) o profissional ou a equipe de saúde não são, portanto, os únicos responsáveis pelo processo de buscas para as saídas das dificuldades; a construção do novo passa, doravante, pelo encontro e criatividade das diversas subjetividades envolvidas”^{9:26}

Transpondo essa compreensão do “fazer compartilhado” para o processo de escuta e responsabilização que o Acolhimento propõe enquanto diretriz ética e técnica, Silveira²³ lembra-nos da complexidade da existência humana ao compreender as dimensões biológica, biográfica, social, subjetiva e simbólica e que quaisquer dificuldades nelas existentes poderão explicar situações de sofrimento que rompem a condição de higidez. Por isso mesmo, uma “escuta solidária” do sujeito que sofre pode amenizar seu sofrimento, ao mesmo tempo em que o trabalhador que o escuta tenta identificar dentro e fora da equipe quais os recursos existentes e, destes, quais deverão ser colocados à disposição da solução do problema trazido. O autor enfatiza, ainda, que serão a própria escuta e a utilização de orientações básicas de educação em saúde os grandes instrumentos a serem empregados na acolhida. Parafraseando Campos¹⁷, permito-me afirmar que entre a humildade passiva - do resignar-se diante da complexidade do sofrimento do outro - e a arrogância voluntarista - do intervir (des) cuidadosamente - há milhares de possibilidades que serão criadas a partir do potencial criativo e da sensibilidade dos trabalhadores no encontro com os usuários.

Para essa complexa discussão, um usuário trouxe um argumento conclusivo:

"Eu acho que o profissional tem mais que ouvir do que falar. Tem que ouvir (U)".

d) O encontro entre trabalhador e usuário: a escuta do/pelo trabalha(a)dor

*"Que o teu afeto me afetou é fato
Agora faça-me um favor, por favor
A razão é como uma equação de matemática
Tira a prática de sermos um pouco mais de nós"*

A Fé Solúvel - O Teatro Mágico

Sobrecarregados com o aumento da demanda, subdimensionados quantitativamente; sobrecarregados com tantas discussões e polêmicas, com a escuta do sofrimento de quem busca cuidado e de quem tenta oferecer cuidado; subdimensionados, também, qualitativamente; essas são as queixas dos trabalhadores ao longo dos três grupos focais realizados. Cansados, desabafaram:

"A equipe antes do acolhimento era uma, a equipe agora é outra. Eu não vi nada de bom, nem prá equipe e muito menos pro usuário (I)".

"A nossa forma de trabalhar modificou, o que criou muita ansiedade, mais dificuldades. Eu acho que a gente tem um grau de exigência muito grande e em algum momento ela se transformou em algo que gerou conflito (I)".

"Eu acho que o Acolhimento, ele tirou do lugar, prá poder olhar as demandas do outro. Eu acho que isso gerou uma série de ansiedades (I)".

A escuta do outro, de suas demandas, desejos e necessidades estreita a relação do cuidador com o sujeito que busca cuidados. Nessa relação com a alteridade, o trabalhador em saúde apreende a dimensão da responsabilidade ética intrínseca ao seu trabalho.¹⁷ Entendo que essa apreensão começa a se esboçar no dado momento em que, ao olhar para o sofrimento do outro, o trabalhador/cuidador se pergunta: "Qual parte 'disso' me compete? E em que medida posso/devo intervir?" Acredito que esses questionamentos particularmente inquietam a nós, trabalhadores, quando ao invés de seguirmos apenas protocolos clínicos, seguros e indubitavelmente úteis (ainda que um pouco dessubjetivan-

tes), guiamo-nos pelo que aparece de singular no sofrimento do sujeito sentado à nossa frente. Dá-se, nesse momento de certo "desapego" de "racionalidades inquestionáveis", o encontro com o desconhecido, com o não-saber.²³

O Acolhimento expõe-nos mais frequentemente a esse encontro com o não-saber, ao suscitar o imprevisível, o não-programado, o espontâneo. Espontaneidade que inclusive nomeia esse tipo de clientela como "demanda espontânea".

