



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Cavalcante Filho, João Batista; da Silva Vasconcelos, Elisângela Maria; Burg Ceccim, Ricardo;
Bezerra Gomes, Luciano

Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 13, núm. 31, outubro-diciembre, 2009, pp. 315-328

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115444007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Acolhimento coletivo:

um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado

João Batista Cavalcante Filho¹
Elisângela Maria da Silva Vasconcelos²
Ricardo Burg Ceccim³
Luciano Bezerra Gomes⁴

CAVALCANTE FILHO, J.B. et al. Collective welcoming: a challenge instigating new ways of producing care. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, n.31, p.315-28, out./dez. 2009.

Within the challenge of implementing a form of welcome in which the team of healthcare workers would be made comprehensive, and would be thus in relation to users, a team of professionals from the family health program has proposed collective welcoming. This is a meeting space between workers and users that is focused on their health needs. Within this creative space, active work becomes stronger in relation to normative acts and, through communicative acts, transforms tension into understandings. There is a search for a metastable balance in which work is reconstituted in the light of each new challenge, thereby building relationships of greater solidity and providing learning for new ways of producing care.

Keywords: User embracement. Interdisciplinary healthcare team. Brazilian national health system. Primary healthcare.

No desafio de implementar uma forma de acolhimento que integralizasse a equipe de trabalhadores de saúde e estes com os usuários, uma equipe de profissionais do programa de saúde da família propõe o acolhimento coletivo, um espaço de encontro entre os trabalhadores e usuários, tendo por objeto as necessidades de saúde destes. Neste espaço criador o trabalho vivo ganha força na sua relação com os atos normativos, e por meio de atos comunicacionais transforma tensionamentos em entendimentos. Há a busca de um equilíbrio metaestável onde o trabalho se reconfigura diante de cada novo desafio, construindo relações mais solidárias e proporcionando aprendizado de novas formas de produção de cuidado.

Palavras-chave: Acolhimento. Equipe interdisciplinar de saúde. Sistema Único de Saúde. Atenção primária à saúde.

¹ Coordenação do Núcleo de Promoção da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe. Rua Francisco Rabelo Leite Neto, 670, apto. 202. Atalaia, Aracaju, SE, Brasil. 49.037-240 joaoaracaju27@hotmail.com

² Secretaria Municipal de Saúde de Recife.

³ Departamento de Ensino e Currículo, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴ Departamento de Promoção da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil pela Constituição Federal de 1988, após um processo histórico de lutas organizadas em torno do movimento de reforma sanitária, sintetizado pela defesa de que “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Desde então, o SUS vem sendo construído na busca de implementar princípios tais como: universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção à saúde, descentralização da gestão setorial, regionalização e hierarquização da rede de serviços e participação popular com papel de controle social.

A proposição do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de consolidação do SUS aconteceu a partir de dezembro de 1993 e foi eleita como prioritária para a reorientação do modelo de atenção à saúde, no sentido de reverter modelos de assistência centrados na produção de procedimentos que se destinam à cura de doenças e têm como local privilegiado o hospital, para modelos centrados no cuidado dos indivíduos, considerando seu contexto socioeconômico e cultural e tendo, como local privilegiado de atuação, o território em que se encontram. A estratégia de gestão do setor da saúde em implementação no município de Aracaju foi denominada Saúde Todo Dia e está em construção desde 2001. Em seu modelo teórico orientador, o Saúde Todo Dia tem, por objeto de suas políticas, as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades; e considera o trabalho em saúde como um encontro entre usuários e trabalhadores onde há o reconhecimento, pelo trabalhador, das necessidades dos usuários, como direito à saúde. A natureza do encontro entre usuários que têm necessidades de saúde e trabalhadores que reconhecem estas necessidades é o da produção de um processo onde há o acolhimento do outro, compreensão e significação de suas singularidades e oferta dos saberes em saúde que venham permitir ao profissional intervenções continuadas (vínculo) e responsabilização pelo resultado destas intervenções. O desenho tecnoassistencial do Saúde Todo Dia pode ser apresentado pelo diagrama da Figura 1.

