



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

LAURA CAVALCANTI DE FARIAS

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES ÉTICAS SOBRE A  
ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS**

Florianópolis

2007

**LAURA CAVALCANTI DE FARIAS**

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES ÉTICAS SOBRE A  
ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS**

Florianópolis

2007

**LAURA CAVALCANTI DE FARIAS**

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES ÉTICAS SOBRE A  
ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis

2007

FARIAS, Laura Cavalcanti de

Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde do usuário/ Laura Cavalcanti de Farias. Florianópolis: UFSC, 2007.  
84f.:il; 31cm

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marta Inez Machado Verdi

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina – PPGSP- UFSC - Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas.

Atenção Básica; Acolhimento; Bioética

*Ao meu querido avô Loureny, por me ensinar a construir e realizar  
sonhos em bases concretas, com valores verdadeiros.*

## AGRADECIMENTOS

*A muitos tenho a agradecer...*

*Aos que participaram direta e indiretamente na realização deste trabalho...*

*Aos que há tempos estão ao meu lado incentivando nos desafios...*

*Àqueles que chegaram a pouco e prontamente compartilharam dos meus sonhos...*

*Quão é importante este momento, quando ao final de uma etapa, dedico uma pausa para agradecer e constato o quanto e a tantos, para ser justa, devo dedicar minha gratidão.*

*Aos especiais...*

*Professora Marta Verdi, orientadora e amiga...*

*Professoras Sandra Caponi, Denise Pires e Elma Zoboli, membros da banca, meus sinceros agradecimentos pelas riquíssimas contribuições.*

*A Universidade Federal de Santa Catarina, ao Departamento de Saúde Pública e ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública que me acolhe desde 2001, em momentos e situações distintas, da Graduação ao Mestrado.*

*A todos os gestores, trabalhadores e usuários que participaram da pesquisa, pela disponibilidade em participar da pesquisa.*

*A Escola Técnica Pró Saúde, pela acolhida profissional, em especial ao Marco Aurélio, Luiz Cláudio e Marli.*

*Aos amigos, fundamentais na composição do significado da vida.*

*A minha família, pois, serão sempre os responsáveis por motivarem minhas escolhas e minhas conquistas.*

*Ao Luis, por estar todos os dias ao meu lado, nas angústias e nas alegrias, na simplicidade ou na complexidade do cotidiano você jamais me deixou só...*

# SUMÁRIO

## LISTA DE QUADROS

<b>PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO</b>	10
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
3.1 Relação Estado e Saúde: retrospectiva histórico-estrutural.....	18
3.1.1 A Reforma Sanitária Brasileira: um recorte do processo pela transformação na saúde.....	22
3.2 Sistema Único de Saúde: do plano político-ideológico à proposta técnico-operacional .....	26
3.2.1 A Atenção Básica à Saúde no SUS.....	32
3.3 Humanização na Saúde e Como Política Pública.....	34
3.4 Acolhimento à Luz da Bioética.....	42
<b>5 DESENHO METODOLÓGICO</b> .....	46
5.1 Tipo de Estudo.....	46
5.2 Cenário e Sujeitos do Estudo.....	46
5.2.1 Perfil dos Sujeitos de Pesquisa .....	47
5.4 Coleta e Registro de Dados.....	48
5.5 Análise dos Dados.....	51
5.6 Aspectos Éticos.....	51
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	53
<b>ARTIGO CIENTÍFICO</b> .....	58
Acolhimento na Atenção Básica: Reflexões Éticas Sobre a Atenção à Saúde dos Usuários.....	59

<b>APÊNDICES</b> .....	81
Apêndice I – Roteiro entrevista semi estruturada – Usuários.....	82
Apêndice II – Roteiro entrevista semi estruturada – Trabalhadores da saúde .....	83
Apêndice III– Roteiro entrevista semi estruturada – Gestores.....	84
Apêndice IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	85
Apêndice V – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários.....	86



## **LISTA DE FIGURAS**

QUADRO 1 - Caracterização sujeitos pesquisados. Florianópolis, 2007.....	46
--	----

***P**ROJETO DE **P**ESQUISA **A**MPLIADO*



# 1 INTRODUÇÃO

No século XX, as políticas públicas de saúde no Brasil assumiram diferentes concepções e modelos nas estratégias de intervenção do Estado sobre a saúde da população, desde as práticas sanitárias do modelo higienista campanhista do início do século, passando pelo modelo médico-assistencial privatista, até chegar ao processo da Reforma Sanitária. Importante ressaltar que a emergência destes diferentes modelos se deu a partir de diversas e até conflitantes motivações e interesses constituindo, assim, diferentes estruturas político-operativas.

O modelo higienista campanhista do início do século XX surgiu com a finalidade de reverter o quadro de epidemias que assolavam o país, sobretudo nos grandes aglomerados urbanos da época, porém com a lógica de garantir as demandas econômicas, para proteger a economia agro-exportadora. Embora as práticas higienistas tenham permanecido como estratégia de caráter coletivo, paralelamente, começou a se constituir o embrião do modelo médico assistencial privatista através da assistência médica previdenciária, não universal e dicotomizada, com o advento da organização dos trabalhadores em Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) nos anos 20, mais tarde transformados em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). No período desenvolvimentista (anos 1950-1960), ocorreu a expansão da assistência médica previdenciária, culminando na unificação destes institutos ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) durante o regime militar, provocando mais fortemente a cisão entre dois modelos paralelos: de um lado, a atenção médico individual-curativa de responsabilidade do sistema previdenciário, e de outro, a atenção preventiva de caráter coletivo realizada pelo Ministério da Saúde (MENDES, 1995).

O modelo assistencial estruturado neste período, seguiu a lógica hospitalocêntrica, com ênfase ao aparato tecnológico, contribuindo para efetivar o modelo de atenção hegemônico biomédico centrado na figura do médico, no biologismo, mecanicismo, curativismo, especialização e individualismo (SILVA JUNIOR, 1998).

O cenário político do Brasil, pós-ditadura militar foi fundamentalmente de redemocratização, com o surgimento, já ao final da década de 1970, de diversas entidades de diferentes setores da sociedade civil, que se organizaram em oposição ao autoritarismo do regime militar, lutando pelo retorno da democracia no país. Neste contexto, inscreveu-se o processo de reestruturação no setor da saúde, com a emergência do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e sua proposta que ultrapassava os limites do setor saúde, contribuindo para a transformação da sociedade como um todo.

A Constituição Federal de 1988 incorporou as principais propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, marco histórico do processo da Reforma Sanitária Brasileira, tratando a saúde como direito de todos e dever do Estado e criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o SUS emerge tanto como um mecanismo regido por princípios e diretrizes com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando universal o atendimento público a todos os cidadãos, e redemocratizando o espaço social da saúde no Brasil.

O atual modelo de atenção à saúde preconizado tem, em tese, os instrumentos para produzir um novo modo de agir em saúde, no qual a lógica seja invertida, isto é, não esteja mais centrada na produção de procedimentos, mas na produção social da saúde e na atenção à saúde estruturada em ações individuais e coletivas de promoção a saúde, prevenção de doenças e reabilitação (MENDES, 1999).

Os maiores desafios relacionam-se à estruturação deste novo modelo que realize, de fato, suas ações em sintonia com os princípios da universalidade, igualdade e integralidade. Almeja-se a melhoria na qualidade da atenção e aumento da resolutividade nos serviços. Neste sentido, são enfatizadas as ações do primeiro nível de atendimento à saúde do SUS, a Atenção Básica com a finalidade de reverter a lógica do modelo dominante, centrado na doença e nas ações curativas. Deste modo, as políticas implementadas buscam ordenar o sistema nessa nova configuração, sendo indicada como estratégia prioritária de organização da Atenção Básica no SUS, a Estratégia Saúde da Família, o que se efetiva mais claramente na Política Nacional de Atenção Básica instituída desde 2006.

Contudo, os avanços ocorridos na saúde pública no Brasil em quase duas décadas da implantação do SUS ainda convivem com problemas de diversas ordens. A fragmentação do processo de trabalho divide as relações entre os gestores, os trabalhadores da saúde e os usuários, fragilizando o trabalho em equipe e a dimensão subjetiva nas práticas de atenção (BRASIL, 2006b). Um princípio da Atenção Básica e da ESF, que acompanhou o Movimento

Sanitário e imprimiu suas características nas propostas da Reforma Sanitária, foi o princípio da humanização das práticas de saúde.

O tema da humanização na saúde ganhou um novo *status*, segundo Deslandes (2004) com a regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHSH), no ano 2000. O Ministério da Saúde, em 2004, expandiu este projeto para todos níveis de atenção ao implantar a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) ou “HUMANIZASUS”. Seu marco teórico-político configura-se em torno da humanização das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS, como uma dimensão fundamental do sistema de saúde, devendo operar transversalmente em toda rede do SUS.

Como política, a PNH deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Um dos princípios da PNH é a valorização da dimensão subjetiva coletiva e social na atenção e na gestão dos serviços de saúde do SUS como modo de fortalecer a garantia do direito à saúde com qualidade e resolutividade. Uma das estratégias operacionais propostas para alcançar os resultados esperados é a prática do Acolhimento que compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde, a responsabilização integral de suas necessidades e a atenção resolutiva aos seus problemas (BRASIL, 2006b).

O Acolhimento enquanto estratégia foi elaborado desde as propostas de reorientação da atenção à saúde, constituindo-se como uma diretriz do modelo tecnoassistencial. O acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário (FRANCO, BUENO e MERHY, 2004).

Alguns estudos foram realizados com o objetivo de conhecer, na prática dos serviços de saúde, como ocorrem os processos de implantação do Acolhimento, suas implicações no cotidiano das unidades de saúde e seus impactos na consolidação dos princípios do SUS.

Em um trabalho investigativo sobre a implantação do acolhimento, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Betim/MG, Franco, Bueno e Merhy (2004) apontaram dificuldades, limites e desafios para firmar a inversão do modelo assistencial de atenção à saúde. As dificuldades perpassam o temor frente à nova atividade e as condições encontradas na UBS, como a oferta reduzida de serviços e a demanda reprimida para serviços básicos e especializados. Com a implantação do acolhimento os problemas que existiam anteriormente no serviço apareceram de forma mais evidente. Após um ano de implantação do acolhimento, três questões ainda permaneceram como limites deste processo: pouca

inserção de profissionais médicos no acolhimento, o agendamento de consultas médicas, como questão crítica nos serviços e o terceiro desafio era a conciliação do trabalho de assistência interna, dentro da UBS, com o trabalho externo, perpetuando o modelo biomédico.

Ramos e Lima (2003) entendem por acolhimento a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades, atendê-las ou redirecioná-las. O Acolhimento é visto como um dos elementos para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois contribui para a procura do serviço pelo usuário, estabelecendo freqüentemente um vínculo entre usuário e sistema de saúde, propiciando uma relação menos impessoal entre trabalhadores de saúde e usuário e favorecendo o acesso. No estudo, percebe-se uma nova essência na análise do Acolhimento que remete à uma reflexão a partir da subjetividade do outro.

Ao considerar as ações de acolhimento e de construção do vínculo entre os trabalhadores de uma equipe do Programa de Saúde da Família e os usuários, Schmith e Lima (2004) constataram que se mantém a organização por ações programáticas e somente a proposta de território delimitado e população adscrita foram adotadas como estratégia do novo modelo de vigilância à saúde. Os princípios e diretrizes do SUS não são compreendidos por toda equipe de saúde pesquisada. Restringia-se o Acolhimento a uma ação programática, sem maiores repercussões individuais e coletivas.

Enquanto dispositivo de uma Política de Humanização dos serviços de saúde, o Acolhimento denota a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do ser humano, reconhecendo-o como sujeito histórico, social e cultural. Esta estratégia ultrapassa os limites técnico-operacionais de uma atividade programada e tange as esferas dos valores éticos. O Acolhimento pressupõe a mobilização de gestores, profissionais e usuários para todos os aspectos das relações que se estabelecem no âmbito da saúde. Contudo, um tênue limite deverá existir entre a perspectiva individual e coletiva para não confundir o processo de subjetivação com uma mera iniciativa de compaixão que caracteriza uma visão paternalista. É necessária uma consciência de cidadania e, reconhecer no SUS a principal instância do direito de acesso, da integralidade e da equidade na saúde, bem como, nas suas estratégias, um caminho para exercê-la.

Muitas investigações sobre o processo de acolher na saúde, principalmente na Atenção Básica ainda estão voltadas para os aspectos organizacionais e administrativos. De acordo com as propostas de humanização da saúde, emerge a necessidade de avançar um pouco mais nas considerações sobre o Acolhimento enquanto dispositivo de uma política de humanização e, portanto, envolto em considerações e aspectos éticos indissociáveis que vão desde o

reconhecimento da saúde como direito até as questões implicadas nas relações de responsabilização e vínculo estabelecidas entre os sujeitos protagonistas da assistência e da gestão em saúde.

A atenção básica à saúde representa a “porta de entrada” no Sistema de Saúde para a maioria dos usuários. As UBS constituem espaços onde são estabelecidas a relação entre os protagonistas, no cotidiano dos serviços, bem como representa o campo real da implementação das políticas públicas de saúde. Ainda são insipientes os estudos que buscam conhecer quais são as implicações éticas envolvidas no processo de acolher implementado nas UBS, com potencial influência sobre a mudança da atenção desenvolvida nos serviços de saúde e no exercício pleno do direito. Impulsionado por esta lacuna, o presente estudo pretendeu responder a seguinte questão: Quais são os possíveis conflitos éticos oriundos do cotidiano do acolhimento nos serviços de saúde de uma rede básica municipal?

A partir de situações persistentes nas instituições de saúde pública, como a limitação do acesso dos usuários aos serviços e da qualidade questionável da atenção diante de uma expressiva demanda e uma estrutura insuficiente e deficiente, especialmente considerando as circunstâncias oriundas do processo de transformação do modelo assistencial, o acolhimento articula-se com o referencial bioético para a análise das situações problemas que dele podem emergir. Neste sentido, a Bioética Cotidiana de Berlinguer (1993) e a Bioética da Proteção de Schramm e Kottow (2001) se mostraram como referenciais bioéticos consistentes para discussão da temática.

Considerando a importância de se ultrapassar o discurso bioético centrado nos avanços científicos, sobretudo da medicina e da biologia, denominados por Berlinguer (1993) de situações limites, o autor indica o quanto que esta orientação negligenciou os milhares de problemas que afetam milhões de pessoas cotidianamente, sobretudo as populações vulneráveis. Deste modo, reforça que conflitos e dilemas da vida cotidiana de considerável relevância necessitam ser retomados, a exemplo da restrita oferta da assistência à saúde.

Sob outra perspectiva ética, o acolhimento ou as situações que podem emergir desta prática, permitem serem analisadas sob a ótica do modelo da Bioética da Proteção. O contexto sanitário brasileiro estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, o SUS enquanto sistema nacional de saúde e suas políticas devem respeitar esta premissa, além de orientar suas práticas por princípios para a garantia do direito. A Bioética da Proteção para a saúde pública é considerada uma ferramenta de ética aplicada para legitimar políticas sanitárias como a brasileira que visam garantir o direito de cidadania. A proteção pressupõe a relação de responsabilidade entre uma esfera de maior poder – o Estado – sobre a coletividade

para a garantia de seus direitos fundamentais. Schramm e Kottow (2001) definem proteção como a ação de resguardar as necessidades que devem ser satisfeitas para favorecer princípios como a responsabilidade e a autonomia.

Considerando o acolhimento uma estratégia cuja proposta é ultrapassar as fronteiras técnicas e dentre seus objetivos estão a garantia de acesso e a promoção do vínculo dos usuários com o Sistema de Saúde, sua prática pode ser implementada com inúmeros revezes, atribuídos, principalmente a determinantes organizacionais. O presente estudo pretendeu tanger esferas de questões éticas e propôs identificar e analisar as implicações éticas emergentes nas práticas cotidianas de acolhimento, a partir da percepção dos atores envolvidos, usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

A reflexão ética representa uma importante iniciativa para a avaliação das políticas públicas, principalmente para o pensar crítico das práticas cotidianas. Visa, sobretudo, fortalecer a construção de um novo modelo assistencial efetivo e em consonância com seus princípios.

Para fins de compreensão da estrutura desta dissertação é importante destacar que sua apresentação seguiu o formato proposto segundo o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Inicialmente consta o projeto de pesquisa ampliado composto por introdução, objetivos, revisão de literatura, percurso metodológico e referências. Posteriormente insere-se o artigo científico que será submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar as implicações éticas presentes nas práticas cotidianas de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde, na percepção dos atores envolvidos, gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer os conflitos éticos cotidianos oriundos do processo de acolhimento em unidades básicas de saúde.
- Identificar as implicações éticas sobre a atenção à saúde dos usuários, para a garantia do direito e a qualidade do atendimento.
- Analisar as implicações éticas emergentes nas práticas cotidianas de acolhimento à luz da Bioética Cotidiana e da Bioética da Proteção.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Este capítulo busca delinear os principais aspectos ligados ao processo de construção de um novo significado, denominado, por autores como Eugênio Vilaça Mendes, de paradigma, para a atenção à saúde no Brasil. Para atender a este objetivo serão abordados três momentos que caracterizam tal processo e seu contexto: o cenário antigo, anterior à mudança, a transição para um novo cenário e a atual configuração do mesmo, destacando-se a ênfase e a conformação de estratégias para a efetivação dos princípios do sistema público de saúde brasileiro.