Matumoto²⁴, ao comentar sobre as inquietações e angústias dos trabalhadores ao se depararem com o imprevisível da acolhida, conclui:

"As demandas da população que ultrapassam o campo biológico, possíveis a partir do vínculo, vão descortinando o universo do não saber, fazendo o trabalhador se deparar com a falta de instrumentos em sua caixa de ferramentas para enfrentar tais problemas, e contribuem para esta sensação de insegurança e de 'não dar conta'".^{24:28}

O universo do não-saber descortinado, como teoriza Silveira²³, pelas espontâneas demandas da "demanda espontânea" do Acolhimento desloca o trabalhador do seu antigo lugar de detentor de um saber que "dá conta", um saber biomédico, um saber biopsicossocial, ou qualquer outro que acreditemos ser portadores, para um lugar de corresponsável pela construção do cuidado, de poder partilhado com o usuário que sofre e que por sofrer está fragilizado. O usuário, então, nos entrega a "senha" do seu cuidado por estar desacreditado de sua própria potência e, muitas vezes, também desacreditado da nossa. Com essa(s) descrença(s), fruto(s) do momento de crise e do sofrimento, nos deparamos e tentamos responder positivamente, muitas vezes com um diagnóstico e/ou uma prescrição. No entanto, quando esses dispositivos se mostram insuficientes, diante da complexidade do sofrimento do outro, falta-nos:

"Muitas vezes vou escutar (...) e aí talvez eu vá me angustiar com que resposta eu vou dar (...) porque não posso deixar de dar uma resposta correta para aquilo que tá chegando, aí eu tenho que ter a equipe prá dar apoio prá isso (I)".

Assim, o "acolhedor" angustiado procura as respostas que não detém na equipe. E vai procurar nos trabalhadores em que confia, com quem tem vínculo e/ou no profissional biomédico que está na retaguarda. Leva, consigo, não apenas uma "situação-problema", leva também sua angústia em não-saber como resolvê-la. O trabalhador que escuta esse outro trabalhador acolhe ou não, o "acolhedor". Acredito que nesse momento outra dimensão do processo de trabalho se

constitui ao provocar uma estranheza diante do sofrimento desse outro “semelhante”: o cuidar do “cuidador”. Estranheza que pode, não surpreendentemente, provocar rechaço:

“Nós não estamos conseguindo nos acolher, por causa desse acolhimento da comunidade (T)”.

“No Acolhimento, não to dizendo que isso aconteça comigo, mas é o que eu vejo no geral. Se [o usuário] precisa de um encaminhamento, vou passar de uma vez, porque a partir do momento que eu passar esse caso pro outro, tá pronto, não é mais preocupação minha. Eu tô só lá recebendo (T)”.

O “fenômeno” descrito pelos dois trabalhadores acima parece operar da seguinte maneira: usuário que sofre fala - trabalhador que escuta passa a sofrer - trabalhador que escuta o trabalhador que sofre por sofrer. Encontros que afetam e são afetados por tantos afetos circulantes. O PNH⁸ traz como contribuição para essa discussão a aposta no Acolhimento como “gatilho” para esses encontros que nos tiram do processo de isolamento cômodo e distanciamento dos laços coletivos. Processo esse que constitui o status quo da sociedade em que vivemos. O Acolhimento impele-nos no sentido contrário, no dos encontros que nos expõem ao sofrimento do outro, seja esse outro um trabalhador ou um usuário e, que, re-ativam nossa capacidade de cuidar, de produzir vida, de fomentar autonomia. Usuários autônomos que, através da garantia de cuidados, instrumentalizam-se para o seu autocuidado. Trabalhadores autônomos que, através das trocas com os outros trabalhadores, da construção coletiva de um saber não-totalizante, flexível diante da complexidade da vida humana, quicá criativo e alegre, também se sintam cogestores do seu trabalho. Para isso, afirma Camargo Junior²⁵, não há manuais: “Esta é uma construção do cotidiano, que só será possível na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipatória”.^{25:39} Um dos trabalhadores fala sobre essa “construção do cotidiano”:

“Eu aprendi muito fazendo acolhimento. Eu aprendi muita coisa que eu não sabia no acolhimento com as minhas outras colegas. Nós todos que passamos pelo acolhimento, a gente aprendeu muita coisa (T)”.