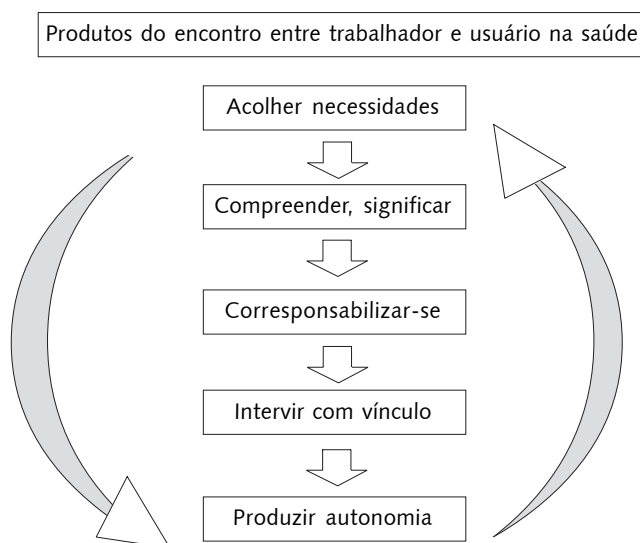


Figura 1. Diagrama Saúde Todo Dia.

Fonte: Aracaju, 2003.

No projeto Saúde Todo Dia, encontramos que a implantação do acolhimento foi a primeira intervenção sobre o processo de trabalho. Esta intervenção estava dirigida fundamentalmente para a rede básica de atenção à saúde. A proposta do acolhimento documentada no projeto era de ampliar o acesso da população por meio da substituição do critério “fila” pelo da “necessidade devidamente qualificada por profissionais de saúde”. Segundo o projeto, a partir do acolhimento, os usuários devem ter acesso a um conjunto de ações que sejam mais adequadas para as suas necessidades em saúde.

Desde sua implementação, vários formatos de acolhimento têm sido experienciados pelos profissionais de saúde do município de Aracaju. Uma equipe de saúde lançou-se ao desafio de implementar uma forma de acolhimento onde todos os seus integrantes contribuíssem com seus olhares, visando acolher às necessidades de saúde da população adscrita e fazendo emergir projetos terapêuticos sem fronteiras disciplinares ou meritocráticas, trabalhando numa perspectiva entre-disciplinar (Ceccim, 2006).

Este ensaio configura um estudo de caso com enfoque de análise qualitativa sobre a prática desta equipe de saúde enfrentando esse desafio no bojo do PSF, escolhendo o acolhimento coletivo como formato desse processo de trabalho. Nós - o médico e a enfermeira dessa equipe - utilizamos a observação participante e a realização de grupos focais com a equipe, usuários e estudantes de medicina vinculados à equipe em seu processo de formação.

Acreditamos ser o grupo focal o meio de fazer emergir pontos de vista e processos emocionais, permitindo a captação de significados difíceis de serem captados com outros meios. Na interação, percepções e significados são construídos em grupo, o que não seriam em entrevistas individuais (Gatti, 2005).

Os participantes, esclarecidos dos métodos e objetivos da pesquisa e sobre a garantia do caráter voluntário de sua participação, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, permitindo a utilização das informações desde que fosse garantido o anonimato. Para este estudo, realizamos três grupos focais: um com usuários (G1), outro com estudantes (G2), e o último com profissionais da equipe de saúde (G3). Foram transcritas aproximadamente três horas e vinte minutos de diálogo. Os nomes, quando citados, foram trocados propositalmente por nomes fictícios. Para o G1, realizamos escolha aleatória de dois usuários presentes no acolhimento coletivo convidados em cada dia da semana, totalizando dez usuários convidados, dos quais compareceram seis ao grupo. Do G2 participaram as quatro estudantes de Medicina que tomaram parte do acolhimento coletivo em seu processo de formação, como parte do estágio de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Sergipe. Do G3 participaram componentes da equipe: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.

Nos grupos realizados, assumimos o papel de mediadores e participantes do grupo. Longe de sermos imparciais, acreditamos que, fazendo parte daquele coletivo de trabalhadores de saúde, não poderíamos deixar de participar da sua reflexão e construção de sínteses.