#### **3.1 Relação Estado e Saúde: retrospectiva histórico-estrutural**

Revisitar na literatura os condicionantes estruturais na intervenção do Estado na saúde e os processos históricos que configuraram padrões da relação Estado/saúde/sociedade, permite compreender como se processaram as mudanças no setor saúde. O cenário deste retrospecto é o Brasil no século XX e o objetivo é delinear os pontos de maior relevância da evolução das políticas de saúde. O conhecimento de uma realidade sanitária específica, bem como dos seus processos de formulação política, implica considerar o desenvolvimento do aparelho estatal responsável, como produto das histórias das relações entre forças políticas (TEIXEIRA, 1989).

O desenho histórico/estrutural da relação Estado/saúde/sociedade busca reunir os modelos de desenvolvimento, a ordem política, o regime político e as representações de interesse estatal e social. Os sistemas de representação e organização de interesses, os comportamentos e alianças entre atores políticos, suas estratégias e projetos ao nível setorial, só são compreendidos quando analisados à luz dos regimes e instituições políticas onde estão inseridos (*Ibidem*, 1989). Merhy (1992) acrescenta ainda, a perspectiva que a compreensão das políticas públicas têm se apresentado sob a forma de um modelo tecno-assistencial, constituído a partir de um conjunto de políticas sociais dos governos.

Contudo, não faz parte da intenção deste estudo analisar os processos como tais, a partir de referenciais teóricos, mas, retratá-los enquanto recortes históricos capazes de inserir o objeto de trabalho, as questões bioéticas, num contexto político-social de onde demandaram as transformações na área da saúde até o momento presente, onde emerge o tema pesquisado.

No século XX, “o sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista para o modelo médico assistencial privatista e deste, para o projeto neoliberal” (MENDES, 1995 p.19). Nas práticas de saúde foi estabelecida uma expressiva dicotomia, a atenção médica individual, previdenciária ou filantrópica, e as práticas de caráter coletivo, preventivas e programáticas, implementadas pela saúde pública.

Até metade do século XX, o modelo econômico agro-exportador exigiu do sistema de saúde brasileiro uma política de saneamento dos locais de circulação dos produtos para exportação e a erradicação e controle de doenças potencialmente prejudiciais aos lucros econômicos. De um lado, então, temos o modelo sanitário campanhista, descrito por Mendes (1995) como um modelo inspirado na visão militarista de combate às doenças de massa, caracterizado pela centralização das decisões e repressão nas intervenções individuais e sociais.

“A intervenção do Estado na área do seguro social para assalariados urbanos do setor privado data de 1919, com o seguro de acidentes de trabalho” (COHN et al, 2002 p.14) e na década de 20 foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP’s. As CAP’s eram organizadas por empresas, administradas e financiadas por empresários e trabalhadores e sua finalidade era assistencial. As classes assalariadas urbanas, passaram a ser assistidas por serviços de atenção médica individual, prestados pelas CAP’s, que compravam serviços médicos do setor privado pelo credenciamento médico (COHN et al, 2002).

Na década de 30, foram formados os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP’s – autarquias que institucionalizam o seguro social e passaram a ser geridos pelo Estado. Os recursos financeiros continuavam sendo de origem tripartite como nas CAP’s, empregados, empregadores e União, porém, a partir de então a contribuição patronal passou a ser calculada sobre o salário pago (COHN et al, 2002). No período mais autoritário – 1930-1945 - a preocupação da Previdência Social passou a ser de caráter contencionista e a assistência médica vista como função provisória e secundária (MENDES, 1995).

Em 1966, todo sistema previdenciário foi unificado no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. A sociedade brasileira vivia um momento de transformações, sociais e econômicas e o Brasil assistia ao intenso processo de industrialização e urbanização. Estas transformações geraram uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de

saúde, o importante agora, era atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo restaurada sua capacidade produtiva (MENDES, 1995).

Toda a mobilização da intervenção do Estado através das ações da Previdência Social sobre os serviços de saúde constituiu o outro lado da dicotomia e a consagração da medicina científica como modelo hegemônico de atenção à saúde. Os reflexos deste processo formaram o principal retrato do cenário das políticas públicas de saúde desde o início do século XX, e perduram com implicações importantes até os dias atuais.

Para compreender a concepção da medicina científica é importante conhecer os elementos estruturais que imperavam no desenvolvimento da prática médica. São eles:

- a) O mecanicismo, insere a visão do corpo humano como uma máquina, elemento essencial aos modos de produção dominante;
- b) O biologismo, reconhece exclusivamente a natureza biológica das doenças e de suas causas;
- c) O individualismo, tem o indivíduo como objeto da medicina científica, alheia à vida e aos aspectos sociais;
- d) A especialização, significa o aprofundamento do conhecimento em partes específicas;
- e) A exclusão das práticas alternativas, a medicina científica impôs-se as outras práticas médicas sob o mito da eficiência cientificamente comprovada;
- f) A tecnificação do ato médico traduz-se na necessidade de técnicas e equipamentos para a investigação diagnóstica e para a terapêutica. Em primeiro lugar estão a tecnologia e a medicação, a pessoa do médico é secundária nesta relação;
- g) A ênfase na medicina curativa, voltada para o tratamento das doenças objetivando a cura;
- h) A concentração dos recursos, as instituições hospitalares constituem os espaços ideais para atender às necessidades de especialização e de tecnologia (SILVA JUNIOR, 1998).

Segundo Cohn et al (2002), o apogeu do modelo desenvolvimentista marcou o início de um processo acelerado de aprofundamento da dicotomia entre atenção médica curativa e medidas preventivas de caráter coletivo, bem como do distanciamento dos serviços públicos e serviços privados de saúde.

Na segunda metade da década de 1970, a rede pública de serviços passou a assumir crescentemente a assistência médica individual. O Sistema Nacional de Saúde – lei 6229/75 – referenda os serviços vinculados ao Ministério da Saúde estarem contemplando também a

assistência médica individual (*ibidem*, 2002). O Sistema Nacional de Saúde institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, definindo as competências das instituições públicas e privadas, bem como consolidou a divisão dos espaços institucionais de atenção à saúde coletiva e à saúde das pessoas, que consagrava a separação das ações de saúde pública sob a responsabilidade do setor estatal das ações de atenção médica delegadas para o setor privado.

Em 1977, a Lei n 6.439 criou o Sistema Nacional de Previdência Social – SINPAS – que, conjuntamente com a Constituição de 1967-69 e a Lei 6.229, conformaram a base jurídico-legal do sistema de saúde vigente nos anos 70. Estes conjuntos de políticas públicas construíram as bases que permitiram a hegemonização do modelo médico-assistencial privatista assentado no tripé, Estado como financiador do sistema através da Previdência Social, setor privado nacional como maior prestador de serviços de atenção médica e setor privado internacional como produtor de insumos, equipamentos biomédicos e medicamentos (MENDES, 1995). “A lógica do favorecimento do setor privado da assistência médica através da política previdenciária prevaleceu de forma explícita até os anos 80” (COHN et al, 2002 p.17).

Teixeira (1989) descreve porque desde o final da década de 70 o modelo médico-assistencial privatista já demonstrava inadequações à realidade sanitária nacional. A prática médica curativa, sofisticada e especializada não era capaz de alterar o perfil de morbimortalidade do país; a ausência de critérios para a compra de serviços aos hospitais privados era incompatível com as necessidades de coordenação e planejamento da rede prestadora de serviços; o alto grau de centralização e fragmentação em dois ministérios – Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social – criava superposições, descoordenações e ausência de controle reduzindo a eficácia e a eficiência da ação governamental.

As constatações acerca de uma nova realidade, que se fazia cada vez mais visível e presente nas discussões sociais e políticas, fomentaram a entrada de novos atores sociais nessa arena movidos pelo ímpeto de transformar o cenário de exclusão, fragmentação e dicotomia das políticas públicas de saúde. Neste cenário, destaca-se o movimento sanitário brasileiro com sua luta por transformações legais e reais no sistema de saúde, cuja base ideológica fomentou o reconhecimento da saúde como direito e norteou a elaboração de uma nova organização para o sistema público brasileiro neste âmbito.

### **3.1.1 A Reforma Sanitária Brasileira: um recorte do processo pela transformação na saúde.**

O enfoque especial ao processo da Reforma Sanitária no Brasil, que teve seu apogeu com a aprovação do projeto reformista na área da saúde, deve-se à particularidade dos fatos que compõem os bastidores das políticas públicas, mas principalmente, a extrema relevância deste processo para a compreensão de como está atualmente configurado o sistema de saúde no país.

Foi durante o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – final dos anos 60 e início dos anos 70 – que se transformou a abordagem dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico social (ESCOREL, 1998, p.19). O movimento contra-hegemônico, conformado como reforma sanitária nos anos 80, surgiu nas Universidades onde foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva.

A implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva no Brasil, data da década de 50, porém, foi a partir de 1968 com a reforma Universitária que a existência destes Departamentos tornou-se obrigatória nas faculdades de medicina. As bases do preventivismo assentam-se em modelos conceituais como a história natural da doença, o conceito ecológico de saúde e doença e a multicausalidade. O social é mitificado, simplificado ou reduzido. No Brasil, a leitura do discurso preventivista deveria ser sobretudo estatal, devido ao papel desempenhado pelo Estado na prestação da assistência à saúde (Escorel, 1998).

No final dos anos 60, surgiu na América Latina, a proposta de medicina comunitária. Os programas de medicina comunitária agradavam os governos latino-americanos por serem soluções “baratas” para uma demanda crescente de atenção à saúde. Até o início da década de 70, os programas orientados pelo enfoque médico social, estavam vinculados aos Departamentos de Medicina Preventiva, utilizados como campo de estágio na formação de internos e residentes. Esses projetos alternativos produziram mais tarde, no campo da saúde pública, bases de futuros projetos institucionais (*Ibidem*, 1998).

Experiências locais e projetos pilotos, baseados na medicina comunitária, em 1976 iriam culminar no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste – PIASS – elaborado pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Mendes (1995) conclui que começava a esboçar-se uma entrada no aparelho do Estado de técnicos provindos do Movimento Sanitário, o que viria a ser um ponto importante nas políticas públicas nos anos 80. O autor também registra o surgimento, em todo País, de movimentos de trabalhadores de saúde, em 1976 o aparecimento do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde –

CEBES – e em 1979 da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, que através de publicações, debates, simpósios e outras atividades começaram a sistematizar uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial privatista.

No contexto do processo de redemocratização da sociedade brasileira, dos movimentos sociais que proliferaram em todo país e das novas formas de exercício da política, inscreveu-se o processo de reformulação da saúde que culminou com a Proposta da Reforma Sanitária Brasileira. O “Movimento Sanitário” foi assim denominado pela liderança intelectual e política do processo, tratando-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, provenientes na sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB). Este grupo influenciou o âmbito acadêmico e pode ser considerado o mentor do processo de reformulação do setor (GERSHMAN, 1995).

O Movimento Sanitário, contra hegemônico, dividiu a arena social e política com o projeto neoliberal. Assinalada por Mendes (1995), a consolidação do projeto neoliberal ocorreu de forma sutil e pouco perceptível. A década de 80 foi marcada pela crise econômica, a instabilidade e a crise estrutural expressas pela aceleração inflacionária e ruptura do Estado desenvolvimentista. “O Estado que sustentou as elites nacionais passou a ser, especialmente no final da década, o grande vilão, abrindo espaços às propostas neoliberais que conduzem a um Estado mínimo” (MENDES, 1995, p.32).

No setor da saúde, a crise do Estado repercutiu nas diferentes propostas de superação que sucederam ao longo dos anos. A crise da Previdência Social é refletida por três momentos descritos por Mendes (1995) como:

- 1) Crise ideológica - Com base técnica no PIASS e respaldo político da VII Conferência Nacional de Saúde, em outubro de 1980, surgiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE – encomendado a um grupo técnico interministerial com apoio da Organização Pan-americana da Saúde e que tinha como objeto a universalização dos cuidados primários da saúde em todo o território nacional. Num primeiro momento, o Programa incorpora diretivas de organismos internacionais e do movimento sanitário, mas, ainda continha o viés da elaboração tecnocrática. Sua segunda versão reduziu o projeto a uma proposta racionalizadora do modelo vigente, a partir deste momento foi colocado em debate público sofrendo contestações de caráter ideológico, encaminhado a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados não retornou mais ao cenário político.

- 2) Crise Financeira - Como resultado da crise econômica, esta crise identificou a assistência médica como o foco gerador dos problemas financeiros da

Previdência Social e acirrou o fracionamento dos diferentes interesses no interior da arena política da saúde.

3) Crise político institucional – Esta crise foi marcada pela criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária, o Decreto n 86.329, de 2 de setembro de 1981, criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária– CONASP – cuja finalidade foi de propor normas para a assistência previdenciária, racionalizar a alocação de recursos e propor medidas de controle e avaliação do sistema de atenção médica.

Ademais, importa salientar que esta instituição passa a absorver, em postos de importância, alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, o que, de um lado, dá início à ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários e, de outro, coloca no cerne de uma instituição em crise as temáticas do projeto contra-hegemônico que se estava gestando (MENDES, 1995 p.36).

No campo das políticas públicas, a contribuição do CONASP foi a implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS's – caracterizadas, num primeiro momento, como um programa de atenção médica e, numa segunda conformação, com nuances impressas pelo Movimento Sanitário, como estratégia em busca de um Sistema Unificado de Saúde. Neste segundo momento, as AIS's introduziram o mecanismo de planejamento descentralizado e integrado, implicando na valorização dos mecanismos de co-gestão, na introdução de financiamento das ações preventivas e na democratização do controle e da avaliação (MENDES, 1995).

A ocupação do pensamento contra-hegemônico nas instituições federais gestoras dos serviços de saúde ou definidoras das políticas de saúde serviu para acumular experiência traduzida nos projetos desenvolvidos pelo movimento sanitário desde o PREV-SAÚDE até as AIS's (ESCOREL, 1998).

Todo este movimento iniciado pelo projeto sanitário nos campos ideológico, político e institucional viveu seu momento máximo na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março de 1986, em Brasília. Este momento registrou a aprovação do projeto da “Reforma Sanitária Brasileira”, o qual segundo Gershman (1995 p.42) “introduziu mudanças no setor da saúde, de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente equitativo”.

A VIII Conferência foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais. Durante o plenário, reuniram-se aproximadamente cinco mil pessoas, entre as quais mil delegados, discutiu-se e aprovou-se a unificação do Sistema de Saúde (ESCOREL, 1998 p.187).



O relatório final da VIII CNS traz o consolidado das discussões sobre “Saúde como direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento do setor”. Todas as proposições apontadas nos temas refletem o momento de mobilização social e de reformulação do setor da saúde. O conceito de saúde foi baseado na abrangência de fatores, passando a ser definida como direito do cidadão e dever do estado.

[...] saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde [...] o direito a saúde significa a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional [...] (BRASIL, 1986 Relatório Final VIII Conferência Nacional de Saúde).

A Reforma Sanitária transformou os âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo para configurar a saúde enquanto direito universal. A saúde como direito de cidadania e dever do Estado propugna-se a transição do direito fragmentado e discriminatório para o direito igualitário às ações de saúde para todos os cidadãos e define o Estado como responsável pela garantia deste direito (MENDES, 1995).

A saúde como direito de todos garante o atendimento universal e igualitário, em contraposição ao sistema previdenciário excludente. A incorporação pelo Estado do direito à saúde e sua efetividade nas políticas públicas garante o papel estatal de executor, regulamentador e financiador das ações de saúde a partir do SUS (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989).

Estas questões são historicamente inéditas e traduzem o momento das transformações democráticas frente às necessidades coletivas de saúde, além de refletirem as pressões sociais pelas mudanças. A conquista da cidadania foi a máxima dos resultados alcançados pelo processo da Reforma Sanitária e a garantia do direito foi a condição principal para promovê-la.

Todas as resoluções emanadas da VIII CNS tiveram continuidade através da formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. A formação desta comissão deslocou a luta do âmbito social para o interior dos organismos estatais, os enfrentamentos políticos pela implantação da Reforma Sanitária estiveram permeados pela lógica do setor público, limitados pela relação de força no interior do aparelho do Estado, permeado pelo clientelismo político, à política de favores pessoais e às rotinas burocráticas (GERSHMAN, 1995 p.43).

A efetiva implantação da Reforma ocorreu em 1987 com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS – este sistema incorporou os princípios da

Reforma Sanitária com, universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização e a descentralização.

Através de mecanismos políticos, contábeis e burocráticos no INAMPS e no Ministério da Saúde, criam-se obstáculos à implementação do SUDS, dentre os quais o mais notável foi o desaparecimento dos recursos nos meandros das máquinas federais, estaduais e municipais. As unidades locais de saúde viveram permanente crise pela falta de pagamento dos profissionais, falta de materiais e medicamentos. Estes fatos provocaram desconfiança na população em relação ao setor público da saúde, aproveitando-se desta fragilidade, o setor privado cresceu consideravelmente nesta época (*Ibidem*, 1995). Para Mendes (1995) o SUDS só não foi mais desorganizado devido a sua concomitância com o processo de elaboração da Constituição Federal.