Durante a pesquisa, observei também que alguns trabalhadores nomearam de modos distintos os seus sofrimentos, desvinculados do “buraco” revelado pela falta de um saber. Em especial, um dos depoimentos traz outros elementos para a discussão:

“O conceito de acolhimento ele foi gerado na verdade de outra linha de trabalho, a publicidade (...) em que o objeto final é vender um produto e ela foi incorporada pros serviços de saúde (...) entra então justamente o conflito, a gente tem recursos limitados (...) começa justamente o embate do que se tem e do que se quer. Aí começa a gerar angústia pro trabalhador, porque também tem um limite do que ele pode oferecer (T)”.

Apesar de este depoimento suscitar uma gama de questões complexas e pertinentes, entre elas as influências no modelo de saúde pela lógica capitalista de produção e a problemática da acessibilidade como garantia de direitos, observo que o mesmo traz outra contribuição no sentido de compreender o sofrimento do trabalhador quando este diz: “porque também tem um limite do que ele pode oferecer”. Compartilho com o trabalhador a ideia de que o limite está dado justamente pelo “embate do que se tem e do que se quer”. Embate dado não apenas pelo subdimensionamento da equipe diante do número de usuários, que de fato existe e contribui para o sentimento do trabalhador em “não dar conta”. Um embate também dado entre o “ideal” e o “possível”, destacando justamente a impossibilidade de “dar conta” de tudo. Conforme Camargo Junior²⁵, é fundamental que o trabalhador identifique e aceite suas limitações na oferta de cuidados em saúde, à medida que esta aceitação não o beneficia apenas, ao aliviá-lo da exigência impossível de um “controle total” sobre o sofrimento do outro, mas beneficia em especial o usuário que deixa de correr o risco de um grau de controle tal que culmine com a perda de sua autonomia.

A seguir, teço considerações acerca das percepções dos usuários acerca do encontro com o trabalhador no momento da acolhida.

e) O encontro entre trabalhador e usuário: com a palavra (d)os usuários

“Não parece mais o momento de formular teorias sobre esse outro, mas de criar condições para que esse outro fale de viva voz... Este outro: nós. ”

Ricardo Teixeira (2001, p.95)

A satisfação com o modelo de Acolhimento implantado na unidade foi consenso entre os cinco usuários entrevistados:

“Eu acho que tá muito bom com o Acolhimento. Antes as pessoas reclamavam, agora já não vejo ninguém reclamar, parou o zuzuzum (U)”.

“Com o acolhimento tá bem melhor. Antes eu só vinha aqui prá consulta marcada. Hoje não (...) qualquer problema que eu tenbo eu posso vir aqui. Eu tenbo visto muitas pessoas sendo atendidas (U)”.

“Eu acho o acolhimento uma grande coisa, tu chega aqui, é bem atendida e sai descansada, tranquila. Antes eu vinha, se não tinha consulta ia embora (U)”.

“Eu gosto do acolhimento, antes dependendo do que eu tinha me mandavam pro [Hospital] Conceição, não me atendiam. Agora facilitou (U)”.

“A meu ver e da maioria acho que foi positivo a implantação do Acolhimento (U)”.

Os usuários, portanto, apontaram como melhorias após a implantação do Acolhimento, a diminuição das reclamações, o acesso facilitado, a possibilidade de serem atendidos na unidade independente do motivo que os fez procurá-la, opiniões de outros usuários que também estavam satisfeitos e, por fim, a sensação de tranquilidade após serem “acolhidos”. Um dos usuários relatou uma situação vivenciada durante a acolhida realizada por um dos agentes comunitários de saúde. Morador do bairro desde a fundação da unidade, este usuário, em todas as vezes que identificara necessidade de atendimento, procurara agendar consulta com um médico ao qual ele e sua família estavam vinculados. Desde a implantação do Acolhimento, continuava agendando suas consultas de modo programado e antecipado. Como ele mesmo fez questão de destacar: *“Nunca tinha vindo nesse Acolhimento. Dor de barriga a gente resolve em casa.”* No entanto, um acontecimento imprevisto o fez procurar a unidade com urgência. Chegou cedo, no começo da tarde, e entrou na fila da marcação de consultas, como já estava habituado. Estava agendando sua consulta quando ouviu a fala de um dos “acolhedores” sobre o que era o Acolhimento. Achou estranho não ser atendido e examinado pelo “seu” médico, mas decidiu dar seu nome para o agente comunitário de saúde para ser acolhido naquele mesmo dia. Transcrevo literalmente a parte subsequente da entrevista (identifico-me com a letra “P” de pesquisadora):

