

ACOLHIMENTO: REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

SHELTER: REFLECTIONS ON THE PROCESS OF HUMANIZATION IN HEALTH CARE

RENATO LUIS ZINI

Professor Doutor do curso de Fenomenologia da Faculdade de Americana (FAL).

Av. Orozimbo Maia, 639, Apto 43, Centro, Campinas, São Paulo, Brasil. CEP 13023-002 rlzini@yahoo.com.br

Recebido em 22/05/2015. Aceito para publicação em 23/06/2015

RESUMO

Com o apoio de revisão bibliográfica, objetivou-se problematizar o conceito de Acolhimento como proposto no campo da Saúde Pública, intentando imputar-lhe a pertinência no contexto do Programa Nacional de Humanização à Saúde no Brasil (PNH – HumanizaSUS). Concluiu-se que o termo Acolhimento apresenta um aspecto político intrínseco que prevê o empoderamento de usuários e trabalhadores da saúde em busca de relações democráticas. Nesse sentido, Acolhimento refere-se a uma postura intersubjetiva. Por sua vez, tem-se usado esse termo de maneira indiscriminada ao referir-se a uma ferramenta ou dispositivo que visa à facilitação de atendimento médico para os usuários, assemelhando-se a um serviço de “pronto atendimento” em saúde. Sugere-se que a formação e a prática profissional em saúde resgate o sentido originalmente inserido no termo.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública; humanização em saúde; gestão em saúde.

ABSTRACT

It was objectified to problematize the concept of Shelter, as considered in Public Health area, intending to impute it to its relevancy in context of the Humanization National Program of Health in Brazil (PNH – HumanizaSUS). It was referred to a research of phenomenological inspiration so the reflections and questionings referring to the shelter practice happened in researchers' (a nurse and a psychologist) natural daily situation. It was concluded that the term shelter presents an intrinsic politician aspect which foresees the empowerment of users and health workers in search of democratic relations; in this direction shelter refers to an intersubjective position. In turn, the term shelter has been used in an indiscriminate form when referring to a tool or device which is aimed to users' medical attendance facilitation resembling itself a service of “ready attendance” in health. It was suggested that the professional formation and practical in health rescue the direction originally inserted in this term.

KEYWORDS: Public Health, humanization in health care, health management.

1. INTRODUÇÃO

No cotidiano das práticas em instituições de saúde, profissionais com diferentes formações acadêmicas, como enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos, entre outros, deparam-se com situações que demandam o reconhecimento de especificidades presentes em cada ocasião. Os serviços de assistência em Saúde Mental¹, especificamente, veem-se premidos a oferecer respostas de maior eficácia ao segmento público voltado para a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, entende-se que essas respostas necessitam da inclusão de diversos atores sociais, como seus trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, a sociedade civil organizada, para a efetivação de propostas que rompam com o paradigma histórico da verticalização na elaboração de políticas públicas.

Alguns autores como Rosen (1983) e Santos Filho (1966), ao referirem-se às reflexões a respeito da saúde pública no Brasil, advertem sobre a premência de estudos históricos e socialmente referendados, dada a impossibilidade de separação entre políticas de saúde e estratégias de intervenção do Estado na sociedade, cujo passivo, objeto de barganha política, são as verbas e ofertas de serviços de saúde.

A sincronicidade histórica é enfatizada de maneira contundente pelos mesmos autores ao afirmarem que ações de saúde no Brasil reportam-se aos primeiros anos do descobrimento, quando os jesuítas fizeram da assistência médica uma das primeiras armas de dominação e catequese dos índios.

Costa (1979, p. 28-29), ao tratar da assistência à saúde no Brasil, entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX, afirma:

Só historicamente é possível perceber que em meio

¹ Usa-se o termo Saúde Mental em seu sentido mais amplo e consensual no campo da saúde pública, reunindo aspectos interventivos, preventivos e de inserção social de sujeitos acometidos por transtornos mentais.

a atritos e fricções, intransigências e concessões, estabilizou-se um compromisso: o Estado aceitou medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas.

Pesquisadores contemporâneos como Nunes (2000), Campos (1992; 1994) e Cecílio (1997) são ainda mais contundentes ao entenderem os diferentes modelos e concepções acerca da saúde no Brasil como desdobramentos das políticas de Estado, portanto asseverando a impossibilidade de discussão sobre novas propostas assistenciais ou políticas de saúde desvinculadas de um olhar ampliado e síncrono ao cenário e atores políticos dos diferentes momentos históricos.

Segundo Mehry (2000, p. 3),

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho [...].

Contemporaneamente se observa uma grande valorização governamental por meio de aporte financeiro, educacional e intelectual em torno do Programa Nacional de Humanização da Saúde (PNH)/HumanizaSUS, implementado no ano de 2004. Essa proposta de humanização em saúde propõe diversas ações articuladas para a concretização de uma ampla intervenção governamental de gestão e atenção à saúde em todas as suas esferas de atuação.