Gershman (1995) destaca o importante papel da Plenária Nacional de Entidades de Saúde, constituída em meados de 1987 e formada por entidades representativas do movimento popular em saúde, do movimento sindical, dos partidos políticos de esquerda, dos profissionais de saúde, de representantes do Movimento Sanitário e Academia e de entidades estaduais e municipais favoráveis a Reforma. A Plenária destacou-se pelos significativos avanços em termos de articulação de um movimento social de caráter nacional em torno da questão da saúde, conseguindo plasmar na Constituição Nacional os princípios da Reforma Sanitária.

O cenário onde a Assembléia Constituinte se formou, era de (re) democratização do país, era o auge das reivindicações sociais, bem como das conquistas, o projeto da Reforma Sanitária há pouco havia sido aprovado numa manifestação singular de democracia. Apesar dos reveses políticos e econômicos da corrente contra-hegemônica, as propostas do Movimento Sanitário alcançam espaços fundamentais no texto constitucional que trata da saúde.

De fato, a articulação e organização de forças populares na Plenária Nacional possibilitaram que o capítulo da saúde na Constituição Nacional contemplasse o direito universal à saúde e a criação de um sistema único de saúde, descentralizado, acessível e democrático (GERSHMAN, 1995 p.44).

### **3.2. Sistema Único de Saúde: do plano político-ideológico à proposta técnico-operacional**

O SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para o seu término [...] (MENDES, 1999 p.57).

A saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde. A Constituição Federal de 1988 incorporou as principais propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, tratando da saúde e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em seus artigos 196 a 200, cuja regulamentação ocorreu através das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

O artigo 198 da Constituição Federal prevê a organização do SUS de acordo com as diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera do governo; do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; da participação da comunidade (BRASIL, 1988).

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS devem, além das diretrizes, obedecer aos seguintes princípios dispostos no artigo 7, Capítulo II da LOS 8.080/90:

I) Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II) Integralidade da assistência. Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e os serviços preventivos e os curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III) Preservação da autonomia da pessoa na defesa da sua integridade física e moral;

IV) Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V) Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI) Divulgação de informações quanto o potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII) Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII) Participação da comunidade;

IX) Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, dando ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalizando e hierarquizando a rede de serviços de saúde;

X) Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI) Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII) Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência à saúde da população;

XIII) Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990 a).

Durante o processo de promulgação, a Lei 8.080/90 sofreu 25 vetos do então Presidente da República Fernando Collor de Mello, sendo que meses depois, alguns temas vetados foram definidos na Lei Complementar 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Esta LOS dispõe, principalmente, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS instituindo em cada esfera do governo as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde enquanto instâncias de controle social; e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde definindo os parâmetros de alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e os requisitos para Municípios, Estados e Distrito Federal receberem estes recursos (BRASIL, 1990b).

Mesmo com a regulamentação do SUS pelas LOS 8.080/90 e 8.142/90, ainda eram observadas algumas dificuldades operacionais no processo de implantação do Sistema. Para contornar essas dificuldades, o Ministério da Saúde passou a editar as Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS, com o intuito de normatizar as formas de trabalho conjunto entre as três esferas de governo, buscando a aplicação dos princípios legais para as diferentes realidades locais (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

Em 17 de julho de 1991 através de Resolução nº 273 foi editada a NOB nº 01/91. As disposições desta Norma buscavam instituir o arranjo institucional previsto na legislação para a gestão descentralizada do SUS, porém, ainda estava muito baseada nas normas desenvolvidas pelo antigo INAMPS, principalmente no pagamento das atividades centrado nas ações médicas, o que descaracterizava os principais objetivos do SUS ao redefinir a lógica de transferência de recursos a estados e municípios (*Ibidem*, 2001).

Em agosto de 1992 foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema “Municipalização da saúde, condição indispensável para a efetiva implantação do SUS”. Pautada nas recomendações desta conferência, foi exposta e divulgada a formulação

da estratégia para descentralização, no documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”. Este documento, após ser discutido e analisado por vários atores da área, ganhou uma nova versão e constituiu-se na NOB n ° 01/93, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada em 20 de maio de 1993, através da Portaria do Ministério da Saúde n° 545 (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

Diante de alguns limites que persistiram, com destaque para os reveses de alocação de recursos e da descentralização, foi editada e publicada através da portaria do Ministério da Saúde n ° 2203, em 6 de novembro de 1996, a NOB n ° 01/96 (NOB/96). Esta Norma buscou promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus munícipes, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União (BRASIL, 1997).

A NOB/96 reafirmou a importância do papel das Comissões Intergestores, Tripartite na esfera federal e Bipartite na esfera estadual, e instituiu tetos financeiros para todas as esferas de governo, determinando, para os municípios a elaboração com a participação do gestor estadual, de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) para definição de seus tetos. Os municípios e os estados passaram a serem co-responsáveis na busca da equidade, da qualidade na atenção e na construção de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

A atenção à saúde passou a envolver três grandes campos:

- a) o campo da assistência, individual e coletiva no âmbito ambulatorial e hospitalar;
- b) o campo das intervenções ambientais relacionadas às condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho;
- c) o campo das políticas externas ao setor saúde que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença da coletividade.

Nos três campos enquadra-se o espectro das ações compreendidas nos níveis de atenção a saúde, representados pela promoção, proteção e recuperação, priorizando o caráter preventivo (BRASIL, 1997).

Com seus propósitos, a NOB/96 constituiu um mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde. Este modelo deveria resultar na ampliação do modelo centrado na relação individualizada e na intervenção terapêutica. Transformando-se em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente, bem como, na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com

as famílias. Este novo modelo também considera os processos de educação e de comunicação social como essenciais que permitem a compreensão globalizadora e fundamentam as negociações para uma mudança consciente. Outro enfoque é a questão ética, deseja-se construir uma ética coletiva que transcenda a ética individual, o que implica em transformações na relação entre usuários e agentes do sistema de saúde e na intervenção ambiental (*Ibidem*, 1997).

A conformação de um novo modelo visou atingir os princípios constitucionais do direito a saúde e teve para isto duas bases fundamentais: a consolidação do vínculo dos segmentos sociais e o SUS e a criação de condições para a eficiência e eficácia gerenciais. Com a formulação dos sistemas municipais, rede regionalizada e hierarquizada, de atendimento integral em estabelecimentos de ações e serviços no âmbito do SUS, disciplinados em subsistemas, um para cada município, os segmentos sociais e os gestores apropriaram-se de um conjunto de serviços bem definido capazes de desenvolver uma programação de atividades publicamente pactuada (BRASIL, 1997).

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS, especialmente, da NOB-SUS 93 e 96 promoveu a integração das ações de saúde entre as três esferas do governo e desencadeou um processo de descentralização intenso. Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão na NOB/96 atingiu mais de 99% dos municípios do país e nos estados houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços.

Contudo, à medida que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurecia, evidenciou um conjunto de problemas e obstáculos em relação aos aspectos críticos para a consolidação do SUS agravados pela complexa estrutura político administrativa estabelecida na Constituição Federal de 1988, em que os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica. Novamente, com o intuito de enfrentar os problemas de implantação do SUS, em janeiro de 2001, através da portaria n 95 do Ministério da Saúde foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). O conjunto de estratégias apresentado pela NOAS articulava-se em torno da ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços da atenção básica, da regionalização e da organização funcional do SUS atualizando a regulamentação da assistência á saúde (BRASIL, 2001).

Considerando que um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e com qualidade nos seus serviços, concebe a atenção básica como parte imprescindível de um conjunto de ações para o atendimento dos problemas de saúde da população a NOAS 01/01

ampliou o acesso e a qualidade da atenção básica instituindo a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), onde o município assume, dentre outras responsabilidades:

- a) Na organização – A gerência de unidades ambulatoriais próprias; gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União; a organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados; o desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS.
- b) Na atenção à saúde - O cumprimento das responsabilidades de controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal; a disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme o conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada; a execução das ações básicas de vigilância sanitária; a execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas;
- c) No planejamento - A elaboração do Plano Municipal de Saúde; a realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente; a elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS; o Pacto de Indicadores da Atenção Básica firmado com o estado (*Ibidem*, 2001).

Durante o processo de implantação da NOAS 01/2001 foram identificados entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais. A alternativa encontrada foi a elaboração da NOAS-SUS 01/02, que assegurou a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS 01/2001 e procurou oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação (BRASIL, 2002).

Como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, a instituição do Plano Diretor de Regionalização, de acordo com a NOAS 01/2002 fundamentou-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a

integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (*Ibidem*, 2002).

Desde como foi compreendida na NOB/96, a atenção à saúde permanece seguindo seus preceitos de acordo com suas bases constitucionais. O processo de conformação de um novo modelo de atenção à saúde permaneceu nas Normas de Assistência que se configuraram posteriormente, entendido nas entrelinhas das disposições normativas que buscaram constantemente rever e aprimorar, na prática, as diretrizes para garantir o acesso universal, a integralidade e a qualidade das ações e dos serviços de saúde, bem como, dos demais princípios do SUS durante a sua implantação no país.

Em 2006, a portaria 399 de 22 de fevereiro, estabeleceu as Diretrizes do Pacto pela Saúde contemplando o Pacto entre os gestores do SUS nas dimensões: Pacto pela Vida, Em Defesa do SUS e de Gestão. Transcorridos quatro anos da publicação da NOAS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) buscam estratégias para a pactuação de responsabilidades entre as três esferas de gestão no intento de superar a fragmentação de políticas e programas de saúde (BRASIL, 2006c).

O Pacto pela Vida determinou compromissos em torno de algumas prioridades que representam impactos sobre a situação de saúde da população, bem como, estabelece metas para cada um dos acordos e para todos os níveis gestores. Dentre os eixos pactuados tem-se o Fortalecimento da Atenção Básica, os objetivos perpassam ações de organização para garantir a consonância com os princípios filosóficos e organizativos do SUS.

### **3.2.1 A Atenção Básica à Saúde no SUS**

Neste momento, o enfoque é para a Atenção Básica à saúde no SUS enquanto nível de organização do sistema e palco privilegiado onde se insere o tema deste estudo. Desde que o SUS foi concebido ideológica e legalmente, um movimento para a mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando o nível da Atenção Básica, é impulsionado nos âmbitos da gestão e da organização das ações e serviços de saúde (MARQUES; MENDES, 2002).

O SUS enquanto um sistema pressupõe a existência de partes que funcionam de acordo com uma estrutura e uma organização. No contexto da organização de prestação de serviços na saúde o sistema está organizado em três níveis hierárquicos de atendimento, nível primário, nível secundário e nível terciário. Denominados níveis de complexidade de ações e



de serviços, os três níveis estão configurados sob a forma piramidal e compoem a base da pirâmide temos representada a atenção primária ou básica à saúde (COHN; ELIAS, 2005).

Para alguns autores, na promoção da Atenção Básica está implicado um novo modelo assistencial. Mendes (1999) destaca que a crise na saúde, sobretudo, fundamentou-se na necessidade de reverter a lógica do modelo assistencial biomédico para o modelo de atenção à saúde baseado na produção social da saúde. O autor descreve os elementos chave de mudança para afirmação real do SUS: a concepção do processo saúde-doença, o paradigma do processo sanitário, a prática sanitária e a ordem governativa da saúde na cidade (MENDES, 1999 p.234).

Para caracterizar as mudanças desejadas é possível sintetizar cada um dos aspectos mencionados de acordo com as suas perspectivas de transformação:

a) A concepção do processo saúde-doença é modificada a medida que novas concepções articulam saúde com condições de vida, desta forma, saúde é resultante de um processo de produção social e expressa pela condição de existência dos seres humanos no seu cotidiano;

b) A mudança do paradigma sanitário pressupõe uma mudança paradigmática da biomedicina para a produção social da saúde, cujos fundamentos estão na teoria da produção social que abrange tudo o que o ser humano cria a partir do conjunto de suas capacidades como tal. Uma sociedade é capaz de produzir e acumular saúde ou produzir socialmente enfermidades.

c) As mudanças das práticas sanitárias propõem estruturar-se sobre o conceito de “vigilância à saúde, uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde” (*Ibidem*, 1999 p.243). A vigilância à saúde apóia-se em estratégias de intervenção individual e coletiva, a partir da combinação de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e acidentes e ações de caráter curativo, com base no saber interdisciplinar e no fazer intersetorial.

d) As mudanças da ordem governativa na cidade implicam numa nova lógica governativa, se, anteriormente era centrada no setor da saúde, o modelo de vigilância à saúde exige uma nova racionalidade que faz de toda a estrutura político administrativa da cidade um espaço de produção social da saúde (MENDES, 1999).

O paradigma da produção social da saúde e a vigilância a saúde como prática sanitária constitui a estrutura de uma nova realidade que se processa no cenário da saúde pública do

Brasil. A Atenção Básica, enquanto primeiro nível de atenção do sistema, está baseada nas proposições do modelo de vigilância à saúde:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006a).

O sujeito é compreendido na sua singularidade, complexidade, integralidade e na sua inserção social, as ações da Atenção Básica são desenvolvidas na busca de promover a qualidade de vida (*Ibidem*, 2006a).

A reorganização da assistência à saúde no SUS, com ênfase na Atenção Básica, e o processo de mudança do modelo de atenção apresentou, como marco, a operacionalização do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (MARQUES; MENDES, 2002).

Algumas experiências internacionais do Canadá, Cuba e Inglaterra tiveram influência indireta na formulação do PSF. Porém, as origens do Programa estão no Programa de Agentes de Saúde (PAS) desenvolvido no Ceará em 1987 e estendido para todo país em 1991, denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e numa experiência de programa de saúde da família, no município de Quixadá/CE. Com estas bases, em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como uma política de atenção primária à saúde (MENDES, 2002).

A Portaria do Ministério da Saúde n.648 de 28 de março de 2006 elege a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve:

- I – ter caráter substitutivo em relação a rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;
- II – atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III – desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação, realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV – buscar a integração com as instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V – ser um espaço de construção de cidadania (Brasil, 2006a).

Em consonância com os princípios do SUS, os princípios da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família expressam toda a articulação ideológica, organizativa e política inserida no atual cenário das políticas públicas de saúde, sobretudo, refletem o processo de mudança do modelo de atenção. Todos estes princípios devem orientar a organização da atenção à saúde respeitando o princípio da “heterogeneidade” (MENDES, 1999 p.280) que reconhece a singularidade das particularidades de cada realidade onde as práticas se concretizam no dia a dia e onde se processam as mudanças.

Por se tratar de um contexto de profundas transformações no âmbito da saúde são incitados múltiplos olhares sobre o vasto panorama de características próprias desta nova maneira de pensar e fazer saúde. Inseridos neste universo do SUS, considerado o macro das políticas públicas de saúde, bem como, nos seus micro-espacos como da Atenção Básica à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, tomemos apenas um único enfoque: a humanização enquanto princípio que orienta e deve permear as ações e os serviços deste grande contexto.

### **3.3 Humanização na Saúde e Como Política Pública**

O termo “humanização” permeia o campo da assistência à saúde há mais de 40 anos. Casate e Correa (2005) analisaram a produção científica sobre as concepções de “humanização em saúde /enfermagem”, o compilado deste estudo apresentou reflexões acerca do tema, emergindo no cenário da assistência à saúde, desde o final da década de 50, na área da enfermagem e na década de 1970 para a medicina.

Segundo Fortes (2004), a humanização da atenção à saúde tem seu fundamento na Declaração Universal dos Direitos Humanos, segundo seu artigo primeiro “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (ONU, 1948 Art 1).

Posteriormente, o tema é novamente referendado na declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata em 1978 na URSS.

A Conferência enfatiza que a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade- é um direito humano fundamental, que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde ( OMS, 1978).

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária imprimia em todas as suas reivindicações um caráter humanizado para as práticas em saúde que pretendiam transformar. Com a aprovação das diretrizes da Reforma Sanitária, na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, e sua institucionalização na Constituição Federal de 1988, a estruturação do SUS inaugurou o reordenamento teórico, paradigmático e operacional da saúde (REIS; MAZINA; GALO, 2004).

Além do caráter humanizado das propostas da Reforma Sanitária, o tema da humanização esteve intrinsecamente ligado a todo processo de redemocratização da sociedade brasileira, em que as lutas por políticas públicas revigoradas em sua dimensão coletiva impunham, principalmente, a redefinição do papel do Estado e os direitos dos homens. A partir da década de 70, assistiu-se a uma revolução crítica e a retomada da transcendência humana, com a instauração do Estado-nação, é quando o humanismo retornou às discussões e permanece como foco nos debates atuais (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Paralelamente a este cenário, outros processos de (re) democratização da saúde reivindicavam a humanização do atendimento e constituíram afluentes fundamentais do processo mais amplo. Neste contexto, Vaistman e Andrade (2005) destacam os movimentos feministas e os movimentos pelos direitos do paciente, idosos, portadores de HIV e de distúrbios mentais.