“Tu tinhas uma consulta agendada e igual quis passar no acolhimento (P)?

Sim, sim, porque surgiu esse imprevisto. Essa coisa imediata (U).

E não dava prá esperar até a consulta médica (P)?

Não, (...) porque eu tava, sabe...psicologicamente abalado (...) (U)

Tu não precisou ver o médico naquele dia então (P)?

Naquele dia não (U).

A agente comunitária resolveu (P)?

Sim (U).

E tu saiu satisfeito daqui (P)?

Sim, tranquilo. Tranquilo, por quê? Porque ela me orientou, me atendeu dentro daquilo que eu esperava (U)”.

Ao analisar essa situação relatada e seu desfecho, percebo que esse usuário se deparou com alguns “nãos”, ainda que implicitamente. Um “não” diante do seu desejo de ter uma consulta médica naquele mesmo dia, um outro “não” diante do desejo de ver o médico que confiava e, talvez um outro “não” para sua crença de que apenas um médico poderia acalmá-lo. Penso que no ato de acolher o usuário cabem alguns “nãos”, desde que estes estejam a serviço de uma ética comprometida com o cuidado. “Nãos” que falem de nossas limitações enquanto serviço de saúde, trabalhadores e seres humanos para a construção de uma relação pautada na confiança com o usuário. Um “não” sucedido de uma vírgula e não de um ponto final, como esclarece um dos usuários entrevistados:

“Nunca dizer ‘não, não dá’. Pode dizer ‘não, terminou as fichas pro médico hoje, mas vamos ver: quem sabe você conversa com quem está no Acolhimento’. E essa a importância que eu vejo no Acolhimento, eu vejo que a importância do não cortar: ‘olha, não tem mais fichas prá hoje, terminou’. Nem conversa mais com a pessoa (U)”.

Essa fala parece apontar outra pista para a “resposta ideal” que tanto angustia os trabalhadores. Resposta, pelo que é sinalizado pelos usuários, já é satisfatória em suas percepções. No entanto, os usuários reconhecem que o processo do Acolhimento na unidade apresenta alguns problemas, como o tempo de espera para conversar com os “acolhedores”, apontado por todos os usuários, e a dificuldade de obtenção de consultas médicas que complementem a acolhida, pontuada por um dos entrevistados. Com relação à espera pelos “acolhedores”, queixam-se já absolvendo a equipe:

“Teve um dia que demorou, mas o que não demora hoje? E depende tudo de momento também. Tem dias que tu chega no acolhimento e não tem ninguém (U)”.

“Se eu for lá no [Hospital] Conceição, é muito complicado lá, aqui ainda tá tolerável, tá dentro daquilo que a gente espera, demora e tudo mais, mas isso aí a gente tolera (U)”.

O período de espera compreendido entre a chegada na unidade e o momento de escuta pelos “acolhedores” foi criticado também pelos trabalhadores. No início do processo a acolhida ocorria em uma sala localizada na parte externa da unidade o que acarretava aos trabalhadores uma operacionalização do trabalho (buscar prontuários, chamar usuários) mais demorada o que repercutia no tempo de espera. Com a adequação do local da acolhida para dentro da unidade, o trabalho ficou mais ágil contribuindo para a melhora nesse aspecto, como um dos usuários confirma:

“Quando a salinha ficava ali fora, e o pessoal tinha que vir aqui dentro buscar, quanto tempo perdia naquilo ali e acho que quando mudou aqui prá dentro melhorou (U)”.