Por meio da revisão bibliográfica, buscamos uma aproximação aos conceitos de acolhimento e ferramentas para avaliação de seu caráter cuidador, com o intuito de ampliar/qualificar a capacidade de reflexão sobre nossa realidade e de estruturação de experiência como um agir militante, em busca de contribuir com a defesa da vida e implementação real do SUS.

O que é acolhimento?

Para a análise do acolhimento coletivo, é necessária uma aproximação ao que já foi produzido intelectualmente sobre acolhimento. Com um grande aporte teórico recente e os variados fazeres em unidades de saúde, a palavra acolhimento termina por ser portadora de uma polissemia, adquirindo inúmeros significados, “almas”, sentidos. Não é nosso objetivo encontrar uma definição para o acolhimento, uma vez que as reflexões sobre o tema, quando compatibilizadas, acabam por ser complementares e, em conjunto, são essenciais para a estruturação da nossa práxis.

Em aula proferida no curso de especialização em Saúde Coletiva do Centro de Educação Permanente em Saúde de Aracaju e Universidade Federal de Sergipe em 2005, Emerson Merhy abordou o acolhimento como um “não-lugar”, mas o encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, onde este

último tensiona a entrada na rede de saúde, tentando mostrar que merece ser cuidado. Há um apelo por meio de **atos comunicativos** para que determinada necessidade seja considerada (Merhy, 2005).

Um profissional de saúde sofre a influência de vários **atos normativos**, mas a convivência entre estes atos normativos e os comunicativos não é resolvida no plano das regras ou protocolos assistenciais. Requer colocar em análise certos territórios, como o do poder e o das relações comunicativas. Uma das saídas seria burocratizar essa relação⁵ consagrando as regras, o que pode abrir ou fechar os espaços públicos aos usuários, como pode permitir ou impedir a realização de atos comunicativos, e, assim, negar ou ofertar uma forma de cuidado.

Teixeira (2005), em uma discussão sobre a questão da integralidade, encara o acolhimento como uma rede de conversações. O autor afirma que as diferentes concepções de integralidade dependem do que os diferentes projetos tecnopolíticos pretendem integrar, no sentido de tornar inteiro. Esta problemática teria como foco "a relação trabalhador-usuário que se dá nos serviços, para o qual se dirigem os mais fortes desejos de integração" (Teixeira, 2005, p.91). Seria necessário integrar a voz do outro nesse processo, superar o monopólio do diagnóstico das necessidades do outro pelos profissionais ou determinadas profissões de saúde.

Teixeira afirma ainda que a substância do trabalho em saúde é a conversa, onde se trabalha com um objeto necessariamente relacional, partilhado por todos os atores presentes. Entende, assim, a rede de atenção como uma rede de conversações que permeia todos os momentos do encontro trabalhadores-usuários e os fluxos da atenção. Defende, então, a compreensão do acolhimento-diálogo ou do acolhimento dialogado como sendo atitude central no trabalho vivo, em ato, devendo ser orientado por posições morais e cognitivas que considerem a alteridade, a insuficiência real dos diferentes atores e a necessidade da integração dos saberes presentes.

Para Merhy et al. (2004), o encontro entre o trabalhador e o usuário dá início a um processo relacional onde opera o trabalho vivo, em ato. O encontro dispara um processo de intervenção tecnológica implicada com a manutenção/recuperação/alteração de certo modo de andar a vida. O acolhimento permite ainda arguir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar da acessibilidade. Teria a potência de: construir vínculo e responsabilização, de provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço recepciona o seu usuário e evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos; pode produzir novas dinâmicas, instituintes de novas linhas de possibilidades para a produção do cuidado. É uma chance de modificar o serviço para uma forma usuário-centrada, reduzindo a centralidade das consultas médicas e utilizando melhor os potenciais de outros profissionais.

Silva Júnior e Mascarenhas (2006) colocam que o acolhimento possui três dimensões: da postura, da técnica e dos princípios de reorientação dos serviços. No acolhimento pesam as questões da subjetividade e individualidade, a busca de significados e de não-ditos. O acolhimento requer a mobilização de saberes para dar respostas, levando a uma postura de enriquecimento do arsenal terapêutico, buscando enriquecer as intervenções. O trabalho em equipe entra neste arsenal, mas busca a sua articulação, e não sua alienação. O acolhimento abre um espaço dialógico para extirpar a alienação, respeita o sujeito, negocia necessidades e rearticula os serviços.