Para Deslandes (2004), a legitimidade da questão “humanização” ganhou um novo *status* com a regulamentação em 2000, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O Programa propôs um conjunto de ações integradas com o objetivo de alterar os padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar público. Sua elaboração foi baseada nas relações entre profissionais, entre profissionais e usuários e entre hospital e comunidade, visando a qualidade e a eficácia para os serviços prestados (BRASIL, 2000).

Em 2004, o Ministério da Saúde estabelece a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS (PNH) ou simplesmente HumanizaSUS. Esta iniciativa expande a humanização para todos os níveis de atenção à saúde.

Faz-se necessária uma definição acerca do conceito de humanização para proporcionar uma compreensão adequada ao que pretende instituir o governo no momento que elege a humanização como política pública de saúde. O tema humanização é tratado por alguns autores pela sua característica polissêmica, ou seja, com diversos sentidos. Cabe destacar no cenário da saúde, mais especificamente no contexto da humanização, o estudo de Deslandes (2004) que analisa o documento oficial do PNHAH e busca definir os sentidos atribuídos à

humanização impressos no discurso do Programa. A autora considera três eixos de significados:

1) A humanização como oposição à violência, no sentido de resgatar a humanidade do atendimento à saúde. Entende-se por violência as situações concretas de negação total do direito e as ocasiões de descaso na compreensão das dimensões psicológicas e sociais. Situações protagonizadas pelos profissionais e pelos usuários.

2) A humanização como capacidade de qualificação dos serviços prestados. O discurso destaca a interação necessária entre tecnologia e relacionamento humano, com ênfase no humano enquanto estratégia para não despersonalizar o atendimento.

3) A humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador, reconhecendo aspectos como a infra-estrutura enquanto condições básicas para promoção do bom relacionamento.

Segundo a autora, os três eixos interagem entre si e todos com o eixo da comunicação, apontada como recurso-chave para a humanização, o ser humano é dado como um ser de linguagem com seus significados próprios e singulares. Nesta perspectiva a autora conclui que “humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética” (DESLANDES, 2004, p.11).

Benevides e Passos (2005) redefinem o conceito de humanização tratando-o como estratégia de interferência nas práticas de saúde, considerando “[...] que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo” (BENEVIDES; PASSOS, 2005a p.391).

Campos (2005) considera que o debate sobre humanização pode contemplar uma dimensão puramente abstrata e ideológicas, mas pode interferir na prática da saúde quando admite a existência de um processo de alienação no SUS, num mundo contemporâneo onde os valores estão em desuso, e resgata o olhar da atenção para o ser humano, com respeito ao Sujeito e a centralidade da vida humana.

É no campo real onde se encontra a dimensão coletiva da produção de sujeitos autônomos e protagonistas na produção da sua saúde, esta por sua vez, compreendida pela sua multiplicidade de determinantes e na complexidade das relações que ela demanda. A humanização no SUS como processo de subjetivação só torna-se efetiva com a concretização dos modelos de atenção e gestão, exaustivamente discutidos e conformados na construção e implantação do Sistema de Saúde, com a sintonia da teoria com a prática e do conhecimento com a transformação da realidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O Ministério da Saúde entende que tem a responsabilidade de ampliar o debate sobre humanização, de sensibilizar outros segmentos e tomar este movimento como estratégia para o fortalecimento do SUS, tornando a humanização enquanto uma política pública de saúde (BRASIL, 2006b).

Humanização na saúde deixa de ser fragmentada em Programas e passa a ser uma política transversal que perpassa diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Benevides e Passos (2005) destacam que o risco em tomar a humanização como mais um Programa seria o de operacionalizar normativas exaltando o modo vertical das relações, estando pautado em ações a serem cumpridas e em metas a serem alcançadas, esquecendo-se da resolutividade e qualidade dos serviços.

Como política, a PNH é norteada por princípios entre os quais abrangem aspectos como a valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos dos cidadãos, o trabalho em equipe multiprofissional, a construção de redes cooperativas e de autonomia e protagonismos dos sujeitos coletivos, bem como da sua co-responsabilidade nos processos de gestão e atenção. Também orientam esta política, o fortalecimento do controle social em todas as instâncias do SUS, o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores e da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

A proposta da PNH coincide com os próprios princípios do SUS, especialmente, quanto à universalidade do acesso e do direito à saúde, a integralidade e a igualdade nas ações como necessidades fundamentais ao exercício da cidadania. Com a implementação desta política, o Ministério espera alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS.

[...] Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam da sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referencia territorial e atenção integral; as unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, [...] garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários [...] (BRASIL, 2006b).

Para viabilizar os princípios e os resultados esperados com a PNH são definidos alguns dispositivos, entendidos pela política como “tecnologias” ou “modos de fazer”:

1. Acolhimento com classificação de risco;
2. Equipes de Referência e de Apoio Matricial;

3. Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
4. Projeto de Construção Coletiva da Ambiência;
5. Colegiados de Gestão; Contratos de Gestão;
6. Sistemas de Escuta Qualificada para usuários e trabalhadores da saúde;
7. Projeto “Acolhendo os familiares/rede social participante”;
8. Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;
9. Grupo de Trabalho de Humanização (BRASIL, 2006b).

Estes dispositivos visam basicamente à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo transformações nas relações sociais e nos modos de produzir e prestar serviços, devendo enquanto instrumentos de mudança, permear a atenção e a gestão em saúde (SANTOS FILHO, 2006).

Em vários eixos de ação, como são os eixos da gestão, do trabalho, do financiamento, da atenção e da comunicação, o Ministério pretende institucionalizar e difundir a PNH, bem como, apropriar a sociedade dos resultados desta política. Para tanto, alguns parâmetros são traçados para orientar as ações de Humanização na rede do SUS nos diferentes níveis de atenção.

Para este estudo, cabe destacar os parâmetros para implementação da PNH na Atenção Básica à Saúde. Estas estratégias compõem o escopo da política de humanização no primeiro nível de atenção à saúde, objetivando alcançar os resultados esperados e de acordo com seus princípios. Inicialmente, temos a organização do Acolhimento para promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema. Outra estratégia é a abordagem orientada por projetos terapêuticos de saúde individuais e coletivos, na perspectiva do exercício de uma clínica ampliada, capaz de aumentar a autonomia dos sujeitos e no estabelecimento de redes de saúde, incluindo todos os atores e equipamentos sociais. A organização do trabalho, centrado nas equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar podem avançar na gestão compartilhada dos cuidados /atenção. Ademais temos a implementação de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, educação permanente, valorização e cuidado para os trabalhadores de saúde e a organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente (BRASIL, 2006b).

Ainda para atender aos objetivos deste estudo, será enfatizada a estratégia correspondente ao dispositivo de acolhimento por entendê-lo enquanto um espaço dinâmico com informações diferenciadas e potencialmente geradoras de conflitos éticos, por sua vez determinados pelas relações estabelecidas no âmbito da produção do cuidado.

A Portaria n. 648/06 determinou como uma das características do processo de trabalho das Equipes da Atenção Básica, conseqüentemente das Equipes de Saúde da Família, a implementação das diretrizes da PNH, incluindo o acolhimento.

Segundo o Documento Base da PNH, o Acolhimento compreende a recepção do usuário, desde a sua chegada ao serviço de saúde, a responsabilização integral de suas necessidades, permitindo que ele expresse suas angústias, e a garantia de uma atenção resolutiva e articulada com outros serviços, quando necessário (BRASIL, 2006b).

Outros autores, em seus estudos, atribuem diferentes interpretações para Acolhimento. Franco, Bueno e Merhy (2004) entendem o acolhimento como uma etapa da produção da relação usuário-serviço e do conjunto do processo de trabalho na saúde. Os autores, propõem o Acolhimento como um dispositivo capaz de questionar as relações estabelecidas no cotidiano dos serviços de saúde e de revelar como se processam os modelos assistenciais na prática, além de, avaliar e refletir sobre o vínculo e a responsabilização construídos nas relações usuário-trabalhadores-gestão.

Teixeira (2005) elaborou um estudo sobre os sentidos da humanização na produção dos cuidados primários de saúde que traz à tona um significado de Acolhimento para além do conceito de atividade de recepção nos serviços. O Acolhimento é proposto como uma técnica de conversa operada por qualquer profissional em qualquer momento do atendimento “acolhimento dialogado” (p.592). Nesta ‘tecnologia’, o diálogo se orienta em busca de conhecer as necessidades do usuário e dos modos de satisfazê-las.

O Acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da idéia básica do Acolhimento, que se construiu como diretriz operacional da PNH. Enquanto estratégia, propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde partindo de princípios como: atender todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, garantindo acessibilidade universal, reorganizar o processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se compromete a resolver o problema de saúde do usuário, bem como, busca qualificar a relação trabalhador usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 2004).

O acolhimento quando entendido como estratégia de humanização, redundante às relações humanas, na atenção a saúde como nas demais áreas, sugere conflitos em diferentes âmbitos, político, profissional e pessoal. A relação destes âmbitos está pautada sob a perspectiva de respostas ao atendimento às necessidades individuais e coletivas, neste caso



especificamente a saúde, de forma bilateral, de quem oferece e quem recebe. Estas relações perpassam por implicações bioéticas do seu desenvolvimento. Nesta perspectiva, “o acolhimento é a atitude de receber, integrar, incluir, por oposição à segregar, dificultar o acesso, excluir (ASSOCIAÇÃO PALAS ATHENA, 2002 p.63).

As ações de saúde não podem ser reduzidas a aspectos técnico-científicos, porém, também não devem ser vistas exclusivamente pelo ângulo humano subjetivo. Tomar consciência da situação criada pela relação do humano diante da tecnologia é uma iniciativa ética potencial, produtora de responsabilidade e respeito. O Acolhimento nas unidades de saúde pressupõe pessoas mobilizadas nas relações interpessoais, correspondente a atividade profissional que repercute junto à população. No desenvolvimento da prática profissional, uma estratégia como o Acolhimento significa um compromisso social individualizado que depende de valores intrinsecamente humanos.

A prática do acolhimento na atenção à saúde é compreendido conforme recomenda a PNH, destacando-se a responsabilidade dos serviços de saúde pela atenção integral no atendimento às necessidades dos usuários. Desta forma, o acolhimento é a ação cujo um dos objetivos é a atenção integral a saúde.

O atendimento integral à saúde foi impresso, sobretudo, no texto constitucional de 1988. Desde então, com maior ênfase, os sentidos para compreender a saúde de modo integral tornaram-se tema de muitos estudos. Usualmente a expressão amplamente debatida é a integralidade como sinonímia da expressão que trata a Constituição Federal Brasileira em seu artigo 198.

Mattos (2001) propõe uma reflexão acerca dos sentidos do princípio da integralidade. O autor sugere analisá-lo sob a ótica de três grandes conjuntos de sentidos: das práticas profissionais, da organização dos serviços e das respostas governamentais. Nestes eixos, são discutidas as atitudes reducionistas dos atores envolvidos, como a redução ao aspecto clínico da doença pelos profissionais, a organização dos serviços voltados apenas aos sofrimentos físicos e as respostas políticas limitadas a uma ou algumas dimensões dos problemas de saúde. O significado destes reducionismos opõe-se ao sentido de integralidade. O autor ainda atribui ao hábito de reduzir múltiplos aspectos em poucos à incapacidade de relacionamento entre os sujeitos do processo, avessos ao diálogo. Olhar o sujeito como portador de anseios e compreender sua subjetividade, significa contrapor-se ao reducionismo, significa dispor-se ao diálogo e atender integralmente as diferentes necessidades.

Silva Junior e Mascarenhas (2004) entendem o acolhimento articulado a outros conceitos como vínculo/responsabilização e qualidade na atenção, como uma tradução de

integralidade. Como uma mudança de postura, o acolhimento pressupõe a atitude de receber, de escutar, de tratar com humanidade o usuário. Potencialmente, esta atitude poderá desencadear relações de dimensões mais abrangentes na dinâmica entre profissional-usuário, seus reflexos serão percebidos nas relações profissional-usuário-sistema, completa a tríade dos protagonistas das ações e dos serviços de saúde.

As instituições, no seu agir cotidiano, materializam as políticas por meio das ações individuais. A integralidade é construída em ações, sobretudo em atitudes de diferentes perspectivas envolvidas, em resposta a interesses, concepções e ao contexto (PINHEIRO; LUZ, 2003).

### **3.4 Acolhimento à Luz da Bioética.**

A proposta de uma ação acolhedora para os usuários nos serviços de saúde denota o estabelecimento de uma relação de sujeitos em processos que visam atender as necessidades e carências no âmbito da saúde. Os modelos teóricos da Bioética são recentes nos contextos da atenção à saúde, e foram propostos, principalmente diante dos avanços da medicina. Atualmente sua aplicabilidade transpõe fronteiras e adentra em situações do cotidiano, sobretudo no que tange as desigualdades sociais no acesso à saúde.

A prática do acolhimento articula-se com o referencial da Bioética a partir do pressuposto que nas bases deste processo estão as ações humanas passíveis de gerarem conflitos éticos e as políticas públicas neste contexto como garantia para o direito social à saúde.

Contextualizando historicamente, a Bioética nasceu num momento, especialmente na segunda metade do século XX, quando houve um extraordinário desenvolvimento científico biológico. Deste campo do saber, a biomedicina, emergiu a necessidade de promover a discussão ética sobre as questões suscitadas nas suas práticas, principalmente, da experimentação com seres humanos e animais e do avanço e revolução das descobertas genéticas.

Três momentos históricos marcaram o seu nascimento: o termo Bioética foi impresso pela primeira vez pelo médico americano Van Ressenlaer Potter em seu livro “Bioethics: Bridge to the future” publicado em 1971. Sua intenção era destacar a necessidade de construir uma disciplina que interligasse as ciências biológicas e sociais com a ética, preocupada com o progresso científico em relação com a vida. Sua obra questionava para onde o progresso científico e tecnológico poderia levar a humanidade e enfatizava a importância de uma

reflexão cautelosa sobre o processo de evolução uma reportagem na revista *Time* no mesmo ano do lançamento do livro, torna a expressão Bioética conhecida do grande público (FORTES; ZOBOLI, 2003).

Neste mesmo ano, 1971, o médico holandês, André Hellegers introduziu o termo Bioética enquanto disciplina do Joseph and Rose Kennedy Institute of Human Reproduction na Bioethcs, em Washington DC. Esta ação produziu um efeito questionado posteriormente, pois, restringiu a utilização do termo para a biomedicina.

A publicação de Tom Beuchamp e James Childress “Principles of Biomedical Ethics”, em 1979, apresenta o modelo principialista e contribui para estreitar a relação da Bioética somente com as questões individuais, deontológicas e as relações entre profissionais e usuários de saúde. A reflexão bioética era enquadrada em quatro princípios: da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça (FORTES; ZOBOLI, 2003; KOTTOW, 2005).

Ao passo que a sociedade evolui, no conhecimento e em tecnologia, surgem novas necessidades, como reflexos deste processo. Schramm (2001) pressupõe que a quantidade e a qualidade dos desejos individuais ou mesmo das sociedades democráticas modernas, apontam para situações de dilemas éticos em relação ao respeito de valores fundamentais a dignidade humana e de acesso aos produtos desta dinâmica. A garantia de direitos constitucionais como a “saúde para todos” torna os serviços públicos de saúde um rico cenário para situações cotidianas de desrespeito aos princípios sociais e morais.

É neste contexto que se insere o acolhimento enquanto prática cujas bases são as relações humanas, onde se conforma um espaço estratégico para a garantia do direito à saúde e para a qualidade da atenção em respeito à dignidade humana. A ação de acolher compreendida a partir de seu determinante subjetivo potencialmente denota uma ação fundada sobre valores éticos e sob a perspectiva de política pública assinala para a discussão de responsabilidade ética desempenhada pelo Estado.

Da articulação entre a prática do acolhimento e a emergente reflexão ética este estudo orienta sua análise sob dois referenciais da Bioética, a Bioética Cotidiana e a Bioética da Proteção.

Numa breve avaliação do contexto histórico das práticas biomédicas, torna-se evidente o predomínio do caráter assistencial curativo em relação às ações de promoção á saúde e prevenção, bem como, da utilização de equipamentos tecnológicos e sofisticados à frente das ações humanas. Estes aspectos confirmam o desenvolvimento do olhar da Bioética voltado apenas para os casos extremos de intervenção da biomedicina sobre a vida.

Na década de 90, as concepções clínicas e individualizadas sofreram fortes críticas, bem como, foi questionada a prevalência da atenção para as chamadas “situações limites” ou “fronteira” como a eutanásia, os transplantes de órgãos, o aborto e outras questões. Berlinguer (1993) sem a intenção de priorizar uma reflexão em detrimento de outra, questiona a ênfase dada pelos estudos da Bioética sobre os “casos de situações limite” (1993, p.21) que conduzem os debates para os casos eventuais, negligenciando os problemas morais que surgem na vida cotidiana. O autor alerta para o risco de voltar a atenção apenas para questões secundárias às outras que, quando avaliadas sob o olhar ético, não implicariam em um conflito de limite. A Bioética cotidiana refere-se aos comportamentos e idéias de cada pessoa, a partir dos quais se busca compreender princípios e valores que estão na base das ações humanas. Além disso, foca a atenção nos dilemas éticos que afetam cotidianamente milhares de pessoas e que são sistematicamente negligenciados.