Entre as propostas de intervenção desse programa, acredita-se que o conceito de *Acolhimento* desempenha um papel singular ao ser passível de diferentes interpretações e usos no cotidiano dos serviços de saúde. Tanto pode referir-se a uma postura diferenciada na relação entre trabalhadores e usuários dos serviços públicos de saúde e dinamizador de relações mais igualitárias entre esses sujeitos, como pode ser aviltado em procedimentos tecnoburocráticos, como triagens para o acesso dos usuários à consulta médica

2. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo, de natureza exploratória, partiu da literatura sobre a origem da atenção à saúde no Brasil traçando seu implícito e primevo caráter político e de uso enquanto política de estado para com a população, seja com o rótulo de proteção social ou de intervenção direta sob a forma de doutrinação ideológica. Compreendeu como estratégias metodológicas a revisão bibliográfica e a revisão documental oficial, cujo referencial técnico baseou-se em autores de reconhecida produção histórica sobre o período em discussão bem como a releitura de outros, protagonistas contemporâneos da Reforma Sanitária Brasileira e proponentes diretos das propostas do Programa Nacional de Humanização em Saúde.

3. DESENVOLVIMENTO

1 – Acolhimento: em busca de um conceito

Preliminarmente, deixa-se claro que não há a intenção de reflexões acerca dos aspectos ontológicos que inexoravelmente são postos à luz quando nos referimos ao ato de acolher, já que a polissemia do termo permite que diferentes discussões venham à tona, mas utilizar algumas definições possíveis como ferramentas que ampliem nossa possibilidade de discussão.

No *Dicionário Aurélio*, encontra-se que o verbete “acolher” deriva da expressão latina *accolligere*, significando “dar acolhida ou agasalho”, “hospedar”. Por extensão, segundo essa mesma fonte bibliográfica, acolhimento refere-se à “atenção”, “consideração” ou “refúgio”.

Coloca-se assim que o ato de *acolher* enquanto um ato *per se* é inexistente. Não há sentido em nos autoacolhermos; quando muito, podemos cuidar de nossa existência mundana pelas escolhas éticas a que somos requisitados a opinar ou a nos abster. É evidente, então, que o ato de acolher dá-se apenas na relação em *ser-com-o-outro*. Mais ainda se dá que o ato de acolher apenas é possível quando existe uma relação com outro a ser acolhido, já que, sem a contrapartida deste, o ato perde-se em uma atitude, um protocolo a ser preenchido ou outros procedimentos que são criados supondo a agilização dos procedimentos interventivos nos serviços de saúde.

Ao se considerar o conceito de *Acolhimento*, segundo o contexto no qual este estudo está inserido, o pesquisador é compelido a preliminarmente realizar um breve escrutínio do modelo assistencial atual, ou seja, uma aproximação em relação ao processo de saúde e doença que permeia o imaginário social, as práticas profissionais e as políticas públicas que norteiam o SUS.

Para Teixeira (2003), demarcar em termos gerais a concepção sobre Acolhimento, e mais precisamente sua suposta pertinência com a prática profissional, impõe que se consiga situá-lo ao longo da trajetória de implantação do SUS no Brasil, distanciando-se assim, temporariamente, dos diferentes e, muitas vezes, conflitantes sentidos a ele atribuídos, ora relacionados a diretrizes operacionais dos serviços de saúde, ora a outros enfoques no campo da Saúde Mental, enfermagem, organização dos serviços etc.

Como advertem Alves & Silva Jr. (2007), os modelos assistenciais são o conjunto de recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis em uma determinada época, articulados com base em escolhas éticas e políticas, visando à resolução dos problemas de saúde de uma determinada sociedade. Assim, trata-se eticamente de escolher prioridades e maneiras para enfrentar e operacionalizar essas escolhas. A esse respeito, Merhy (2000, p. 1) acrescenta:

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares.

Parte-se assim do pressuposto de que a demanda por saúde não é perene e, para exemplificar, pode-se considerar aqui o surgimento de novas tecnologias e novas demandas criadas socialmente, como é o caso, por exemplo, da inclusão de procedimentos estéticos, como cirurgias plásticas reparadoras entre as ações de saúde reconhecidas e incorporadas pelo SUS – esse fato denota o reconhecimento de que aspectos subjetivos imbricam-se no ato de *tratar*.