De nossa leitura e vivência, destacamos o acolhimento como dispositivo para ampliar a acessibilidade aos serviços de saúde; como estruturante do processo de trabalho centrado nas necessidades de saúde; com potencial instituinte de novas

⁵ Merhy (2005), acessando a teoria da ação comunicativa de Habermas, afirma que isto seria a captura de um espaço que deveria defender a vida pela lógica instrumental. O ato comunicativo, que opera na relação, em uma postura dialógica, seria a oportunidade de tensionar a razão instrumental, onde dominam as regras externas ao sujeito, os atos normativos.

formas de produzir o cuidado; como espaço de integração da voz do usuário na construção de projetos terapêuticos, e como integração dos profissionais e seus saberes na busca de cuidar da população que assistem, numa perspectiva entre-disciplinar, como aquela que propõe Ceccim (2006).

A produção do cuidado e o trabalho em equipe

Longe de tentar esgotar a discussão sobre o trabalho em saúde, partimos de uma análise que extrapola a dimensão mais operativa, enquanto uma atividade, mas, antes de tudo, “uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção” (Merhy, 1997, p.81).

Ao problematizarmos o trabalho em saúde como produção de saúde, poderíamos perguntar o que o trabalhador em saúde produz. Genericamente, poderíamos responder que produz atos de saúde, mas a pergunta a ser respondida é: **qual o seu objeto de ação?** A maneira como o trabalhador de saúde constrói seu objeto de ação se torna central para sua produção de atos de saúde. Defendemos, como Merhy (2005), que uma das competências necessárias dos profissionais de saúde é a de estar atento para a “negociação” das necessidades. A negociação é entendida como um diálogo ou “saldo” da rede de conversações entre os referenciais técnicos e experiências vividas que definem ou distinguem as necessidades de saúde.

Acolher uma necessidade como uma necessidade de saúde dependerá dos atores em cena, da construção do objeto de ação, da forma como este processo se realiza e das possibilidades de negociação. Não existe resposta simples para esta situação complexa. Não se pode gerir este processo apelando simplesmente para a boa consciência dos profissionais, pois cairíamos no revés de estabelecer o que seria essa boa consciência e, ainda, encontrar uma forma de selecionar os bons profissionais. O que se deve tentar e se pode garantir é a construção de espaços públicos para a negociação de necessidades, garantindo a disputa dos sentidos do objeto de ação dos profissionais.

Todo encontro provoca tensão para o espaço público de negociação, há um apelo por meio de atos comunicativos para que determinada necessidade seja considerada. Se o profissional de saúde ficar preso à ação burocratizada, ficar preso ao ato normativo, não considerará como sua competência o reconhecimento deste espaço para o diálogo público, que abre novos sentidos para sua relação com o usuário. Se o trabalhador não significar esta competência, de reconhecer o movimento de construção social das necessidades de saúde, não conseguirá acolhê-las, independentemente dos atos normativos e dos modelos.

Se o trabalhador de saúde produz atos de saúde e seu objeto de ação é o cuidado, então, a produção do cuidado assume o caráter de afirmação da defesa da vida, em detrimento da produção de procedimentos, tão necessária à reprodução do capital presente no complexo médico-industrial, mas distinta da aceitação da complexidade e fragilidade da vida.

Vários trabalhos (Pinheiro, 2006; Merhy, 1997) apontam para a crise do modelo que sustenta o complexo médico-industrial, o modelo biomédico. A submissão dos usuários à vontade do profissional, o caráter medicalizante, a valorização dos aspectos biológicos, a atenção impessoal e o abuso dos exames complementares são alguns dos fatores que apontariam para o alicerce dessa crise. “Parece que o modelo explicativo para os problemas de saúde apresentados pela população não possui similaridades com os modelos utilizados para elucidar as doenças – ao mesmo tempo em que esta constitui o elemento central da racionalidade da prática médica, que é hegemonicamente exercida nos serviços de saúde” (Pinheiro, 2006, p.78).