Entendo, ainda, que a tolerabilidade com a espera seja uma resposta positiva dos usuários diante não apenas da otimização do processo de trabalho, mas a uma postura mais “acolhedora” de toda a equipe ao trazer para dentro da unidade, para mais perto dos trabalhadores, o processo de acolher o usuário.

Com relação ao desejo de que o Acolhimento culmine com uma consulta médica, um dos usuários comenta:

“O que eu não gosto do acolhimento é que eu não sou atendido pelo meu médico. Eu acho que deveria ser assim: eu quero ser acolhido. Ai a pessoa que fala comigo no final me pergunta qual é o meu médico e dentro do possível eu sou encaminhado para ele (U)”.

Esta opinião, apesar de corroborar o entendimento de alguns trabalhadores acerca de uma possível insatisfação dos usuários pelo fato de os mesmos não serem atendidos por um trabalhador médico no Acolhimento, não é representativa quando analisada as falas da maioria dos entrevistados.

“Não acho que tem diferença da consulta com médico. Já vim umas dez vezes e sempre sai melhor (U)”.

“Já fui atendida [no Acolhimento] por um estagiário, uma enfermeira e uma psicóloga. Não é tão diferente assim do médico, eles atendem da mesma forma (U).”

Posso afirmar, após a análise das transcrições das entrevistas com os usuários, que os relatos acerca de suas vivências, ao procurar a US Vila Floresta após a implantação do Acolhimento, constituíram-se em geral de percepções positivas e satisfatórias. Falaram em “tranquilidade” e “satis-

fação” em oposição à “sobrecarga” e ao “sofrimento” tantas vezes destacados nos depoimentos dos trabalhadores.

CONCLUSÃO

Ao propor a realização deste estudo, fiz apostas. Apos-tei na minha capacidade de escuta de alguns dos “ruídos” produzidos pela complexa interação entre trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde com características tão singulares como a US Vila Floresta. Apos-tei que essa escuta, com a qual me comprometi, traria elementos passíveis de uma avaliação que me ajudasse a refletir sobre os processos de responsabilização e cuidado envolvidos em um acesso, a partir do Acolhimento, que fosse humanizado, singularizado e produtor de vida para todos os sujeitos envolvidos. Apos-tei finalmente que, como trabalhadora-pesquisadora em formação, poderia contribuir para um “dar respostas” elucidativo, quiçá tranquilizador, para os trabalhadores que, em muitas ocasiões, desabafaram sobre as dificuldades vividas diante do processo mobilizador que constituiu a implantação do Acolhimento na unidade estudada. A partir dessas apostas, obtive algumas conclusões.

A primeira conclusão foi a de que o Acolhimento, como ferramenta re-orientadora do modelo technoassistencial, constitui-se a partir do e no centro do processo criativo, em um universo no qual protocolos ou metodologias “pré-prontas” são pouco exequíveis e, no qual, o imprevisível e o improvisado dão o tom para a orquestra de trabalhadores. E é justamente a partir dessas qualidades que reside sua potência. O Acolhimento como ferramenta potente que permite que o trabalho em saúde seja inventado no cotidiano, pelas pessoas que estão envolvidas, pelos sujeitos-cidadãos-trabalhadores e, por vezes, usuários que também somos. Cientes sim de nossa responsabilidade ética, responsabilizados também com a técnica, utilizando-a para ofertar cuidados para todos aqueles que os buscam, conhecedores do nosso papel político como agentes de mudança em um sistema público de saúde em construção, mas comprometidos com a vida antes de tudo e com o que tem de vida nesses encontros, não apenas com vistas à garantia de cuidados aos usuários, mas com um olhar, uma escuta e um agir gentis com nós mesmos, trabalhadores da saúde.