No caso brasileiro, Fleury (1995) e Morel (1982) consideram que se deve atentar para o fato de que as diferentes construções históricas em relação à assistência à saúde ocorrem de maneira inseparável da dialética dos movimentos sociais, associadas a grandes lutas no campo político, econômico e ideológico e não, como pretende muitas vezes o discurso oficial, como decorrência inevitável da superação do atraso cultural brasileiro em relação aos países mais desenvolvidos. Estudos como os de Campos (1991; 1994) evidenciam que as discussões iniciadas na década de 1970 pelo *Movimento Sanitário* explicitaram o esgarçamento do modelo conceitual hegemônico baseado nos princípios da biomedicina. Esse conceito, hegemônico no Brasil até meados da década de 1970, prima pelo predomínio de investimentos quase exclusivamente voltados para novas tecnologias advindas da engenharia biomédica, como novas formas de diagnóstico por imagem, novas técnicas cirúrgicas etc., objetivando circunscrever o adoecimento aos seus sintomas característicos e na prescrição de medicamentos ou intervenções consideradas pelo profissional médico como a mais adequada.

No Brasil, tais paradigmas convertidos em políticas públicas, que perduraram até meados da década de 1980, efetivaram-se por meio da gigantesca privatização e da mercantilização do setor da saúde, em que o Estado provia e pagava a ampliação da demanda dos serviços médicos e da indústria de produtos e insumos vinculados a esse setor, ou seja, financiava os investimentos e contratava os serviços da rede privada, capitalizando tais empresas privadas sem que essas corresse riscos inerentes às leis de mercado, uma vez que o Estado garantia sua compra.

Illitch (1975, p. 26), ao examinar o impacto e a provável “universalidade” desse modelo de prática e atendimento, afirma que

[este] criou a perigosa ilusão de uma correlação natural entre a intensidade do ato médico e frequência

das curas. Essa hipótese, que apesar de tudo é o alicerce da prática médica contemporânea, jamais foi provada cientificamente.

E ainda faz a seguinte afirmação:

O doente tornou-se alguém de quem aos poucos se retira toda a responsabilidade sobre sua doença. Ele não é considerado responsável pelo fato de ter caído doente, nem capaz de recobrar a saúde por si mesmo.

Tal predomínio tecnológico e de hegemonia do saber médico criou disparidades na efetivação das práticas coletivas de saúde, na medida em que seu alto custo impede o amplo acesso por parte da população que se utiliza dos serviços públicos de saúde e que é reconhecidamente aquela que enfrenta maiores privações econômicas e sociais, produzindo ainda o deletério efeito psicológico nos sujeitos à medida que estes “depositam” o *cuidar de si* em algo ou alguém que supostamente poderá lhes oferecer os ditames do bem viver. Entende-se que esse ato se efetive na perda de autonomia sobre aspectos pessoais importantes da vida, uma vez que o exercício do autocuidado progressivamente tende a ser transferido a outro sujeito ou instituição.

2 – Acolhimento: um resgate histórico

Segundo Cecílio (1997), o Movimento Sanitário Brasileiro tem suas origens mais significativas em três vertentes constitutivas: o Movimento Estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES); os movimentos de médicos residentes, de renovação médica; e a academia.

Autores como Cohn & Elias (2002) destacam que, principalmente na década de 1970, o Movimento Sanitário adotou como estratégia a ocupação de espaços políticos no interior das instituições do Estado, partindo da premissa de que, a partir da saúde, poderiam ser promovidas transformações sociais radicais. Essa contextualização permite pensar em modelos contra-hegemônicos de saúde no Brasil, isto é, aqueles com propostas identificadas como alternativas ao modelo biomédico e como resultado da convergência de lutas sociais encetadas ao longo do regime militar.

Para Braga Campos (2000), embora diversas experiências inovadoras já ocorressem de maneira pontual em algumas cidades, somente após a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) é que se tem a sistematização e a operacionalização de ideais que culminariam com a efetiva implementação de uma ampla Reforma Sanitária no país: a criação do SUS. Por sua vez, a Constituição de 1988, demarcando simbolicamente o fim do regime militar, incorpora abundantes ideais procedentes do Movimento Sanitário, explicitando que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art. 196, seção II)

E, consecutivamente, com sua regulamentação por meio da lei federal n. 8.080/1990:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990, art. 3º, §único)

Como já explicitado anteriormente, as propostas em saúde ocorrem *pari passu* com as transformações sociais e políticas do país e, conseqüentemente, de modo articulado e indissociável com o pensamento hegemônico da época que se pretende abordar. Da mesma maneira, a escolha do modelo de atenção à saúde reflete-se na própria atuação profissional dos trabalhadores envolvidos, não apenas na forma de estes conceberem a própria atuação profissional, como também a assunção de valores éticos e humanos que se refletem na mesma prática. Assim, constitui-se em um comprometimento ético e político a escolha prioritária de um *modelo* assistencial como referencial de estudo acerca das práticas contemporâneas em saúde.

Mas, afinal, o que é um *modelo*?

Na vida cotidiana, pensa-se em um modelo de maneira aproximada a um protótipo, isto é, uma criação preliminar – um protótipo arquitetônico, por exemplo – a ser reproduzida valendo-se da correta aplicação de pressupostos técnicos e precisos, ou seja, estritamente modelos trazem de forma implícita a ideia de imobilidade.