É no dia a dia das instituições de saúde que emerge um extenso rol de casos de privação de acesso, atendimento desprovido de condições mínimas para a qualidade e relações entre sujeitos que inferem profundas críticas sob a análise ética. Este universo não pode ser esquecido, tão pouco ser subestimado pela ética aplicada às situações extremas e passíveis de serem evitadas em muitos casos, se adotas posturas de valorização da vida e da naturalidade desta condição.

Uma outra perspectiva se constrói no campo da saúde pública, especialmente, quando se analisa os conflitos éticos que emergem em cenários dos países de Terceiro Mundo. Esta especificidade fomentou um movimento de conscientização na América Latina pela urgência em desenvolver uma corrente Bioética orientada às questões coletivas contextualizadas em realidades de exclusão social. A Bioética, assim como a saúde pública possui abordagens multidisciplinar e interdisciplinar e uma visão autônoma e humanista para as ações e serviços de saúde, garantindo a dignidade humana e os direitos dos cidadãos (FORTES; ZOBOLI, 2003).

A partir desta compreensão os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) estão intrinsecamente envolvidos com um olhar sensível sobre sujeitos singulares em sua biografia e cultura, respeitando sua autonomia e seu protagonismo, exatamente como propõe agir a política através de seus dispositivos que, por sua vez implicam numa consciência ética, sobretudo quanto ao direito à saúde com acesso de qualidade aos serviços de atenção à saúde.

Conforme foi concebida, a saúde pública tem como finalidade a preocupação com a saúde das populações em contextos naturais e sócio-culturais diversos, e surgiu sob os desígnios da prevenção de doenças e da promoção a estilos de vida saudáveis. Os conflitos

éticos da saúde pública podem ser enfrentados, para Schramm e Kottow (2001), por meio de uma nova concepção da Bioética, denominada “Bioética da proteção”. A proteção é compreendida por estes autores como o resguardo das necessidades essenciais, não deve ser reduzida ao princípio da beneficência, pois, dependeria de uma avaliação apenas individual sobre o que é benéfico, tampouco, pode ser confundida com paternalismo porque neste caso existe um agente que decide e impõe o que e para quem destina-se o benefício.

São quatro as bases, segundo Kottow (2005 p.33) que sustentam o desenvolvimento de uma ética de proteção: o compromisso político de todo Estado; o fundamento ético da convivência; as limitações do pensamento principialista; a necessidade de uma ética própria para a América Latina, que faça eco à realidade socioeconômica de países precariamente desenvolvidos.

O conceito de proteção desenvolvido pela Bioética da proteção, quando aplicado aos problemas da saúde pública, pretende integrar a responsabilidade moral e a eficácia pragmática, podendo, portanto, ser considerado uma genuína ferramenta da ética aplicada. Isso é indispensável para legitimar políticas sanitárias que se pretendem universalistas do ponto de vista dos valores, como é a política sanitária inspirada da Constituição Brasileira e nos princípios do SUS. Mas, pretende também respeitar, na medida do possível, a pluralidade dos valores e interesses que perpassam as coletividades, não impondo comportamento que poderiam infringir os direitos fundamentais das pessoas, mas, oferecendo modelos de comportamentos considerados válidos do ponto de vista da prevenção do adoecimento e da promoção da saúde [...] (SCHRAMM, 2003 p.83).

A PNH é uma política de Estado que incorporou princípios construídos por movimentos sociais que reivindicavam a garantia do acesso universal às ações e aos serviços públicos de saúde, estes mesmos princípios regem o arcabouço jurídico-institucional do SUS que desde sua regulamentação busca formas de exercê-los na sua dimensão real. Desta forma, o Estado deve assumir o cuidado pela cidadania da população sob sua responsabilidade, que implica em uma ética de responsabilidade social, entendida como a proteção do Estado para os cidadãos, e também a responsabilidade destes sujeitos pelo planejamento e aplicação desta proteção a medida que são responsáveis pelas suas escolhas, presumindo-se uma construção coletiva das políticas públicas (SCHRAMM; KOTTOW, 2001; KOTTOW, 2005).

## **5 DESENHO METODOLÓGICO**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo cujo fenômeno investigado requer uma abordagem qualitativa de *design* exploratório-descritivo. A pesquisa qualitativa justifica-se na intenção de aprofundar a investigação no mundo dos significados das ações e relações humanas, ou seja, se preocupa com um nível da realidade social, cujos processos e fenômenos não podem ser quantificados ou reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

O *design* exploratório proporciona uma visão geral do fenômeno da pesquisa e o cunho descritivo é apropriado para conhecer suas características (GIL, 1989).

### **5.2 Cenário e sujeitos do estudo**

O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede municipal de saúde onde está implantada a Política Nacional de Humanização de acordo com o Plano Municipal de Saúde, em um município de grande porte do estado de Santa Catarina (100.000 a 900.000 hab)<sup>1</sup>. A rede municipal é composta por cinco (5) regionais de saúde, quarenta e seis (46) UBS's e duas (2) policlínicas.

Do total de UBS que compõem a rede municipal, foram sorteadas cinco (5) unidades, uma unidade por regional de saúde. Nestas, os respectivos sujeitos eram aleatoriamente convidados a participar da pesquisa, seguindo o critério da acessibilidade e disponibilidade. Especialmente para os gestores optou-se por convidar, pelos mesmos critérios, representantes do nível regional e central, pois, no nível local apenas o coordenador da unidade representava a gestão.

---

<sup>1</sup> Classificação de acordo com a estimativa de população, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2004.

Os critérios de inclusão na pesquisa para gestores foi atuar na gestão nos âmbitos local, regional ou central no setor de Atenção Básica. Os trabalhadores deveriam compor as equipes locais de saúde, não sendo baliza para escolha a participação na ESF, pois se entende que a PNH é extensiva aos serviços e todos trabalhadores da rede municipal independentemente do enquadramento funcional devem atuar segundo seus princípios e estratégias. Todos os usuários deveriam ser cadastrados nas respectivas UBS, moradores da comunidade e usarem os serviços há pelo menos 1 ano.

Os critérios de seleção de todos os participantes a partir do universo descrito anteriormente, podem ser enumerados da seguinte forma: 1) disponibilidade de tempo para participar da entrevista; 2) interesse em participar da pesquisa; 3) assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice IV e V)

Os limites numéricos para cada categoria de sujeitos foram estabelecidos como previsão empírica, baseados principalmente na representatividade das informações para o estudo qualitativo que exclui o critério numérico para garantir validade aos dados. Foi considerada a “vinculação significativa para o problema investigado” (DESLANDES, 2004, p. 43), alguns critérios na seleção e a saturação das informações obtidas. Inicialmente foram limitadas dez (10) entrevistas para cada categoria, totalizando uma amostra de trinta (30) sujeitos.

E sujeitos efetivamente a amostragem final foi de nove (9) gestores, dez (10) trabalhadores de saúde e sete (7) usuários dos serviços, totalizando 26 sujeitos. Foram realizadas mais duas entrevistas com usuários, mas devido às perdas técnicas não foi possível o aproveitamento das informações.

A etapa final e determinante para o total dos entrevistados foi a saturação das informações evidenciadas pela repetição das informações segundo as questões norteadoras e os objetivos da pesquisa.

### **5.2.1 Perfil dos sujeitos de pesquisa**

A partir de alguns itens relativos à identificação dos sujeitos que foram abordados nas entrevistas foi possível elaborar o perfil dos entrevistados conforme o quadro a seguir:

**Quadro 1: Caracterização sujeitos pesquisados. Florianópolis, 2007.**

Nº	Categoria	Sexo		Faixa etária				Formação **				Escolaridade			Tempo de gestão, de serviços e de usuário na UBS		
		M	F	20- 30	30- 40	40- 50	50 ou mais	Méd.	Enf.	Odont.	Téc. Enf.	F	M	S	<= 1 ano	1 -5	> 5 anos
1	G		x			x			x					x			x
2	G		x		x			x						x		x	
3	G		x		x				x					x			x
4	G		x				x		x					x			x
5	G		x	x					x					x	x		
6	G		x			x			x					x		x	
7	G		x		x			x						x	x		
8	G		x				x		x					x		x	
9	G	x					x			x				x	x		
10	T		x			x					x		x		x	x	x
11	T		x		x								x				
12	T		x		x								x				
13	T		x			x			x					x			x
14	T		x	x					x					x	x		
15	T		x				x						x				x
16	T		x	x										x		x	
17	T		x				x							x		x	
18	T		x		x									x			x
19	T		x				x		x					x		x	
20	U	x				x		---	---	---	---	x					x
21	U		x			x		---	---	---	---	x					x
22	U		x				x	---	---	---	---			x			x
23	U		x			x		---	---	---	---	x				x	
24	U		x		x			---	---	---	---	x					x
25	U	x			x			---	---	---	---		x				x
26	U		x		x			---	---	---	---		x				x
T	26	3	23	3	9	7	7	2	9	1	7	4	9	13	5	8	13



**\* Categorias: G – Gestor; T – Trabalhador; U – Usuário.**

**\*\* Formação: Medicina, Enfermagem, Odontologia e Técnico em Enfermagem.**

**\*\*\* Escolaridade: F- Ensino Fundamental; M – Ensino Médio; S – Ensino Superior**

Observadas as informações acima se identificou um predomínio, entre os entrevistados, de sujeitos do sexo feminino, prevalente em todas as categorias. Este dado pode refletir a crescente participação da mulher no mercado de trabalho e corrobora com o predomínio da demanda nos serviços de saúde composta por mulheres, devido aos programas destinados ao público e à saúde das crianças.

Quanto às faixas etárias, há um predomínio de sujeitos entre os trinta anos e cinquenta anos de idade. Segundo a formação, dois gestores entrevistados eram médicos, seis eram enfermeiros e um odontólogo. Dos trabalhadores que participaram da pesquisa, três eram enfermeiros e sete eram técnicos em enfermagem. Os usuários não foram questionados sobre sua formação, mas, quanto a sua escolaridade. Do total de sete usuários entrevistados, um possuía nível de ensino superior, dois nível de ensino médio e 4 nível de ensino fundamental.

A caracterização do tempo de atuação na gestão demonstrou um equilíbrio entre os entrevistados, três atuavam há um período igual ou inferior a um ano, três entre um ano e quatro anos e os demais três ocupavam uma posição na gestão dos serviços de saúde há cinco anos ou mais. Pode-se atribuir esta característica a vinculação política de gestão política municipal e a escolha dos representantes para os demais níveis que o representam em secretarias e setores administrativos.

O tempo de atuação nos serviços de atenção básica à saúde revela um equilíbrio entre os trabalhadores que atuam há mais de cinco anos e aqueles que estão a um tempo inferior. Pode-se considerar um expressivo número de profissionais que ingressaram na atenção básica a saúde em tempos anteriores às mudanças estratégicas de organização e de modelo assistencial, bem como, a formação destes profissionais foi estruturada sobre a lógica do modelo biomédico, uma vez que a reestruturação curricular é uma recente realidade que ainda está sendo construída.

Quanto ao tempo que utilizam as UBS há um predomínio dos usuários que são freqüentadores das UBS's há mais de cinco anos, revelando o vínculo com o nível de atenção primária podendo-se explicar pela proximidade do domicílio, pela oferta de ações específicas de alguns programas como de imunizações e de saúde da mulher e da criança e serviços

básicos, bem como, após a organização do SUS, este nível de atenção configura a porta de entrada para os demais níveis. Os usuários que utilizam a um tempo inferior podem corresponder às mudanças do local de residência que os vinculam com serviços respectivos a sua área de moradia.

#### **5.4 Coleta e registro dos dados**

A coleta dos dados fez-se por meio de entrevistas com os sujeitos envolvidos na pesquisa. Segundo Neto (2004) as entrevistas buscam na fala dos atores as informações que respondem aos objetivos do estudo, trata-se de uma conversa a dois com propósito definido que permite a coleta de dados objetivos e subjetivos.

As entrevistas seguiram o padrão semi-estruturado, pois possibilita uma maior liberdade de expressão tanto do pesquisador como do informante, tendo em vista que a entrevista se desenrola a partir de um questionamento básico flexível ao processo, permitindo ao entrevistador realizar adaptações necessárias (TRIVIÑOS, 1987). Para cada categoria de sujeitos foi elaborado um roteiro contendo duas situações problema e perguntas (Apêndice I, II, III).

A construção dos roteiros contemplou duas situações hipotéticas no atendimento dos serviços de Atenção Básica para investigar a percepção dos sujeitos diante dos casos apresentados. As questões gerais foram estruturadas sob a intenção de conhecer as questões relevantes acerca do acolhimento e da atenção à saúde e suas nuances no cotidiano das unidades de saúde.

Para garantir fidedignidade aos dados, as entrevistas foram gravadas em áudio, mediante o consentimento do entrevistado para o uso do gravador. As informações coletadas foram posteriormente transcritas respeitando a literalidade dos relatos.

## 5.5 Análise dos dados

Após as etapas de coleta e transcrição das entrevistas, iniciou-se a etapa de análise dos dados seguindo a técnica de pesquisa qualitativa de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977).

Operacionalmente, conforme orienta a técnica, procedeu-se esta etapa em três fases distintas:

- 1) Pré-análise – Esta fase consistiu na leitura flutuante e exaustiva do material a fim de constituir o *corpus* do estudo, com as informações que representam o universo que se pretende analisar.
- 2) Codificação – Este momento correspondeu ao tratamento do material, ou seja, a transformação dos dados primários em unidades de representação do conteúdo, visando a categorização. “Cada unidade de representação corresponde a um núcleo de sentido cuja presença ou frequência possuem um significado para o objetivo do estudo” (BARDIN, 1977, p. 105).
- 3) Categorização – Compreendeu a fase de agrupamento das unidades de representação, segundo as semelhanças de significados e classificação temática para compor as categorias.

Processadas todas as fases, foram compostas as seguintes categorias: Acolhimento: Incongruências entre discursos e práticas; Acolher com limitações: a organização da oferta e a oferta desordenada; Acolhimento e atenção integral: aproximações e distanciamentos; Do desejo de sentir-se acolhido às experiências excludentes.

## 5.6 Aspectos éticos

Para garantir os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) nortearam o desenvolvimento deste estudo. A pesquisa foi cadastrada no SISNEP sob o número FR 104921 e submetida a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 251/06 e aprovada na reunião do referido Comitê, no dia 25 de setembro de 2006.

Além de uma exigência do CEPESH a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido visa garantir principalmente a autorização consciente para o uso das informações obtidas. Os sujeitos do processo foram convidados a participarem espontaneamente, sendo que a sua recusa não implicou em prejuízos pessoais ou em alguma forma de constrangimento para os mesmos, bem como foi assegurada a possibilidade de desistirem da pesquisa em qualquer momento. Para garantir o anonimato dos sujeitos foi adotado o uso de códigos para identificação das informações, por meio do uso das iniciais de suas categorias de sujeitos. O código para os gestores foi a letra G, para trabalhadores a letra T e para usuários a letra U. Seguindo à inicial de cada categoria foi atribuída uma numeração em algarismo romano, conforme o total de sujeitos em cada categoria.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PALAS ATHENA. **Ética do acolhimento** Revista THOT, Maio, 2002. n.º77 p.63-69.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. mar/ago 2005a. v.9, n.17, p. 389-406.

\_\_\_\_\_ A Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005b, vol.10, n.3, p.561-571.

BERLINGUER, Giovanni. **Questões de vida: Ética ciência e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

\_\_\_\_\_ **Bioética cotidiana**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Ed. Loyola, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/CCIVIL/Constituicao>> Acessado em abr. 2006.

\_\_\_\_\_ Relatório Final da VIII Conferencia Nacional de Saúde. Brasília, 1986. (Mimeo).

\_\_\_\_\_ Conselho Nacional de Saúde. Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acessado em: ago. 2004.

\_\_\_\_\_ Conselho Nacional de Saúde. Lei Orgânica da Saúde nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990b. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br>>. Acessado em ago. 2004.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde /NOB SUS 96. Brasília, 1997. Disponível em: < [http://www.conasems.org.br/Doc\\_diversos/complementar/NOB96.pdf](http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/complementar/NOB96.pdf) >. Acessado em abr. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência a Saúde /NOAS SUS 02. Brasília, 2002. Disponível em <[http://www.conasems.org.br/Doc\\_diversos/complementar/NOAS.pdf](http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/complementar/NOAS.pdf)> Acessado em abr. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência a Saúde /NOAS SUS 01. Brasília, 2001. Disponível em <[http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto\\_lei04.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_lei04.pdf)> Acessado em abr. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília, 2006a. Disponível em <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)> Acessado em 12 abr.2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização HUMANIZASUS – Documento Base. Brasília, 2006b. In: PASSOS, Eduardo (Org). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde. Brasília, 2006c.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. mar/ago 2005. v.9 n.17 p. 389-406.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI Jr., Luiz. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei de, SOARES, Darli Antonio e CORDONI Jr., Luiz (Orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. Ed. Uel, 2001. p.27-59.