O trabalho médico-hegemônico, por também ser o detentor da determinação da produção dos procedimentos, assume o centro da reprodução do capital em detrimento da defesa da vida. Ideologicamente, o consumo de procedimentos passa a ser encarado, inclusive pela própria população, como capaz de produzir o cuidado, potência esta que existe apenas no campo da ideação. Há um “reducionismo da prática clínica simplificando a idéia da produção e do cuidado em saúde” (Franco, Merhy, 2005, p.185). Os processos de trabalho se voltam para a lógica instrumental, em detrimento das abordagens mais relacionais.

A realidade complexa acaba por tensionar por linhas de fuga da lógica instrumental. Merhy (2002) diz que se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele

pode ser sempre atravessado por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. A partir do momento em que se abre um espaço público para a negociação das necessidades em saúde, uma das lógicas que pode tentar tensionar o instituído é a lógica do usuário. Os atos comunicativos podem preencher o espaço do encontro entre trabalhadores e usuários, fazendo emergir deste encontro um projeto terapêutico dialogado, que faz uso dos saberes de ambos os atores e de múltiplas tecnologias disponíveis no espaço, usando a criatividade, e, somente assim, produzindo o cuidado.

Franco e Merhy (2005) colocam que o desafio posto aos que trabalham com saúde é o de construir processos de produção de saúde que sejam capazes de se firmar com novas referências para os usuários, dando a estes a segurança de que um modelo centrado nas tecnologias leves, mais relacionais, tem a potência de cuidar tal como imaginam ou desejam.

Outro dado relevante de assumir é o de que nenhum profissional possui todas as ferramentas necessárias para exercer o cuidado. É necessário trabalho em equipe. Para Ceccim (2006, p. 262), “todo profissional de saúde, pela condição de terapeuta, deve ter, com apropriação e acurácia, recursos e instrumentos de intervenção clínica”, mas esta somente pode ser exercida na perspectiva sob compartilhamento e matriciamento. Merhy (2002) considera vital compreender que o conjunto dos trabalhadores de saúde apresenta potenciais de intervenção nos processos de produção do cuidado. Esses potenciais estão marcados pelos núcleos específicos de competência de cada profissão ou ocupação profissional, “associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um (vigilante) da porta de um estabelecimento de saúde” (p.123). A perda dessa dimensão cuidadora pode ser apontada como outra causa da grave crise atual do modelo médico-hegemônico.

Acreditamos existir e estarmos participando de um movimento de mudança, de resposta à crise do modelo biomédico. São novos fatores da clínica na contemporaneidade: a necessidade de integrar o outro no seu projeto terapêutico individual, de conhecer o significado de seu adoecer, de integrar seu agir e seus referenciais de explicação sobre o que sente e os processos que experimenta, de atuar junto dele buscando autonomia e felicidade.

A integração do outro atravessa, também, a integração no interior das equipes de saúde. Profissionais alienados do processo de produção do cuidado, em um modelo médico-centrado e procedimento-centrado, dificilmente se reconhecerão como realizadores de atos de saúde, dificilmente reconhecerão seu potencial cuidador. Ao invés de enxergarem seu papel, realizam um ato simplesmente reprodutivo, desvinculado da produção do valor de uso do produto saúde (no caso, atos de saúde), com prejuízo para sua transformação pelo trabalho, para sua satisfação como autores do processo de trabalho, como realizadores de uma obra de trabalho (Campos, 2000).

Ceccim (2006) defende a entre-disciplinaridade para que se reconfigurem as relações em equipe permanentemente ante a complexidade do enfrentamento do mundo real das necessidades em saúde disputando serem reconhecidas e cuidadas. O autor propõe a entre-disciplinaridade como forma de compreender o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, “um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável⁶, em que a prática terapêutica emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade; em que todos os potenciais seguiriam se atualizando e o equilíbrio não seria outro que não a transformação permanente de si, dos entornos, do trabalho” (Ceccim, 2006, p.265).