Em saúde, tal ideia mostra-se insatisfatória e incompleta, já que o ato de “produção da saúde” não possui uma fronteira tão bem demarcada; não se inicia nem tampouco se encerra na conduta médica, na prescrição de medicamentos, dietas ou padrões de comportamento considerados “saudáveis”. Conforme adverte Merhy (2002, p. 7), circunscreve-se ao “trabalho vivo em ato”, marcado pela relação intersubjetiva e criativa dos atores envolvidos – trabalhadores, usuários, gestores, comunidade etc. Acredita-se que o modelo tecnoassistencial em Defesa da Vida seja aquele que mais tenha expressado em termos atuais o Acolhimento como um provável dispositivo dinamizador das práticas e concepções de saúde, na qual esta é concebida como um amplo processo sociopolítico.

Embora outros modelos também levem em consideração a importância dos processos de subjetivação na “produção de saúde”, assume-se aqui, de maneira deli-

berada pelo pesquisador, que o Modelo em Defesa da Vida seja referenciado com maior destaque, pelo seu legado nas últimas duas décadas, influenciando muitos pesquisadores, gestores e trabalhadores em saúde além de sua projeção política atual. Segundo Santos *et al.* (2002, p. 30),

O modelo em *Defesa da Vida* vale-se dessa ótica conceitual de saúde para nortear os princípios de ação dos projetos propostos por ele, quais sejam: Acesso e Acolhimento, Vínculo e Responsabilização, Responsabilidade Sanitária, Resolutividade, Gestão Democrática e Controle Social.

Deve-se atentar para o fato de que, ao destacar intencionalmente determinado modelo de atenção (no caso, o Modelo em Defesa da Vida) e suas vicissitudes, não se subentende a exclusão de outras propostas.

Campos (1991), em *A saúde pública e a defesa da vida* – obra considerada um marco reflexivo para as políticas públicas de saúde, protagonizada em todo processo de consecução do SUS –, assume o escopo político presente na formulação desse modelo. O autor exprime a dificuldade de implementação de novas propostas, sugerindo desde então a necessidade de uma ampla articulação social e política em torno de novos projetos.

Ainda, ao se fazer inúmeras referências a esse modelo tecnoassistencial, é reconhecido seu mérito e influência não apenas teórico-conceitual, mas sua importância política para que muitos questionamentos acerca de saberes e práticas em saúde fossem explicitados desde sua publicização, na medida em que diversos de seus idealizadores passaram a ocupar – especialmente a partir da “Nova República” (1986) – postos estratégicos, em níveis variáveis de abrangência, nas esferas governamentais responsáveis pela gestão ou execução de políticas públicas.

Com essa inserção nas esferas públicas, viabilizou-se que experiências inovadoras, obstáculos e novas inquietações viessem à tona desde então, muito embora – mesmo com sua reconhecida importância – esse modelo não possa ser considerado hegemônico ao longo da última década, dada a já citada dinâmica das relações políticas que envolvem todas as questões concernentes à saúde e à sociedade brasileira.

Ao contrário, percebe-se, com base em uma leitura histórica linear, que ao longo da década de 1990 a luta ideológica travada no período anterior à criação do SUS continuou de maneira atualizada perante as novas investidas políticas representadas mundialmente por um projeto abrangente (neoliberal), proposto por agências internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM). Alicerçado na diminuição progressiva da atuação do Estado nas políticas sociais (Estado mínimo), por meio dos mecanismos de ajuste fiscal e reestruturação administrativa, tal projeto

em última instância apregoa a participação da iniciativa privada em ações anteriormente de sua responsabilidade, se não a substituição quase total das ações estatais pela iniciativa privada (UGA, 2004; COSTA, 1998; COHN, 1995). Exemplar no campo da saúde pública foi à implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), na cidade de São Paulo, durante a gestão do prefeito Paulo Salim Maluf (1993-1997), que na prática se desvinculou do SUS, deixando até mesmo de receber verbas federais.

Gouveia & Palma (1999) sintetizam de modo bastante elucidativo, enfatizando a temática da saúde, o período de uma década vivida sob o tensionamento do projeto neoliberal, citando a entrevista com o então diretor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), George Alleyne, ao jornal *Folha de São Paulo*, em 14 de dezembro de 1998. Nessa entrevista, o dirigente propunha como uma das saídas para a crise financeira enfrentada pelo Brasil o abandono dos princípios constitucionais referentes à saúde, propondo a criação de uma “cesta básica” [sic] de doenças e procedimentos, composta por vacinas, atenção primária e saneamento, além do fim da gratuidade dos serviços.