CARVALHO, Brígida Gimenez; PETRIS, Airton José; TURINI, Bárbara. Controle social em Saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei de e SOARES, Darli Antonio e CORDONI Jr., Luiz (Orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. Ed. Uel, 2001. p.93-109.

CASATE, Juliana Cristina e CORREA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. jan./fev. 2005, vol.13, no.1, p.105-111.

COHN, Amélia, et al. **A saúde como direito e como serviço**. 3 Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COHN, Amélia; Elias, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil**. Políticas e organização dos serviços. 6 Ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto ético político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. mar/ago 2005. v.9 n.17 p. 389-406.

\_\_\_\_\_. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2004a, vol.9, n.1, p.7-14.

\_\_\_\_\_. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social teoria, métodos e criatividade**. 23 Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004b. p. 31-50.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FILHO SANTOS, Serafim Barbosa. Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. In: PASSOS, Eduardo (Org). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**. set-dez 2004. v. 13, n. 3 p.30-35.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lurdes Campos Pavone. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lurdes Campos Pavone (Orgs). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, 2003. p. 11-24.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson Elias et al (Org.). **O trabalho em saúde olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2 Ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa - um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GIL, A C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1989.

KOTTOW, Miguel. Bioética da proteção: considerações sobre o contexto latino americano. In: SCHRAMM, Fermin Roland; REGO, Sergio; BRAZ, Marlene; PALACIOS, Marisa. (Orgs) **Bioética riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Editora FIOCRUZ, 2005. p. 29-44.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho**. Base de dados CEDOC, 2002. Disponível em <<http://www.opas.org/htm/textos>> Acessado em mar. 2006.

MENDES, Eugenio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugenio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 Ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p.19-87.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. 2 Ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

\_\_\_\_\_. **A Atenção primária a saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política**. Um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

\_\_\_\_\_. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social teoria, métodos e criatividade**. 23 Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p.09-29.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Declaração universal dos direitos humanos**. 1948. Disponível em: <[http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php)>. Acessado em abr.2006.

RAMOS, Donatela Dourado e LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. jan./fev. 2003, vol.19, no.1, p.27-34.

REIS, Alberto O. Advincula; MARAZINA, Isabel Victoria; GALLO, Paulo Rogério. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**. set-dez 2004.v 13 n 3 p.36-43



SCHIMITH, Maria Denise e LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, nov./dez. 2004, vol.20, no.6, p.1487-1494.

SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lurdes Campos Pavone (Orgs). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, 2003. p.71-84.

SCHRAMM, Fermin Roland e KOTTOW, Miguel. Principios bioéticos em salud pública: limitaciones e propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**. jul./ago. 2001, vol.17, no.4, p.949-956.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde**: O debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004. p. 241-258.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. jul./set. 2005, vol.10, n.3, p.585-597.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária**. Em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p.17-46.

TEIXEIRA, Sonia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reforma sanitária na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária**. Em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p.193-232.

TRIVINOS, Augusto N. Silva. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VAITSMAN, Jeni e ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, jul./set. 2005, vol.10, n.3, p.599-613.

# *ARTIGO CIENTÍFICO*



# **ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES ÉTICAS SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS.**

## **“USER EMBRACEMENT” IN BASIC CARE: ETHICAL IMPLICATIONS ON THE HEALTH CARE OF THE USERS.**

Laura Cavalcanti de Farias

Marta Verdi

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina

\* Este artigo é parte integrante da dissertação de mestrado de Laura Cavalcanti de Farias apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, área de concentração Ciências Humanas e Políticas Públicas, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço para correspondência:

Laura Cavalcanti de Farias

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina - Campus Universitário Trindade, Florianópolis – SC – Brasil - 88010-970

E-mail: lauracavalcanti@bol.com.br

### **Resumo**

O presente artigo identifica e analisa as implicações éticas oriundas das práticas cotidianas de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus reflexos na atenção à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo qualitativo de *design* exploratório descritivo, realizado em cinco UBS's da rede municipal de saúde de um município de grande porte do estado de Santa Catarina. Foram entrevistados 26 sujeitos, entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários. Analisado à luz dos referenciais das abordagens da Bioética Cotidiana e da Bioética da Proteção, o acolhimento nas realidades pesquisadas, revelou contextos permeados por conflitos éticos que emergem do dia a dia das ações nos serviços de saúde, mostrando distanciamentos técnicos e conceituais, bem como limitações estruturais. Na voz dos usuários sobressaíram diferenças marcantes entre o que se caracterizou como o desejo de sentir-se acolhido com respeito e ter atendidas suas necessidades e as frustrantes experiências vivenciadas no cotidiano das UBSs, as quais revelam situações de exclusão e negação do direito à saúde. Os resultados obtidos representam um revés na implementação desta prática em consonância com os princípios da universalidade no acesso, da integralidade na atenção e da garantia do direito à saúde.

Palavras chave: Atenção Básica; Acolhimento; Bioética

## **Abstract**

This article identifies and analyses the ethical implications originated from the daily activities of user embracement in basic health units and its implications on the health care of the users from the Brazilian Unified Health System. It's a qualitative study of exploitative descriptive design which took place in five basic health unit from city's health system of an important city in the state of Santa Catarina, Brazil. Twenty six individuals have been interviewed, among them are managers, health employes and users. Analyzed in the light of the references of the Daily Bioethics' and protection Bioethics' approaches, the embracement in the cases studied revealed contexts filled with ethical conflicts which emerge from routine activities in health care, showing technical and conceptual distancing, as well as structural limitations. The user's statements pointed out outstanding differences between the users desire to feel embraced respectfully and have their needs filled and their frustrating experiences they've gone through in the basic health units' daily routine, which reveal situations of exclusion and denial on what concerns the right to health. The represent results a setback in the implementation of this practice in accordance with the principles of universality in the access, integrality in care and the guarantee of the right to health.

Keywords: Primary Health; User Embracement; Bioethics

## **Introdução**

Desde 1988, depois de quase duas décadas da promulgação da Constituição Federal Brasileira onde a saúde foi garantida como um direito de todos e um dever do Estado, bem como, do desencadeamento do processo de regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) orientado por diretrizes e princípios como a universalidade e a integralidade, o cenário das ações e práticas da saúde pública voltou-se para a construção de um novo modelo de assistência à saúde.

Neste processo, são inúmeros os esforços para efetivar as prerrogativas do SUS e garantir no campo real seu funcionamento conforme sua base teórica e conquista legal. Este estudo tomou por referência um exemplo introduzido no ano de 2004 para atuar transversalmente em toda a rede do SUS, a Política Nacional de Humanização (PNH), considerando que seu marco teórico-político configura-se em torno da humanização das práticas de atenção e gestão como uma dimensão fundamental do sistema de saúde.

Essa política se propõe a fomentar princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Um dos dispositivos da política é o acolhimento, que compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde, a responsabilização integral de suas necessidades e a atenção resolutiva aos seus problemas<sup>1</sup>.

A PNH integra o acolhimento aos seus “modos de fazer”, contudo, esta prática enquanto estratégia foi implementada desde as primeiras propostas de reorientação da atenção à saúde, constituindo-se como uma diretriz do novo modelo technoassistencial. O acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário<sup>2</sup>.

Pode-se compreender o acolhimento simultaneamente enquanto uma diretriz e uma estratégia, segundo Takemoto e Silva<sup>3</sup> esta prática nos serviços de saúde denota a reorganização do trabalho e a postura diante da atenção às necessidades dos usuários. A articulação destas perspectivas traduz a intenção de um atendimento com garantia do direito de acesso aos serviços e da humanização das relações estabelecidas no cotidiano das instituições.

Embora se entenda que o acolhimento deve perpassar a todos os níveis da atenção à saúde, para atender ao escopo desta pesquisa, a investigação foi limitada à atenção básica, o primeiro nível de atenção na organização da rede hierarquizada dos serviços do SUS.

Os estudos em torno desta temática estão basicamente delineados sob a perspectiva estrutural e organizacional de uma atividade implantada com vistas às transformações propostas pelo SUS. São incipientes as pesquisas que retomam o acolhimento sob a perspectiva ética. Enquanto dispositivo de uma Política de Humanização dos serviços de saúde, o Acolhimento traduz a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do ser

humano, reconhecendo-o como sujeito histórico, social e cultural. Portanto, esta estratégia pretende ultrapassar os limites técnico-operacionais de uma atividade programada e tanger as esferas dos valores éticos.

O programa Ética do Acolhimento da prefeitura municipal de São Paulo, em parceria com a Associação Palas Athena<sup>4</sup>, em 2002, publicaram um ensaio sobre a articulação intrínseca da ação do acolher com a dimensão ética dos sujeitos e dos serviços. Os aspectos técnico operacionais, predominantes nas instituições e nas ações dos profissionais, se sobrepõem à atitude humana de valor ético social, de responsabilidade e respeito. Este constitui o maior problema enfrentado no cotidiano dos serviços, de onde emerge a necessidade de discutir os conflitos que uma prática imbuída de consciência da subjetividade dos sujeitos pode gerar, para não transformá-la em mais uma técnica, dentre as demais atividades mecânicas e reducionistas.

A atitude de acolher pressupõe a mobilização dos sujeitos envolvidos em todos os aspectos das relações que se estabelecem no âmbito da saúde. É necessária uma consciência de cidadania e, reconhecer no SUS a principal instância do direito de acesso, da integralidade e da equidade na saúde, bem como, nas suas estratégias, um caminho para exercê-la. O espaço do acolhimento na atenção básica à saúde compõe um potencial cenário para conflitos éticos no dia a dia das ações.

Considerando a necessidade de refletir acerca da dimensão ética no processo de acolher os usuários nos serviços de saúde e oferecer uma assistência integral e com qualidade, tomando como contexto o cotidiano de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em uma rede municipal, o objetivo do presente estudo foi analisar as implicações éticas no acolhimento, a partir da percepção dos atores envolvidos, gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Para subsidiar a análise foram eleitas duas abordagens da Bioética, justificados por sua aplicabilidade teórica às situações-problemas provenientes dos serviços de saúde, sobretudo

no âmbito da saúde pública: a Bioética Cotidiana e a Bioética da Proteção. A primeira, segundo Berlinguer<sup>5</sup> surge da necessidade de resgatar as atenções para os comportamentos e idéias de cada pessoa, a partir dos quais se busca compreender, contextualizar e discutir suas implicações no cotidiano dos serviços de saúde. Já a segunda, toma como referência o objetivo básico na saúde pública no contexto brasileiro, onde a saúde é um dever do Estado e um direito a todo cidadão. Os conflitos éticos da saúde pública podem ser enfrentados, para Schramm e Kottow<sup>6</sup>, por meio de uma nova concepção da Bioética, a “Bioética da proteção”. A ação protetora do Estado deve garantir o direito social do acesso aos serviços de saúde, com qualidade e respeito aos direitos humanos fundamentais.

### **Percurso Metodológico**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e *design* exploratório-descritivo, realizado na rede básica de saúde de um município de grande porte do estado de Santa Catarina, onde está implantada a Política Nacional de Humanização.

Os sujeitos de pesquisa foram gestores, trabalhadores da saúde e usuários, sendo a amostra composta por vinte e seis (26) sujeitos, distribuídos em nove (9) gestores, dez (10) trabalhadores de saúde e sete (7) usuários. Estes sujeitos foram escolhidos aleatoriamente, por acessibilidade e disponibilidade para participar, a partir das cinco (5) Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma (1) de cada regional de saúde do município, eleitas por sorteio.

A coleta dos dados processou-se por meio de entrevistas, seguindo o padrão semi-estruturado, com uso de roteiro sistematizado em duas partes: a primeira contendo a exposição de dois casos e perguntas abertas referentes aos mesmos, e a segunda, contendo a seqüência de questionamentos norteadores da entrevista.

A etapa de análise dos dados seguiu a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin<sup>7</sup>, resultando na constituição de quatro categorias temáticas.

Para garantir os aspectos éticos de uma pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 251/06 e aprovado na reunião do Conselho de Ética do dia 25 de setembro de 2006. Para garantir o anonimato dos sujeitos foram adotados códigos para identificação das informações, por meio do uso das iniciais de suas categorias de sujeitos. O código para os gestores foi a letra G, para trabalhadores a letra T e para usuários a letra U. Seguindo à inicial de cada categoria foi atribuída uma numeração em algarismo romano, conforme o total de sujeitos em cada categoria.

### **Acolhimento: Incongruências entre discursos e práticas.**

A análise dos dados obtidos nas entrevistas com gestores e trabalhadores da saúde revelou contradições entre as percepções subjetivas e a descrição das experiências como atores do processo de acolhimento. Tais evidências foram dispostas em dois eixos de distanciamento, com uma face de caráter conceitual e outra referente às práticas reais de acolher.

A primeira incongruência observada expressa o distanciamento entre o discurso do acolhimento e os modos de acolher revelado na prática. Em uma face do discurso, o acolhimento é compreendido como método de escuta atenta e qualificada e os modos de acolher, revelados na prática, se restringem em estratégias para o atendimento de urgências.

Gestores e trabalhadores expõem sua concepção sobre acolhimento e convergem para uma definição baseada fundamentalmente na relação estabelecida com os usuários cujo objetivo é ouvir suas necessidades de modo a oferecer respostas. Entretanto, é importante ressaltar que ao ato de ouvir é atribuído um caráter especial, pois envolve muito além do sentido de ouvir, tornando um ato mecânico em uma ação humana sensível. É imprimir ao simples ato de ouvir a capacidade humana de escutar, de estar atento com o outro.



A esta escuta é atribuído outro adjetivo “qualificada”. Assim, a premissa da recepção de um usuário, segundo refletem os sujeitos, deve ser orientada pela escuta qualificada dos problemas demandados aos serviços.

*Saber ouvi-las principalmente...e dá resolutividade para o problema dela. (T IV)*

Diversos autores têm discutido a importância da escuta e atenção às necessidades dos usuários, dentre eles, destacam-se Franco, Bueno e Merhy<sup>8</sup> que apontam o acolhimento como a diretriz operacional fundamental para a inversão do modelo tecno-assistencial no SUS. Tal diretriz sustenta-se em pilares como a garantia da acessibilidade universal e a qualificação das relações, onde escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta sempre positiva aos problemas apresentados pelos usuários.

Teixeira<sup>9</sup> propõe a discussão do “acolhimento dialogado” como técnica de conversa, com características peculiares e norteadas por princípios éticos, passível de ser realizada por qualquer profissional em qualquer momento do atendimento. A proposta é conceber a ação sob a perspectiva mais humana, evitando sua interpretação exclusivamente tecnicista e valorizar todas as demandas individuais.

Entretanto, os discursos dos sujeitos de pesquisa mostraram-se divergentes dos relatos dos modos de acolher operado na prática dos serviços. Os discursos são encobertos por descrições de atendimentos pontuais, acolhimento na prática como sinônimo de atendimento de urgência. Trata-se da atenção às pessoas que diariamente recorrem às unidades de saúde com uma necessidade imediata e pela limitação do acesso não conseguem atendimento agendado, elas então, são acolhidas desde que sua demanda seja avaliada como importante e factível.

*Num caso de dor a gente vai perguntar o que ele precisa, um caso de urgência, isso é acolhimento. (T III)*

Percebe-se que a preocupação com a qualidade da escuta presente nos discursos, distancia-se substancialmente dos modos como os sujeitos descrevem a organização do acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde.

O conjunto articulado de princípios que orientam a Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a PNH parecem ser esquecidos ou mesmo abandonados no processo de organização dos serviços e execução das ações, revelando a fragilidade e inconsistência na construção das ações. Cabe considerar a construção do processo arraigada a superação de limites organizacionais e paradigmáticos, contudo, a gestão dos serviços mostra-se, de certa forma, atrelada aos limites. Os trabalhadores, à margem da gestão, algumas vezes parecem impotentes diante dos obstáculos concretos e não sinalizam para algum movimento de reação, são absorvidos pela rotina sem perceberem, ou conscientes, porém, apáticos à própria condição.

O segundo eixo de análise corresponde ao paradoxo entre o discurso do direito ao acesso universal à saúde e a estratégia de organização da demanda espontânea.

Ao acolhimento é atribuído também o significado de acesso aos serviços de saúde. É uma das ações estratégicas para contemplar um direito à saúde garantido no artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988.

Considerada a porta de entrada prioritária para o usuário no sistema de saúde, a atenção básica exerce o papel de grande acolhedora, deve como todos os outros serviços atender a todos. Quando impossibilitada de oferecer respostas, por questões de organização ou competência, deverá dispor de uma rede de referências de serviços e canais de fluxos que permitam encaminhamentos.

A Portaria MS 648/2006, que trata da Política Nacional de Atenção Básica, em seu capítulo 1, orienta, dentre diferentes princípios, o acesso universal e contínuo, bem como a efetivação da integralidade integrando ações programáticas e demanda espontânea<sup>10</sup>.

Frente às concepções teóricas e determinações legais, bem como, aos relatos dos sujeitos acerca da estruturação da assistência nas UBSs é possível identificar questões sobre a ineficiência da programação das unidades frente aos problemas reais das comunidades, seguindo a lógica verticalizada das suas ações.