A segunda conclusão que obtive a partir da escuta atenta de tantos “ruídos” - ora queixosos, ora elogiosos, ora mobilizados, ora desmotivados - é a de que um processo tão estudado, discutido, problematizado, revisitado como a implantação do Acolhimento na US Vila Floresta evidenciou o quanto a equipe de saúde da unidade envolveu-se. Envolvimento que teve custos altos e que, paradoxalmente, talvez tenha

se dado um pouco distanciada dos principais interessados, os usuários. Desentendimentos, discussões, tensas reuniões de equipe, desejos de desistência, tudo decorrente da desconforto provocada e de uma pergunta incessante: "Mas afinal de contas, o que os usuários querem?" Trabalhadores-especialistas em saúde mental, em saúde bucal, na área psicossocial, em biomedicina, passam a ser apenas trabalhadores de saúde em busca de um saber intercessor, de um saber que "dê conta" desse desejo sem nome do usuário. Sem saber o que se passava, satisfeitos e aliviados, saíram muitos dos usuários diante de tamanho interesse, esforço e dedicação visíveis. Talvez outros muitos, desejosos em ver o médico que conheciam ou apenas à espera de uma intervenção mais tutelada, tenham saído insatisfeitos. Outros, ainda, confusos, questionando-se por que afinal o "acolhedor" parecia tão tenso, afinal era só uma dor de barriga, nada mais.

Concluí, ainda, que grande parte do sofrimento dos trabalhadores, da inquietação diante das especulações acerca "do que mesmo a comunidade estava achando desse jeito de atender", talvez pudesse ter sido elucidada ou ao menos problematizada, caso os trabalhadores tivessem perguntado aos usuários, de viva-voz: "O que você acha desse Acolhimento?" Por temor ou cansaço, não o fizeram. Devo confessar que também temi quando o fiz para os cinco usuários entrevistados para essa pesquisa. Surpreendi-me ao notar que suas respostas provocaram em mim os mesmos sentimentos por eles relatados ao passarem pela "experiência" de serem "acolhidos": tranquilidade e satisfação.

Por fim, remeto-me à Maria Rita Kehl²⁶ que, ao falar sobre teoria e prática clínica, sintetiza: "A clínica nos obriga a ter humildade; não se faz teoria aplicada".^{26:47} Acredito que o trabalho em saúde opere de modo semelhante. Por mais que a reflexão teórica seja um imperativo para todos nós trabalhadores de saúde que desejamos ser operadores de mudança e questionadores do instituído, não existem "respostas ideais" para serem dadas. A discussão teórica continuará iluminando os encontros e desencontros da vida, força motriz de qualquer trabalho que se diga "de saúde", através do qual poderá ser construído o sentido que tanto buscamos.

REFERÊNCIAS

1. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1994.
2. Saidón O. Clínica y sociedad: esquizoanálisis. Buenos Aires: Lumen; 2002.
3. Fleury S. A análise necessária da reforma sanitária. Saúde Debate. 1988; (22):25-7.
4. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
5. Merhy EE, Onocko R, editores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
6. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2): 345-53.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cartilha da política nacional de humanização do SUS: Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2005. p.89-112.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
12. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: O desafio de reconhecê-lo como saber válido [prefácio]. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M, editores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004. p.21-45.
13. Merhy EE. Seminário sobre o Acolhimento na Rede de Serviços. São Paulo; 2004. [Citado 2010 nov. 20]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf>.
14. Donabedian, A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. México: Instituto Nacional de Salud Publica; 1990.

15. Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury SM, editor. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997. p.125-42.
16. Merhy EE. Universalidade, equidade e acesso sim mas, não bastam. Campinas; 1995. [Citado 2010 nov. 20] Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf>.
17. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: HUCITEC; 2003.
18. Teixeira RR. Agenciamentos tecno-semiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6(1): 49-61.
19. Cavalcante Filho JB, Vasconcelos SEM, Ceccim RB, Gomes LB. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(31): 315-28.
20. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(3): 3615-24.
21. Nascimento PTA. A implantação do acolhimento em uma unidade local de Saúde de Florianópolis: um estudo de caso [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina, Departamento de Saúde Pública; 2008.
22. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):849-59.
23. Silveira PAF. O acolher Chapecó. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M, editores. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec; 2004. p.70-8.
24. Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento [tese]. Ribeirão Preto: USP; 2003. 214p.
25. Camargo Junior KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; 2003. p.35-44.
26. Scalzo N. Entrevista com Maria Rita Kehl. *Psicanalista política*. *Revista Cult*. 2010; 13(153):44-7.

Submissão: junho/2011

Aprovação: fevereiro/2012