Assentir com as premissas ora apresentadas permite concebê-las como um convite para que a prostração diante das adversidades transforme-se no reconhecimento de que tais políticas somente são tornadas hegemônicas por força da repressão institucionalizada pelo Estado ou pela formação de um consenso pactuado pela sociedade, seja pela omissão no agir politicamente ou pela hegemonia de interesses corporativos.

Abre-se assim um conjunto de possibilidades de atuação à medida que se passa a reconhecer o usuário dos serviços de saúde como protagonistas, ou melhor, partícipes desse processo de “fazer saúde”, considerando que as concepções e demandas sobre ela são gestadas e secularizadas no viver em sociedade.

Dessa forma, nunca é demais atentar para o fato de que o termo *Acolhimento* aparece de forma sistemática, como uma possível “ferramenta” de intervenção no campo da saúde e acessória à humanização dos serviços de saúde, como parte do Programa Nacional de Humanização em Saúde (PNH) (BRASIL, 2004).

Embora se reconheça que o novo cenário político, surgido desde janeiro de 2003, tenha possibilitado a incorporação do conceito de humanização enquanto política pública, não se pode deixar de destacar que anteriormente a esse período diversas iniciativas modelares de humanização da atenção à saúde já haviam sido concretizadas, quer pela pressão dos trabalhadores em saúde, quer pela pressão exercida por movimentos sociais e de usuários organizados.

Segundo Mendes & Souza (2009), anteriormente ao período descrito, diversas ações em saúde demonstram a “vocação” à humanização da atenção à saúde na construção do SUS. São exemplos: O Programa Nacional de

Humanização da Atenção Hospitalar (2000), que, entre outras questões, reconhece o direito e provável efeito “terapêutico” da permanência de um acompanhante, para menores de 18 anos e pessoas acima de 60 anos, em caso de internação hospitalar; o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); e o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, popularizado como método “Mãe Canguru” (2000). Este último, de relevância internacional, exemplifica de maneira esclarecedora as diretrizes do futuro PNH ao preconizar o Acolhimento do bebê e de sua família, o respeito às singularidades (cuidado individualizado), o contato *pele a pele* o mais precoce possível e o envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê (BRASIL, 2002; HENNIG *et. al.*, 2006).

3 – Acolhimento: propostas e reflexões contemporâneas no contexto do SUS

Como ponto inicial de análise, cabe destacar que o Acolhimento assim como é proposto atualmente no campo da saúde pública refere-se a uma diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) iniciada em 2004, embora o uso dessa denominação não se inicie com tal programa nem tampouco seja totalmente consensual quanto ao seu emprego.

Decerto o único consenso possível seja de que o programa sintetiza muitas sublevações em relação à maneira conservadora com que a saúde vinha sendo conduzida até meados do século passado, maneira esta que em um cenário político inédito pode ser traduzida em novas propostas. Ou seja, pode-se pensar que o programa possibilitou a catalisação de descontentamentos e sentimentos de imobilidade em relação a esse “conservadorismo”, conforme Campos (1991) já expusera ao denunciar a degradação do espírito de compromisso social, necessário ao funcionamento dos serviços de saúde.

O Programa HumanizaSUS, lançado em 2004, incorpora diversos avanços conceituais referentes às práticas assistenciais e à definição de papéis dos profissionais e usuários do SUS.

Destaca-se, primeiramente, que a humanização referida em tal programa não se identifica com práticas assistenciais ou caritativas, mas como tentativa de re colocação dos usuários dos serviços de saúde como protagonistas desse processo – humanização – ao adotar como meta o fortalecimento do controle social já preconizado pelas diretrizes operacionais básicas do SUS.

Mais que uma proposta sobre procedimentos que visam proporcionar bem-estar ao usuário, o programa incorpora o princípio da transversalidade de práticas e saberes em saúde, sejam esses saberes acadêmicos ou populares, explicitando o imperativo da interlocução entre as diversas áreas do conhecimento. O viés de valoriza-

ção dos saberes populares traz o usuário como referência na formulação de políticas públicas, e não apenas como consumidor passivo de políticas reconhecidamente descontínuas e dependentes exclusivamente do aval político dos gestores em saúde.

Com tais premissas, o conceito de humanização é entendido de maneira ampliada, um caminho de mão dupla que necessita da autonomia e protagonismo dos próprios sujeitos para que atitudes humanizadoras sejam efetivadas. Trata-se, portanto, de uma proposta política que valoriza a corresponsabilização entre o Estado e a sociedade na construção de vínculos solidários bilaterais. Uma proposta de ampliação de novas práticas de produção de saúde para a afirmação em “defesa da vida” (Pedroso & Vieira, 2009).