Essa transformação permanente rompe com as lógicas das agendas fechadas e programáticas. Desafia o instituído, as resistências. Atos comunicativos

⁶ Entendemos equilíbrio metaestável como um equilíbrio “em acontecendo”, um instituído que abre tranquilamente suas portas ao instituinte que emana das relações com o outro, e com a realidade complexa que teima em fugir das capturas. E, por isso mesmo, se movimenta, modifica, abraça, integra, acolhe, cuida. O compromisso é a defesa da vida, a felicidade e emancipação do homem.

criativamente complexificam o olhar para as necessidades referidas, por vezes com muito mais de não-ditos e pedidos de cuidado (Cecílio, 2006). Não basta compor as equipes com profissionais de várias áreas. É necessário que os saberes, tecnologias, circulem em benefício do cuidado.

Colocar o potencial cuidador, o saber e o fazer de cada profissional que compõe a equipe de saúde em um espaço de acolhimento de necessidades de saúde, com o objetivo de integrar este trabalho, é um dos desafios do acolhimento coletivo. Desalienar o papel de cada um na produção do cuidado, fazendo emergir projetos terapêuticos entre-disciplinares, circulando olhares e desejos, é um modo de tornar o nosso trabalho obra criativa cotidiana. Neste movimento de integração, integrando também os usuários, estamos nos aproximando do espaço onde o acolhimento coletivo ocorre.

O acolhimento coletivo

O desenho da Figura 2 é uma representação gráfica que busca exibir os caminhos para a produção de projetos terapêuticos cuidadores utilizando o acolhimento coletivo. Seria este o momento do encontro, um espaço criador.

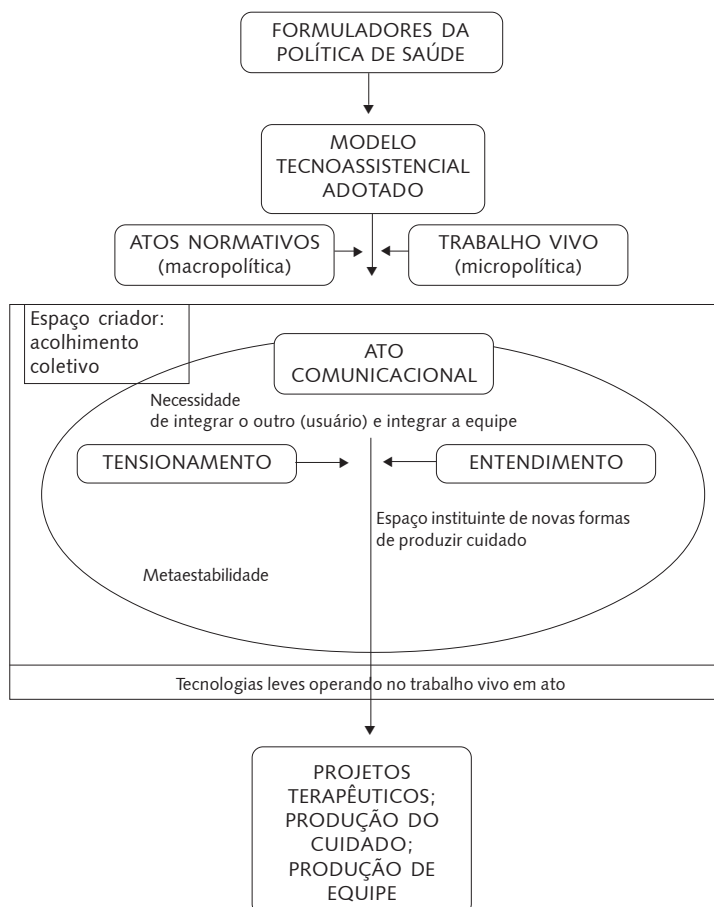


Figura 2. Diagrama do acolhimento coletivo.

Os usuários vão chegando à Unidade de Saúde. Mesmo com as explicações diárias da equipe da não necessidade de chegarem após a abertura da Unidade, às sete horas da manhã, para alguns é difícil não considerar o histórico de acesso aos serviços por ordem de chegada. Sentamos em roda na sala de reuniões da unidade, todos os trabalhadores da equipe (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e usuários. Os olhares e expectativas se cruzam.

Explicamos o funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) e conversamos um pouco sobre algum problema considerado de saúde pela equipe ou trazido pelos usuários naquele momento. Não há pautas. Discutimos desde o aumento da violência no bairro ao controle da hipertensão, desde o diabetes ao problema das fossas abertas que causam tantos transtornos a alguns moradores. A palavra é facultada para quem dela quiser fazer uso.