O acolhimento surgiu como uma atividade programada para a atenção da demanda espontânea. A ação mecânica reduz um processo com diferentes e complexas interfaces a simplesmente mais uma atividade da unidade para o atendimento daqueles que não foram, por critérios de classificação e seleção, elencados para a atenção.

*É perguntar o que a pessoa ta sentindo, o que ela ta precisando no momento e não só dizer não tem, “tchau”. (T III)*

Há nitidamente uma distinção técnica entre acolhimento enquanto atividade de atendimento para demanda espontânea e a atenção humanizada das necessidades dos usuários como preconiza a PNH. Acolher restringe-se a uma situação focada em um problema preservando no cotidiano das unidades o acesso limitado e a atenção centrada na queixa-conduta.

Estas situações podem ser analisadas sob a ótica da bioética da proteção, da premente questão do papel do Estado na garantia do acesso aos serviços públicos de saúde. Diante do valor da saúde como bem de cidadania Schramm<sup>11</sup> desenvolveu o conceito de proteção aplicado à saúde pública a partir da integração entre a responsabilidade moral e a pragmática aplicadas às políticas sanitárias universais à exemplo do SUS. Neste contexto, cabe ao gestor a responsabilidade instituída para a garantia das ações correspondentes às necessidades de saúde da população protegendo-a de ameaças concretas.

A implicação identificada justifica-se na observação de um cenário avesso ao apregoado pelos direitos legais de acesso à saúde garantido mediante as políticas públicas de responsabilidade do Estado.

A apropriação deste referencial e sua aplicação na análise dos conflitos oriundos da negação da responsabilidade sanitária do Estado permite a constante avaliação do desempenho e da implementação das políticas públicas, pois, se estabelece um olhar crítico e reflexivo acerca do direito e da qualidade do mesmo, ainda que quando se pense neste como um substantivo qualificado intrinsecamente se constate inúmeras contradições no seu exercício prático.

Num contexto desigual, onde o Estado mínimo trava uma disputa diária com o social, o direito à saúde faz-se imperativo nos discursos e nas ações dos agentes institucionalmente constituídos, gestores e trabalhadores da área. O acesso significa o início do processo de resgate da cidadania e da responsabilidade individual, o não reconhecimento do direito distancia os sujeitos do seu papel de agente participativo na construção da cidadania.

### **Acolher com limitações: a organização da oferta e a oferta desordenada.**

Nesta categoria, são discutidas algumas questões emergentes dos relatos de gestores e trabalhadores, quanto às condições da estrutura organizativa dos serviços básicos de saúde e influências da evolução do modelo assistencial que representam obstáculos para a prática do acolhimento. Foram identificados limites estruturais, de esfera técnica, e limites conceituais, de esfera doutrinária.

As limitações técnicas correspondem às precariedades das estruturas físicas das unidades de saúde e a escassez de profissionais. São estruturas insuficientes para responder adequadamente à demanda requerida pelos usuários. As restrições correspondem essencialmente à exigüidade de espaço físico e a divisão da área que por vezes resulta em espaços inadequados.

No âmbito dos recursos humanos, outro limite apontado foi a falta de profissionais nas equipes de saúde. A demanda é expressiva, porém a organização da oferta com profissionais

suficientes ainda está aquém do desejável para um atendimento de real efeito para usuários, mas de igual teor para trabalhadores. A satisfação unilateral é efêmera, quem está no exercício de sua profissão carece de respaldo para sua atuação.

*Falta de funcionários, se cada um tivesse com seu setor preenchido ele teria mais tempo de alguém fazer acolhimento. (T III)*

A PNH orienta as suas estratégias também para os trabalhadores, na valorização da sua dimensão subjetiva, na qualidade da ambiência e no fomento da educação permanente.

Do ponto de vista estrutural foi possível identificar duas questões éticas oriundas das deficiências físicas das unidades de saúde e relatadas enquanto conflitos cotidianos enfrentados pelos usuários: o direito à privacidade e ao sigilo.

Sacardo e Fortes<sup>12</sup> definem privacidade como o consenso que consiste em um mecanismo de regulação entre sujeitos no estabelecimento de sua relação e mediado pela confiança.

Zoboli<sup>13</sup>, em seu estudo acerca de questões éticas implicadas numa experiência de atenção básica à saúde, observou a inegável influência da estrutura física na exposição dos usuários. As arquiteturas insustentáveis são geratrizes de situações éticas conflituosas e dificultam o desenvolvimento de uma relação de confiança e vínculo entre trabalhadores e usuários.

*Um local adequado, se nós formos olhar a realidade das unidades nem todas possuem um espaço onde a pessoa possa, sem ser no balcão onde todas as outras estão ouvindo, colocar a gravidade do seu estado, a urgência do seu atendimento, sem se expor. (G IV)*

O acolhimento é reprimido pela ausência de condições básicas de receber os usuários respeitando o seu bem privado, suas necessidades particulares, de domínio individual. A configuração física, bem como o modo como são distribuídos os espaços nas unidades de saúde propiciam a exposição e constituem um entrave para acolher.

Inerente à questão da privacidade insere-se a confidencialidade das informações. A correlação existe no momento em que o âmbito privado passa a ser de conhecimento de outrem e exige deste a postura de não revelar qualquer informação sem a autorização da pessoa que lhe confiou. O que é observado é que as condições adversas de trabalho podem velar a violação de princípios em detrimento do atendimento das demandas.

Neste momento, a análise ultrapassa a fronteira técnica e atinge um plano para além da avaliação factual. O processo histórico, o conjunto complexo de todos os fatos que determinam socialmente o saber e o fazer, é o cenário principal e é em consonância a ele que se inserem as estruturas e os atores.

Na história das políticas públicas de saúde no Brasil, o atual sistema é considerado revolucionário visto em seus princípios e diretrizes, sobretudo pela proposta transformadora das práticas hegemônicas.

Mendes<sup>14</sup> enumera três dimensões representativas da complexidade do sistema social em construção e são referências para voltar os olhares da reflexão, a dimensão política, a dimensão ideológica e a dimensão tecnológica. Destaca-se a dimensão ideológica, visto que os atores sociais desta pesquisa co-participes e co-responsáveis do processo, revelaram perspectivas limitadas quanto ao paradigma sanitário, contradições de dois modelos em um mesmo contexto, onde sobressai as impressões do modelo biomédico.

Os entraves ideológicos são subjetivos com influências dos determinantes sociais em contextos propícios. A transformação começa em cada sujeito, nas concepções e nas ações, porém, a adversidades estruturais contribuem para tolher manifestações neste sentido.

*A gente criou uma população que acredita que precisa ser medicalizada, que precisa ter um aparato de exames pra resolver uma dor de cabeça[...] (G VI)*

Constatou-se descrições segundo as experiências, de um perfil comum de usuários, pessoas com necessidades, via de regra, de atenção curativa, onde há o reconhecimento que este perfil é produto da historicidade social das concepções do processo saúde-doença.

A organização díspar em uma mesma gestão, onde o plano municipal contempla a política de humanização e, especialmente insere-se no serviço público com princípios doutrinários estabelecidos, também é considerado um reflexo de dimensão ideológica.

*Nós queremos falar de acolhimento e nós estamos cobrando produtividade [...] o profissional que pensa em fazer acolhimento e acredita que a resolubilidade não está no número de consultas e aí eu tenho um gestor que te cobra tantas consultas diárias. [...] (G VI)*

Diante do quadro acima delineado emerge outra implicação ética resultante da dos modos de fazer e do reducionismo teórico conformado pelo processo histórico. O desrespeito à autonomia do sujeito se configura pela ação de gestores e trabalhadores de saúde em um plano micro, modulada pelo plano macro do paradigma biomédico.

Resulta desta interação uma atenção que desqualifica o usuário enquanto protagonista da sua saúde e o personifica apenas com características fisiopatológicas. Por conseguinte, estes sujeitos destituídos de suas características subjetivas diante da heteronomia profissional reproduzem papéis a eles atribuídos. Estes sujeitos são privados, pelas atitudes na atenção à sua saúde, do pensamento e da prática individual autônoma, não respeitados os preceitos requeridos para uma relação com esta base.

A autonomia de gestores e trabalhadores da saúde, conforme recomenda a PNH, segundo seus próprios depoimentos, parece ser também desrespeitada pelo efeito magno do modelo clínico. Tal fato mostra-se impresso na inércia destes protagonistas frente às demandas, o acolhimento se torna uma opção para responder pontualmente às necessidades de atenção médica, curativa e de medicalização.

Berlinguer<sup>15</sup> reflete a influência da biomedicina sobre a face desumana da atenção a saúde, o autor considera os avanços advindos das práticas especializadas, e, atenta para que o apelo por atitudes humanizadas não seja propagado com resistência alheia à qualificação, ainda que técnica, dos tratamentos às doenças. Um processo não deve ocorrer em detrimento do outro, trata-se de percorrer um caminho fronteiro entre as faces de atendimentos técnico e humano.

Acolher enquanto estratégia de humanização nos serviços pode ser ameaçada pela tendência de tecnificação, trafega pelo tênue limiar da reprodução de modos e da reformulação de posturas.

Numa crítica ao reducionismo da biomedicina, Soares e Camargo Junior<sup>16</sup> propõem um conceito complexo para a autonomia baseado na interdependência entre os sujeitos e seus meios, nas relações democráticas de saberes, respeito, responsabilidade e valorização da subjetividade. Quando aplicado ao contexto das instituições públicas de saúde, a reflexão perpassa a desigualdade resultante da relação de poder e saber estabelecida entre gestores e trabalhadores e usuários como o principal obstáculo ao respeito da autonomia.

O acolhimento orientado por princípios e posturas éticas torna-se um campo fértil para a formação de sujeitos concretamente autônomos, protege a saúde individual e coletiva, bem como, legitima uma política social neste âmbito.

### **Acolhimento e atenção integral: aproximações e distanciamentos.**

Analisadas as percepções acerca do sentido da atenção integral, para gestores e trabalhadores da saúde, foi possível identificar como estes atores reconhecem as necessidades dos usuários frente aos serviços e, especificamente, no processo de acolhimento. Deste questionamento emergiram três temas, explorados em seguida: o todo do serviço, o todo do



sujeito e a fragmentação dos serviços, este último perpassa o produto da concepção e corresponde à relação concreta entre o acolher e a atenção dispensada.

O adjetivo integral qualifica a atenção à saúde nas bases legais das políticas públicas de saúde, o termo é empregado nos princípios doutrinários com o intento de caracterizar a garantia do acesso nos três níveis hierárquicos de atenção à saúde, complexidade básica, média e alta, com ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e acidentes e reabilitação. Compondo um conjunto articulado e contínuo de serviços sem prejuízos para nenhuma das assistências<sup>17, 1</sup>.

Pinheiro<sup>18</sup> define a integralidade como uma ação social resultante da interação de atores na relação da demanda e da oferta, em um plano sistêmico referente à rede de serviços e em outro plano individual, construído na concretude da assistência, considerando os aspectos objetivos e subjetivos.

“O todo do serviço” corresponde ao plano sistêmico, gestores e trabalhadores compreendem como atenção integral toda ação com vistas a oferecer todos os serviços de saúde cabíveis às necessidades dos usuários.

*Atendimento integral eu acho que é não só paciente trazer um filho que ta com dor de cabeça, aí pego um paracetamol e foi embora, eu acho que tem que ver se a caderneta está completa, se ele ta consultando, se ele não tá, se ta fazendo o acompanhamento direitinho, se ele foi no dentista. (G III)*

Faz-se uma breve pausa para destacar, a partir dos depoimentos acima, um exercício de domínio persecutório traduzido do entendimento destes gestores e trabalhadores sobre o atendimento integral. Observa-se uma postura controladora acerca de questões compreendidas como fundamentais na atenção completa do usuário, mas, que concretamente não garantem a ele condição digna de saúde.

Segue-se estabelecendo um parâmetro para um atendimento integral, segundo os trabalhadores da saúde, com base no acesso a todos os níveis de atenção dos serviços.

*Integral é tudo que está precisando no momento. Se vai precisar de uma consulta médica, se vai precisar de um medicamento. Se chegar especialidade, ele precisa ser atendido pela especialidade. (T II)*

Como diretriz do SUS, integralidade segundo Mattos<sup>19</sup> é parte de uma “imagem objetivo”. Corresponde a uma meta, pouco específica, de onde parte a configuração da organização dos serviços a fim de atingir objetivos bem delineados como a construção de um novo modelo assistencial.

Parafrazeando Pinheiro<sup>18</sup>, o conceito de integralidade toma, neste momento, na compreensão dos sujeitos, o plano individual. “O todo do sujeito” refere-se à atenção considerando as múltiplas dimensões do sujeito, dentre as quais destacam-se a sua história, o seu contexto social e cultural.

*Atenção integral à saúde seria ver o paciente como um ser social dentro do seu meio social, familiar, psicológico e físico[...] (G II)*

Tais dimensões junto com outras ainda surgidas, como a psicológica e de valores próprios de cada indivíduo foram todas resgatadas como determinantes do processo saúde-doença e da qualidade da atenção.

Ayres<sup>20</sup> corrobora com os usuais conceitos de sujeito amplamente empregados nos pensamentos sanitários, “seres autênticos, com suas necessidades e valores, capazes de produzir coisas e transformar sua própria história” neste íterim defende a tese da intersubjetividade “o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos”<sup>20</sup>. A reconhecimento é uma ação de dois ou mais sujeitos, portanto, denota olhar o outro como a si próprio.

“A fragmentação dos serviços” corresponde à expressão de gestores e trabalhadores sobre as reais limitações do atendimento integral às necessidades dos usuários.

*“Não adianta a pessoa chegar na unidade básica de saúde e... por exemplo: o que eu resolvi do básico eu resolvi e o que é de media complexidade e alta complexidade não acontece”. (G V)*

Novamente os determinantes estruturais constituem em um significativo impedimento aos anseios de uma atenção voltada ao todo do serviço, enquanto garantia de acesso, bem como, consideração pela qualidade nos atendimentos, com resolutividade e voltado para todas as necessidades.

### **Do desejo de sentir-se acolhido às experiências excludentes.**

Nesta categoria, buscou-se privilegiar a discussão das vozes uníssonas dos usuários as quais evidenciaram de um lado, mais que a percepção do melhor modo de acolher, o próprio desejo de sentir-se acolhido com respeito e ter atendidas suas necessidades reais. De outro lado, mostram as experiências vivenciadas no cotidiano das UBSs, as quais se configuram em relatos denunciativos de exclusão e de negação do direito à saúde.

Inicia-se com a faceta positiva, para caracterizar o modo como os usuários expressaram o significado de sentir-se acolhido, cabendo neste momento, registrar o desconhecimento destes sujeitos sobre o desenvolvimento de uma prática de acolhimento nas UBS's. Diante deste fato, buscou-se resgatar a percepção dos usuários frente às suas expectativas em relação a como gostariam de ser acolhidos ou atendidos, o que pode ser evidenciado no relato abaixo:

*Acho que alguém pra chegar e perguntar o que tu precisa, o que tu quer, dentro da tua necessidade informar se tem aqui ou se não tem aqui, porque tudo a gente tem que perguntar.”( U IV)*

O atendimento desejado se constitui de elementos como atenção e reconhecimento, permeando, sobre ambos, os direitos, do indivíduo e social. Refletir sobre o significado de sentir-se acolhido pelos serviços de saúde proporcionou aos usuários expressar dois sentimentos, o primeiro de caráter pontual, pois eles buscam soluções para suas necessidades,

porém, envolvidos na ação de procurar um atendimento à saúde estão as características subjetivas das relações estabelecidas.

Este fato reforça as idéias anteriormente abordadas quanto ao acolhimento como ação que traduz atitudes dos sujeitos envolvidos. Significa, para os usuários, a postura de quem acolhe voltada para a qualidade da atenção expressamente refletida pelo respeito ao ser humano, às suas demandas e sua fragilidade.

Apesar da procura estar baseada em uma necessidade factível nos serviços, há um cenário de comportamento ético que perpassa todos os momentos da atenção à saúde e os usuários também reconhecem como legítimo para caracterizar o seu acolhimento enquanto ideal. São compromissos com a atenção da subjetividade, mas principalmente, com o direito à saúde enquanto fundamental a todos os seres humanos e garantido a todos os cidadãos.

Nesta perspectiva, os direitos do indivíduo, ou de primeira geração, podem ser definidos como os direitos subjetivos, correspondem à liberdade privada, são próprios da condição humana. A segunda geração congrega os direitos sociais e “*referem-se à garantia para o pleno exercício público do indivíduo*”<sup>21</sup>. O direito à saúde figura-se em um destes direitos.

A faceta negativa refere-se à privação deste mesmo direito, vivenciada pelos usuários no dia a dia do atendimento pelas UBSs. Estes depoimentos em nada se assemelham aos anteriores, pelo conteúdo díspar em descrever o quanto sentem a negação do direito à saúde, sobretudo pelo limite de acesso aos serviços.

*[...]é chegar 5 horas da manhã e perguntar o número de fichas...”Ah, hoje só temos 8 fichas” [...]Por que tem que ser no meio da semana para marcar a consulta? Quer dizer que o cidadão vai ter que esperar, vai ter dia para ficar doente? (U I)*

São situações que expressam a negligência do direito à saúde proposto em conformidade com valores éticos e legais. Uma geração de direitos jamais se sobrepõe à

outra, neste caso há uma violação dos direitos humanos e de cidadania, visto que o sujeito é colocado numa posição de privação da liberdade individual e lhe é negado o acesso a um serviço garantido pela proteção do Estado.