Ainda que o objetivo seja definir de maneira mais aprofundada o que é entendido por Acolhimento, deve-se destacar que esse não é o único dispositivo preconizado como operacionalizador do processo de humanização, merecendo destaque os conceitos de Clínica Ampliada, Ambiência nos Serviços de Saúde, Apoio Matricial, Visita Aberta e Direito à Acompanhante, Gestão Participativa e Co-Gestão etc.²

Como primeira aproximação ao termo Acolhimento, pode-se recorrer à sua definição assim como o é originariamente proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), isto é, o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do sistema de saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial ao processo de coprodução da saúde, sob os princípios orientadores do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Traduz-se nas atitudes dos profissionais e também nas condições e processos de trabalho envolvidos na recepção e atendimento aos cidadãos, onde quer que ele se dê: na comunidade, nos ambulatórios, em hospitais ou demais unidades e serviços de saúde.

Acredita-se que essa definição não seja suficientemente esclarecedora sobre pontos críticos subjacentes a toda discussão histórica presente no campo da saúde pública, por exemplo, sobre os conceitos de eficácia (resolubilidade racional de agravos à saúde, construção de saberes etc.) e eficiência (diminuição de filas, tempo de espera, entre outros); considera-se que essas questões permeiam todo o escopo temático no campo da saúde pública. Dessa forma, embora esses pontos críticos não sejam o objeto primordial deste estudo, também compõem o cenário de discussão na medida em que levam ao inevitável questionamento sobre como são compreendidos e praticados.

Assim, deve-se compreender o acolhimento como uma postura, um conjunto de atitudes que permeia o

relacionamento cotidiano com os usuários, ou como ferramenta tecnológica para facilitar o contato inicial com o usuário?

As muitas significações que envolvem esse termo não permitem uma única resposta, mas leva à necessidade de se recorrer a autores e experiências como referência para se compreender a prática.

Pereira & Ayres (2003) datam o uso do termo acolhimento enquanto diretriz operacional de diversos serviços assistenciais em saúde a partir de 1990, nos municípios que se empenhavam na implantação de mudanças tecnoassistenciais baseadas no Modelo em Defesa da Vida.

Para Tesser *et al.* (2010), a proposta de acolhimento surgiu como uma resposta prática às dificuldades encontradas com a implantação dos Programas de Saúde da Família (PSF), desde o ano de 1994. Esse programa – atualmente renomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) – propunha, por meio da integralidade de ações, um rearranjo na atenção básica de saúde por meio da superação das práticas de saúde estritamente curativas, fragmentadas e por via de regra centradas na consulta médica. Previa um novo tipo de relacionamento entre usuários, serviços e trabalhadores de saúde, objetivando intervenções resolutivas e em consonância com os diferentes contextos sociodemográficos e econômicos do país.

Segundo esses autores, o acolhimento como personificação das propostas anteriormente citadas surge como tentativa de resposta sobre como lidar com a demanda espontânea que recorre aos serviços de atenção básica ou como atender aos imprevistos tão frequentes e inevitáveis no cuidado à saúde.

No sentido apontado, acolhimento não se configuraria apenas como um recurso gerenciador e de facilitação da população para consultas médicas, mas como uma estratégia possível de romper com o paradigma *médico centrado* na presença ativa dos sujeitos envolvidos no ato de acolher, por meio de interações subjetivas complexas (DANTAS ROCHA *et al.*, 2008; AYRES, 2005; CAMPOS, 1994).

Tal sentido atribuído ao termo como “relação de ajuda” também é indicado por Campos (2003) em sua obra *Saúde Paideia*, na qual o autor aproxima os conceitos de Acolhimento e Responsabilização afirmando que,

[...] são conceitos amplos e que exigem mudança de postura em todo o sistema de saúde, para receber os casos e responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, res-

² As discussões sobre cada dispositivo são apresentadas em forma de “cartilhas”. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/node/57>>. Acesso em: 19 nov. 2014.

peitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de pôr limites necessários. (CAMPOS, 2003, p. 163)

Tais conceitos, conforme aponta Diaz (2009), foram atualizados e experimentados pelo Programa Paideia de Saúde da Família, a partir de 2003, em alguns municípios com cenário político supostamente mais favorável. Nessa proposta, acolhimento passou a ser considerado potencialmente promotor de mudanças no próprio processo de trabalho, uma vez que se pretendia promover uma mudança cultural no modo de conceber de forma ampliada o adoecimento dos sujeitos, criando a responsabilização integral dos profissionais de saúde para cada caso particular, apostando-se com isso na potencialidade do encontro entre usuário e profissional.

Os pressupostos citados se aproximam da concepção de acolhimento-diálogo proposta por Teixeira (2003), na qual ele não é uma atividade em si, mas conteúdo presente em toda atividade assistencial. Acolhimento como postura (SILVA JR. & MASCARENHAS, 2004), relação de ajuda (CAMELO *et al.*, 2000), ou como exprime Takemoto & Silva (2007, p. 331) ao, figurativamente, situarem o acolhimento não em seu aspecto formal, mas como um espaço intercessor entre trabalhadores e usuários “enquanto uma etapa do processo de trabalho e enquanto um modo específico de encontro”.