É aberto um espaço público para a negociação/conversação das necessidades de saúde. Tentamos, de todas as formas, transformar as tensões trazidas em entendimento. Há, neste espaço intercessor, a necessidade de integrar o outro, equipe e profissionais. Nessa teia de comunicações ocorrem os atos comunicativos, que movimentam necessidades antes não vistas para a categoria de necessidades de saúde, que fazem ver para além da demanda trazida.

Após um debate que dura entre trinta e 45 minutos, dependendo da quantidade e participação dos usuários, a abordagem passa então a ser individual, ali mesmo naquela sala. Cada profissional acolhe uma pessoa por vez. A equipe toda vai lidando com estes casos e aprendendo a cada dia, pois com as conversações abertas, um profissional tira dúvidas e propõe resposta junto a outro, profissional ou usuário. Os mais variados problemas são conversados, as mais variadas intervenções e as mais variadas articulações entre os trabalhos de cada profissional são propostas. Nem sempre a resposta ou o caminho proposto para o “andar a vida” do usuário está previsto em protocolos. Encontramos aí um desafio instituinte, ver e agir para além das normas, instituindo novas formas de cuidar.

Os casos considerados mais graves recebem atenção imediata na sala de observação da unidade (por vezes, antes mesmo de iniciar o diálogo), onde estão presentes recursos para atendimento de emergência.

Os casos considerados agudos são aqueles que passarão por uma consulta médica ou de enfermagem naquele mesmo turno, pois sem uma atenção em 24 horas podem se tornar mais graves. Orientações são dadas para as mais variadas dúvidas e podem representar um resto do dia mais tranqüilo ou uma intervenção imediata. É garantido o espaço para quem quiser uma conversa fora da sala de reuniões, em uma das salas da unidade.

As agendas da equipe, com suas ofertas estruturadas, são de livre acesso para qualquer de seus profissionais. Cada usuário tem o início de seu projeto terapêutico singular no acolhimento, podendo ser incluído em qualquer das ofertas, sejam elas consultas dos profissionais de nível superior, visitas domiciliares, ações programáticas. No decorrer de aproximadamente uma hora, com todos os profissionais acolhendo, os usuários já estão com seus projetos iniciados ou em continuidade. Inicia-se, então, o atendimento, pelo médico e enfermeira, de casos agudos e, posteriormente, dos casos agendados.

Segundo Tesser, Poli Neto e Campos (2007),

[...] quanto mais flexíveis e versáteis os profissionais quanto mais diversificadas e pouco ritualizadas suas ações, quanto mais misturadas e trabalhando juntas as pessoas, quanto mais aberto e acessível o serviço a todos os tipos de demanda, maior a possibilidade de a equipe imergir no mundo sócio-cultural de sua área de abrangência, de trocar saberes pessoais e profissionais, de realizar melhor o acolhimento e garantir o acesso.

Médico, enfermeira e auxiliar, em conjunto com outra equipe de saúde que divide a mesma unidade, garantem o acolhimento individual aberto durante todo o dia. Porém é sabido que, culturalmente, a população da área adscrita busca, em sua maioria, o atendimento nas primeiras horas da manhã. Há uma articulação entre a agenda dos profissionais no intuito de garantir, findo o acolhimento coletivo: as consultas programadas, atuações relativas a cada núcleo, reuniões de equipe, visitas domiciliares, educação em saúde, distribuídas na semana de trabalho das equipes. Há também certa flexibilidade dessa configuração para garantir ações conjuntas entre os núcleos profissionais.

“Estou aqui me reportando à primeira capacitação que a gente fez sobre acolhimento. Naquele momento, no Centro de Educação Permanente de Saúde, o acolhimento era uma ruptura, uma ruptura naquele chegar do usuário de saúde que era aquela fila, chegar de madrugada... esse novo sistema permitiu que as pessoas saíssem da unidade de saúde tendo sofrido algum tipo de escuta [...]. Eu participei do acolhimento individual e do coletivo [...]. Num nível do acolher a demanda do paciente, hoje os profissionais já se assenhoraram mais do que seria o acolher. Mas outro nível seria abraçar essa família para fazer esse acolhimento. Eu considero o acolhimento individual mais eficiente no sentido de acolher a demanda do paciente. E considero o acolhimento coletivo, este que estou participando pela primeira vez, mais eficiente no acolher como um todo [...]. Estou vendo de uma maneira boa, é eficiente, pois o acolhimento coletivo enxuga muito o acolhimento, dá mais resolutividade”. (Auxiliar de enfermagem)