Os usuários expressam sua decepção, sensação de indignidade e impotência frente às suas vivências, de certa forma, são acentuadas pela condição de vulnerabilidade que a necessidade lhes confere.

*Eu venho só em último caso, por exemplo, agora estou com garganta inflamada, não tenho condições nem de comer. Esse é o último recurso que tenho. (U I)*

Estes relatos expressam o desrespeito à dignidade e novamente o descumprimento do papel do Estado. O acolhimento inexistente no conhecimento prático, tão pouco na interpretação do atendimento prestado, os usuários se sentem completamente desprotegidos. A ética da proteção aplicada à saúde pública, na proposta de Kottow<sup>22</sup> reforça a responsabilidade do Estado, definido como figura moral da proteção aos susceptíveis. Num contexto onde as desigualdades são persistentes e o desinteresse pelo bem comum predomina surge um discurso bioético para o enfrentamento dos dilemas práticos oriundo de uma sociedade com estas características.

### **Considerações Finais**

A prática do acolhimento em todos os serviços públicos de saúde organiza-se em modos de atendimento aos usuários com a finalidade de garantir acesso e qualidade na atenção. Aliado às outras estratégias operacionais, o acolhimento visa, sobretudo, contribuir com a construção de um SUS universal e integral, como orientam seus princípios.

Contudo, o desenvolvimento deste processo no cotidiano das instituições de saúde pode revelar contradições e distanciamentos entre as intenções de uma prática e sua real aplicação nas situações concretas diárias. Este fato certamente representará um obstáculo para

o pleno estabelecimento das políticas públicas de saúde, bem como, para efetivação do SUS em constante busca pelo aperfeiçoamento de sua implantação no campo real das ações e dos serviços, sobretudo uma ameaça aos direitos conquistados socialmente.

Retomando os objetivos deste estudo, o cotidiano das Unidades Básicas de Saúde revelou, nas percepções de seus protagonistas, um acolhimento aos usuários fundamentado, basicamente, em uma estratégia técnica de recepção, triagem e encaminhamento. Contrapondo-se a este perfil, configura-se num discurso consoante com os princípios da PNH um acolhimento ideal. Gestores e trabalhadores compreendem o processo de acolher enquanto uma premissa do novo modelo de atenção à saúde. Duas faces, opostas e destoantes, uma teórica e outra conceitual, entre o discurso e a prática se apresentam e resultante desta dualidade encontra-se a veemente questão do não cumprimento do direito universal à saúde, garantido constitucionalmente. Estas situações configuram o cotidiano das UBS e são pouco questionadas e discutidas, bem como, o papel do Estado diante da garantia deste direito, fato que tornam naturais a desigualdade e a exclusão.

As ações diárias nos serviços das UBS enfrentam alguns limites, dificultando a implementação do acolhimento segundo sua orientação conceitual e técnica. Estes são classificados, principalmente como limites de ordem estrutural e organizacional, porém são consideravelmente expressivas, as limitações de ordem ideológica.

Analisada a atenção voltada às necessidades dos usuários percebeu-se uma compreensão harmônica com os diversos conceitos de integralidade. Esta é percebida como a atenção às múltiplas dimensões dos sujeitos e como a totalidade na oferta dos serviços de saúde. Porém, a realidade revela uma fragmentação dos sujeitos e dos serviços, pelas limitações dos serviços e por uma dificuldade subjetiva em não só compreender o outro como um todo, mas, em respeitar este todo.

Um importante retrato possível de ser construído com as informações dos usuários foi de duas imagens díspares, entre a expectativa de um acolhimento ideal e a experiência frustrante da falta de acesso e da precariedade do atendimento, resultando em experiências excludentes.

Muito além de uma diferença teórica o acolhimento enquanto prática mantém-se atrelado a uma atividade técnica e a postura de acolher distante do ideal no plano real das ações. Uma estratégia que se propõe ultrapassar as fronteiras técnicas e se fundamenta em princípios éticos e sociais, é implementada com inúmeros revezes, atribuídos, principalmente a determinantes organizacionais, porém com implicações éticas expressivas como o descaso com a qualidade da atenção, a limitação do acesso e a negação do direito.

A reflexão ética das situações problemas do cotidiano dos serviços básicos de saúde torna-se essencial para superar os limites, reavaliar as atitudes e efetivamente construir uma nova prática na atenção à saúde. Torna-se, em igual teor, um incentivo ao questionamento quanto o papel assumido pelo Estado na proteção da saúde dos cidadãos.

No bojo desta discussão está o respeito ao direito que os usuários possuem de terem sua saúde resguardada e suas necessidades atendidas, anseia-se pelo fortalecimento destes sujeitos de direitos e pela compreensão da sua totalidade enquanto ser humano.

## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização HUMANIZASUS – Documento Base. Brasília, 2006b. In: PASSOS, Eduardo (Org). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização HUMANIZASUS – Documento Base. Brasília, 2006. [acessado 2006 Abr 26] Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB\\_PNH.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf)
3. TAKEMOTO, Maria Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. fev. 2007, vol.23, no.2, p.331-340.
4. ASSOCIAÇÃO PALAS ATHENA. **Ética do acolhimento** Revista THOT, Maio, 2002. n.º77 p.63-69.

5. BERLINGUER, Giovanni. **Questões de vida: Ética ciência e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.
6. SCHRAMM, Fermin Roland e KOTTOW, Miguel. Principios bioéticos em salud pública: limitaciones e propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**. jul./ago. 2001, vol.17, no.4, p.949-956.
7. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
8. FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson Elias et al (Org.). **O trabalho em saúde** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2 Ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
9. TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. jul./set. 2005, vol.10, n.3, p.585-597.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília, 2006. [acessado 2006 Abr 26] Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf).
11. SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lurdes Campos Pavone (Orgs). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, 2003. p.71-84.
12. SACARDO, Daniele Pompei; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Desafios para a preservação da privacidade no contexto da saúde pública. [periódico na Internet] [acessado 2006 Nov 16]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v8/seccao2.html>.
13. ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Zoboli. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família. (Tese de doutorado) Universidade de São Paulo - USP, 2003.
14. MENDES, Eugenio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2 Ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
15. BERLINGUER, Giovanni. **Ética da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.
16. SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel. A autonomia do paciente no processo terapêutico com valor para a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. jan/abr 2007 v.11, n. 21, p. 65-78
17. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990a.. [acessado 2004 Ago 23]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>
18. PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 65-112.
19. MATTOS, Rubem Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.
20. AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Subjetividade, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2001. v.6, n. 1p. 63-72.
21. AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**. jan 200. v.6, n. 1p. 63-72.
22. KOTTOW, Miguel. Bioética da proteção: considerações sobre o contexto latino americano. In: SCHRAMM, Fermin Roland; REGO, Sergio; BRAZ, Marlene; PALACIOS, Marisa. (Orgs) **Bioética riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Editora FIOCRUZ, 2005. p. 29-44.



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I – Roteiro de entrevista semi-estruturada – Usuário.**

### **1 – Caracterização do perfil do sujeito:**

Idade, Sexo, Escolaridade, Há quanto tempo é usuário desta Unidade de Saúde?

### **2 – Casos**

Será solicitado ao entrevistado que emita sua opinião frente aos casos apresentados pela pesquisadora e justifique.

*O senhor E, procurou a unidade de saúde próxima a sua casa buscando atendimento médico. Há alguns dias ele vinha sentindo-se indisposto e com fortes dores de cabeça. Chegando a unidade ele foi informado que não havia profissional disponível no momento para lhe atender e que deveria retornar no dia seguinte para marcar uma consulta para a próxima semana.*

*A. P., chegou à unidade de saúde com queixa de dor de cabeça, tontura e desconforto abdominal. Não havia possibilidade de marcar uma consulta, nem de atendimento de urgência. A. P. como não estava suportando o desconforto, foi solicitado, pela recepção, que um profissional de enfermagem atendesse o caso. Após esperar por muito tempo, um técnico de enfermagem verificou os sinais vitais, perguntou desde quando estava sentindo os sintomas e recomendou que deveria procurar a emergência de um hospital mais próximo.*

### **3 – Questões gerais:**

1. Quais são os motivos que fazem você procurar os serviços de saúde desta unidade?
  2. O que você considera fácil no seu atendimento nesta unidade? O que você considera difícil no seu atendimento nesta unidade?
  3. Você acha que seus problemas/necessidades são atendidos por esta unidade?
  4. Você conhece ou já ouviu falar sobre acolhimento?
  5. Você sabe se nesta Unidade de Saúde é realizado Acolhimento?
  6. Se for realizado Acolhimento, houve mudanças no seu atendimento na unidade de saúde após a implantação do acolhimento? Positivas e/ou negativas? Quais?
- \*\*\* Caso as questões 5 e 6 não possam ser respondidas, perguntar: Como você se sente atendido pelos profissionais desta unidade de saúde? Por quê?
7. Você conhece os profissionais desta unidade de saúde? Como você avalia o seu relacionamento com eles? Porque?
  8. Você já viveu alguma situação desagradável quando atendido nesta unidade de saúde?

Você gostaria de contribuir com mais alguma informação?

## **APÊNDICE II – Roteiro de entrevista semi-estruturada – Trabalhador de saúde.**

### **1 – Caracterização do perfil do sujeito:**

Idade, Sexo, Formação, Tempo de atuação na unidade de saúde?

### **2 – Casos**

Será solicitado ao entrevistado que emita sua opinião frente aos casos apresentados pela pesquisadora e justifique.

*O senhor E, procurou a unidade de saúde próxima a sua casa buscando atendimento médico. Há alguns dias ele vinha sentindo-se indisposto e com fortes dores de cabeça. Chegando a unidade ele foi informado que não havia profissional disponível no momento para lhe atender e que deveria retornar no dia seguinte para marcar uma consulta para a próxima semana.*

*A. P., chegou à unidade de saúde com queixa de dor de cabeça, tontura e desconforto abdominal. Não havia possibilidade de marcar uma consulta, nem de atendimento de urgência. A. P. como não estava suportando o desconforto, foi solicitado, pela recepção, que um profissional de enfermagem atendesse o caso. Após esperar por muito tempo, um técnico de enfermagem verificou os sinais vitais, perguntou desde quando estava sentindo os sintomas e recomendou que deveria procurar a emergência de um hospital mais próximo.*

### **3 – Questões gerais**

1. O que você entende por acolhimento?
2. O que o acolhimento pode mudar no funcionamento de uma unidade de saúde?
3. O que o acolhimento pode mudar no atendimento ao usuário?
4. Quais as dificuldades encontradas para a implantação do acolhimento?
5. Quais as facilidades encontradas para a implantação do acolhimento?
6. Você conhece a comunidade da área que você atua? Como você avalia seu relacionamento profissional com os usuários/comunidade?
7. Como você avalia sua integração com a equipe de saúde desta unidade? Quais as facilidades e as dificuldades encontradas no relacionamento da equipe?
8. O que você entende por atenção integral a saúde?
9. Como você relaciona a prática do acolhimento com uma atenção integral ao usuário do sistema de saúde?

Você gostaria de contribuir com mais alguma informação?

## **APÊNDICE III – Roteiro de entrevista semi-estruturada –Gestor.**

### **1 – Caracterização do perfil do sujeito:**

Idade, Sexo, Formação, Tempo de atuação na gestão da saúde?

### **2 – Casos**

Será solicitado ao entrevistado que emita sua opinião frente aos casos apresentados pela pesquisadora e justifique.

*O senhor E, procurou a unidade de saúde próxima a sua casa buscando atendimento médico. Há alguns dias ele vinha sentindo-se indisposto e com fortes dores de cabeça. Chegando a unidade ele foi informado que não havia profissional disponível no momento para lhe atender e que deveria retornar no dia seguinte para marcar uma consulta para a próxima semana.*

*A. P., chegou à unidade de saúde com queixa de dor de cabeça, tontura e desconforto abdominal. Não havia possibilidade de marcar uma consulta, nem de atendimento de urgência. A. P. como não estava suportando o desconforto, foi solicitado, pela recepção, que um profissional de enfermagem atendesse o caso. Após esperar por muito tempo, um técnico de enfermagem verificou os sinais vitais, perguntou desde quando estava sentindo os sintomas e recomendou que deveria procurar a emergência de um hospital mais próximo.*

### **3 – Relacionado a Acolhimento:**

1. O que você entende por acolhimento?
2. Quais as mudanças que podem ocorrer com prática do acolhimento para a organização do atendimento á saúde?
3. Quais as dificuldades para a implantação do acolhimento na organização da atenção básica?
4. Quais as facilidades para a implantação do acolhimento na organização da atenção básica?
5. O que você entende por atenção integral a saúde?
6. Como você relaciona a prática do acolhimento com uma atenção integral ao usuário do sistema de saúde?
7. Como você avalia a relação da gestão dos serviços de saúde com os profissionais e os usuários? Quais os obstáculos e/ou potencialidades?

Você gostaria de contribuir com mais alguma informação?

## APÊNDICE IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Meu nome é **Laura Cavalcanti de Farias**, Enfermeira e Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Enfermeira Dr<sup>a</sup> Marta Inez Machado Verdi, estou desenvolvendo a pesquisa: “**As implicações éticas no acolhimento em saúde: reflexões sobre a atenção integral à saúde**”, com o objetivo de analisar as implicações éticas presentes nas práticas de acolhimento na atenção básica para a garantia da atenção integral à saúde, na percepção dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

Este estudo é necessário porque tem por finalidade levantar informações da realidade concreta das unidades básicas de saúde no sentido da garantia da atenção integral a saúde operacionalizada através da prática do acolhimento. Visa, também, impulsionar a reflexão acerca das questões éticas que surgem da ação de acolher o usuário a partir da visão característica dos sujeitos envolvidos neste processo, os próprios usuários, os trabalhadores da saúde que realizam o acolhimento e os gestores que gerenciam os serviços de saúde.

Para isto será necessário o desenvolvimento de entrevistas gravada em áudio com os sujeitos descritos acima, usuários, trabalhadores da saúde e gestores. Os resultados serão posteriormente transcritos e publicados sob a forma de uma dissertação de mestrados e através de artigos científicos. Isto não trará riscos e desconfortos e espera-se que traga benefícios no âmbito da promoção do atendimento integral a saúde. Aos participantes estará garantido o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, invalidando este consentimento e autorização para publicação, sem que isso traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento.

Diante do exposto, Eu \_\_\_\_\_, **concordo** em colaborar com o trabalho na condição de informante/sujeito voluntário e declaro para os devidos fins que fui informado (a) e orientado (a), de forma clara e detalhada a respeito dos objetivos, da justificativa e da metodologia e das condições da minha participação neste trabalho.

Concordo, portanto, com as condições ofertadas pela pesquisadora para a correta utilização das minhas informações, bem como, a mesma afirma as condições descritas neste documento que asseguram a minha participação no trabalho.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Ass: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Laura Cavalcanti de Farias  
Pesquisadora responsável  
RG: 3.960.166

## APÊNDICE V – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuários



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Meu nome é **Laura Cavalcanti de Farias**, Enfermeira e Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Enfermeira Dr<sup>a</sup> Marta Inez Machado Verdi, estou desenvolvendo a pesquisa: “**As implicações éticas no acolhimento em saúde: reflexões sobre a atenção integral à saúde**”, com o objetivo de analisar as implicações éticas presentes nas práticas de acolhimento na atenção básica para a garantia da atenção integral à saúde, na percepção dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

Este estudo é necessário porque tem por finalidade levantar informações da realidade sobre o atendimento integral a saúde, realizado nas Unidades Locais de Saúde, por meio do acolhimento. Visa, também, incentivar a reflexão acerca das questões éticas que surgem da ação de acolher o usuário a partir da percepção dos sujeitos envolvidos nesta atividade os usuários atendidos nas unidades de saúde, os trabalhadores da saúde que realizam o acolhimento e os gestores que administram os serviços de saúde.

Para isto será necessário o desenvolvimento de entrevistas gravada em áudio com usuários, trabalhadores da saúde e gestores. As informações gravadas serão posteriormente transcritas e publicadas sob a forma de um trabalho final de mestrados e através de artigos científicos. A participação nesta pesquisa não trará riscos e desconfortos e espera-se que traga benefícios para promoção do atendimento integral a saúde. Aos participantes estará garantido o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, tornando este consentimento e autorização para publicação inválidos, sem que isso traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento.

Diante das condições acima, Eu \_\_\_\_\_, **concordo** em colaborar com o trabalho como informante voluntário e declaro para os devidos fins que fui informado (a) e orientado (a), de forma clara e detalhada a respeito dos objetivos, da justificativa, da metodologia e das condições da minha participação neste trabalho.

**Concordo**, portanto, com as condições oferecidas pela pesquisadora para a correta utilização das minhas informações, bem como, a mesma afirma as condições descritas neste documento que asseguram a minha participação no trabalho.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Ass: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Laura Cavalcanti de Farias  
Pesquisadora responsável  
RG: 3.960.166