Outra leitura possível aponta para esse dispositivo como amplificador da garantia da população de acesso aos serviços de saúde, oferta de atendimento humanizado e reorganizador do processo de trabalho em saúde, na medida em que outros profissionais são solicitados a essa tarefa, ou seja, acolher os usuários. Nota-se que nessa proposta acolhimento refere-se principalmente à recepção e ao atendimento dos pacientes que procuram determinado serviço de forma espontânea.

Embora num primeiro momento tal proposta possa parecer pragmática, deve-se atentar que essa também é uma proposta centrada no usuário, tendo em vista que o aumento da acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde requer o questionamento da “crença” socialmente construída de que cabe exclusivamente ao médico a tarefa de promoção e restabelecimento da saúde. Nessa proposta, os serviços são organizados (ao menos, necessitariam ser) de maneira que disponibilizem um “Serviço de Acolhimento”, ou seja, de uma equipe responsável pela recepção do usuário na unidade de saúde.

Franco *et al.* (2003), e também Panizzi & Franco (2004), ao analisarem duas experiências distintas que partem dessa concepção de acolhimento – no município de Betim/MG e em Chapecó/SC, respectivamente –, concluem que por essa perspectiva acolhimento não é só dinamizador do acesso dos usuários ao serviço, mas humanizador na medida em que desburocratiza o atendimento ao romper com os tradicionais protocolos de se-

nhas, atendimento realizado por uma recepcionista como etapas até se conseguir atendimento médico, mas também reorganizador do próprio processo de trabalho ao reconhecer outras áreas do conhecimento como responsáveis pela promoção e restauração da saúde.

Cabe ressaltar que a principal consideração a ser feita em relação a essa última proposta é de que esse modelo pode incentivar, senão favorecer, um retrocesso em termos assistenciais, considerando que o “Serviço de Acolhimento” facilmente pode caracterizar-se como um serviço de Pronto Atendimento (PA) em saúde, reduzindo-se a uma formalidade para o acesso às consultas médicas.

Finalmente, segundo Takemoto & Silva (2007), podem-se sintetizar duas formas básicas de entendimento sobre acolhimento relativo à saúde pública: uma como postura diante do usuário e suas necessidades, e outra como dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade de saúde ao atender à demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando a recepção aos usuários.

4. CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, ressaltou-se a importância de se estudar a evolução das propostas assistenciais no campo da saúde de forma articulada com os diferentes momentos históricos do país, evitando tratá-las apenas como fruto do desenvolvimento natural do campo teórico e prático das ações em saúde. Para tanto, ressaltou-se sua dialética perante as forças políticas e sociais hegemônicas nos diferentes momentos vividos em nosso país.

Segundo o ponto de vista dos autores, há uma inegável e estreita vinculação entre as políticas de saúde pública, a oferta de serviços de saúde e a agenda dos distintos segmentos sociais protagonistas em nossa história. Contemporaneamente, destacou-se a criação do SUS como a convergência de ideais democráticos – sob a denominação de Movimento Sanitário – que tinham como estratégia de atuação a difusão dessas ideias, contrárias ao regime militar, a partir da atuação dentro do aparato estatal responsável pela saúde pública. Tais ideias mostraram-se de vanguarda ao pretender a inclusão dos diferentes segmentos sociais na definição e participação das políticas de saúde ao ter como meta os princípios de universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde.

Ainda, os autores didaticamente lançam luz sobre o fato de que desde a década de 1990 há um maior foco na humanização das práticas de saúde que culminaram com a criação do Programa Nacional de Humanização à Saúde (PNH – HumanizaSus) na década seguinte, como desdobramento do protagonismo de novas forças hegemônicas na condução política do país, principalmente a partir do ano de 2003. Tendo como princípio as três premissas básicas já citadas do SUS, o HumanizaSUS

ampara-se em certas propostas norteadoras, como o Acolhimento.

A polissemia do termo Acolhimento faz com que facilmente seu caráter ontológico, a saber, de facilitador da proximidade e alteridade entre cuidadores e sujeitos acometidos por alguma moléstia, seja depreciado em nome de um suposto aumento de eficácia nas ações de saúde. Dessa forma, as trocas intersubjetivas entre usuários e cuidadores correm o risco de serem facilmente reduzidas a técnicas ou ferramentas empobrecedoras para ambos.

Tais distorções quanto ao acolhimento proposto pelo HumanizaSUS podem ser constatadas na implementação de equipes de acolhimento percebidas em inúmeros serviços de saúde. Essas equipes são em grande parte formadas por um único segmento profissional – geralmente de enfermagem –, cuja função é a de realizar uma pré-avaliação das queixas dos usuários a fim de agilizar o acesso às consultas médicas, assemelhando-se a um serviço de “pronto atendimento” em saúde.

Acredita-se que tal organização do serviço não deva ser confundida com a avaliação de riscos em saúde, já que essa avaliação tem sua especificidade priorizar o atendimento, por exemplo, para indivíduos com risco eminente de morte ou agravo maior à saúde.

Finalmente, o estudo sugere a necessidade de que o acolhimento enquanto norteador para as ações de saúde seja não apenas compreendido em seus aspectos formais pelos usuários e profissionais de saúde nem, tampouco, incluído como uma técnica a ser incorporada na rotina dos serviços de saúde, mas assumidos enquanto postura ética facilitadora do estabelecimento de relações interpessoais efetivamente democráticas e socialmente inclusivas.

REFERÊNCIAS

- [1] ALVES, C. A.; SILVA JR., A. G. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Orgs.). *Modelos de atenção à saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.
- [2] AYRES, J. C. R. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas na saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 91-108.
- [3] BRAGA CAMPOS, F. C. *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. 2000. Tese (Doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ UNICAMP, 2000.
- [4] BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Presidência da República; Casa Civil, 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/18080.htm>>. Acesso em: 26 fev. 2010.
- [5] _____. Ministério da Saúde. *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru – Manual Técnico*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002.
- [6] _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- [7] _____. *Ministério da Saúde. O SUS de A a Z*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Editora MS, 2008. Disponível em: <www.saude.gov.br/susdeaz/topicos.htm>. Acesso em: 22 mar. 2010.
- [8] CAMELO, S. H. H. *et al.* Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, n. 8, p. 30-37, 2000.
- [9] CAMPOS, G. W. S. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991.
- [10] _____. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- [11] _____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.
- [12] _____. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- [13] CECÍLIO, L. C. O. Prólogo. In: _____. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- [14] COSTA, J. F. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- [15] COHN, A. (1995). Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 225-244.
- [16] COHN, A.; ELIAS, M. P. E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 2002.
- [17] COSTA, N. R. O. Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: COSTA, N. R. *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 125-145.
- [18] DANTAS ROCHA, H. S. P. *et al.* Acesso e Acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 24, v. 1, p. 100-110, 2008.
- [19] DIAZ, A. R. M. G. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: a regulação da “porta” nos Centros de Atenção Psicossocial. 2009. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2009.
- [20] FLEURY, T. S. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: _____. (Org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Ed. Cortez/ABRASCO, 1995. p. 17-46.
- [21] FRANCO, T. B. *et al.* O acolhimento e os processos de trabalho em saúde; o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde; olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37-54.

- [22] GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. SUS na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estudos Avançados*, n. 13, v. 5, p. 139-146, 1999.
- [23] HENNIG, M. A. S. *et al.* Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, n. 6, v. 4, p. 427-435, 2006.
- [24] ILLITCH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.
- [25] MENDES, V. L. F.; SOUZA, L. A. P. O conceito de humanização do Programa Nacional de Humanização. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, n. 13, v.1, p. 681-689, 2009.
- [26] MERHY, E. E. Modelo de atenção à saúde como contrato social. Texto apresentado na 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000, p. 1-9.
- [27] _____. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- [28] MOREL, M. R. L. Prefácio. In: LUZ, M. T. (Org.). *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- [29] NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 2, v. 5, p. 251-264, 2000.
- [30] PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, n. 13, v. 1, p. 695-700, 2009.
- [31] PANIZZI, M.; FRANCO, T. B. A. Implementação do Acolher Chapecó: reorganizando o processo de trabalho. In: FRANCO, T. B. *et al.* (Orgs.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec/Chapecó: Prefeitura Municipal, 2004. p. 70-110.
- [32] PEREIRA, E. G.; AYRES, J. R. C. M. Acolhimento: tendências conceituais e análise crítica. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 8., 2003, *Anais...* Ribeirão Preto: Associação Paulista de Saúde Pública.
- [33] ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E. D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Editora Global, 1983. p. 25-82.
- [34] SANTOS FILHO, L. Pequena história da medicina brasileira. São Paulo: EDUSP, 1966.
- [35] SANTOS, D. L. C. *et al.* Acolhimento: qualidade de vida em Saúde Pública. *Boletim de Saúde*, n. 16, v. 5, p. 30-51, 2002.
- [36] SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Hucitec, 2004. p. 241-257.
- [37] TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 23, v. 2, 2007, p. 331-340.
- [38] TEIXEIRA, R. R. O. Acolhimento num Sistema de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Instituto de Medicina Social, 2003. p. 89-111.
- [39] TESSER, C. D. *et al.* Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036>. Acesso em: 20 nov. 2014.
- [40] UGA, V. D. A. Categoria “pobreza” nas formulações de política social do Banco Mundial. *Revista de Sociologia Política*, n. 23, p. 55-62, 2004.