O acolhimento destina-se a garantir a universalidade com escuta qualificada de todos que chegam à unidade de saúde. Que a necessidade defina a configuração das ofertas, e não o contrário. Que a responsabilização com o usuário oriente o processo de trabalho, e não interesses outros, como os corporativos. Garantir o acolhimento individual durante e após a realização do acolhimento coletivo obedece a esse preceito, pois nem todos os problemas devem ser partilhados, independente dos motivos. Além desse papel, o acolhimento individual dentro do processo de trabalho da equipe tem a perspectiva de vínculo com os usuários que buscam a unidade em outros horários, ainda que a unidade funcione somente em horário comercial, em que pese isto dificultar o acesso da classe trabalhadora.

Com a dificuldade de acesso provocada pela limitação de fichas, os usuários, para tentar garantir o atendimento, tinham de chegar à fila muito cedo, sob o risco de não conseguirem ser um dos que seriam atendidos. Poder ser ouvido com mais rapidez pelo fato de toda equipe acolher, e não ter mais que chegar durante a madrugada à Unidade, é algo muito valorizado:

“A gente ia, marcava ficha e ficava lá até altas horas, às vezes a gente tinha que chegar até 5 horas da manhã. De uns três meses para cá começou esse negócio de acolhimento na sala [o acolhimento coletivo], para mim, eu não tenho nada contra, no caso, a gente chega lá, você pergunta o que é que está acontecendo, devido ao problema a pessoa já é logo atendida, não espera até 12 horas [meio dia]”. (Usuária)

“Eu acho que aumenta a auto-estima [do usuário]. Existe aquela imagem de por que eu sou pobre tenho que chegar às 5 da manhã e ser atendido às 8... Agora eu chego às 8, sou atendido e a depender do meu caso, 9 horas já estou em casa. Isso aumenta auto-estima, mais qualidade de vida e ainda dá tempo botar feijão no fogo!” (Estudante de medicina)

A agilidade do acolhimento se dá pelo fato de toda equipe fazer a escuta. Como todos serão ouvidos de acordo com a sua necessidade, melhora o fluxo dos usuários. A sobrecarga da porta de entrada logo pela manhã, antes de responsabilidade somente da enfermeira, agora é dividida com os outros membros da equipe:

“Outro fator nessa forma de acolhimento é que a gente está compartilhando também um pouco dessa carga. Não é só a enfermeira que está atendendo sozinha uma fila de quarenta. Quando o acolhimento é feito de forma individual, quando chega no vigésimo, o enfermeiro, é claro que está saturado e não atende o 21º como ele atendeu o primeiro. Quando a gente vê o acolhimento com muitas pessoas, a gente [equipe de saúde] se olha e sabe que vai dividir aquilo”. (Enfermeira)

“Você chega à fila do acolhimento e tem uma enfermeira que vai atender. Aquela enfermeira é quem vai decidir se você vai para aquilo que você quer consumir. O que esta população mais quer consumir? Culturalmente, a consulta médica porque nosso modelo sempre foi

centrado no médico. Naquele espaço a gente tem a oportunidade de dizer: agora o acolhimento é da equipe. Tira do médico. Eu [o usuário] vou buscar o acolhimento. Essa equipe de saúde junto comigo é que vai decidir o que resolve o problema [...]. Eu vejo mais um trabalho de equipe, sai daquele negócio de passar só pela enfermeira. Pois o que pode acontecer também é a enfermeira ficar de malvada na história, eu não fui ao médico porque a enfermeira não me mandou para o médico". (Médico)

A tentativa do acolhimento coletivo em transformar o modelo, retirar a centralidade das consultas médicas e ampliar as potencialidades dos profissionais que compõem a equipe é bem explorada por Merhy et al. (2004), que enfatizam a mudança radical que o acolhimento provoca no processo de trabalho de uma Unidade de Saúde. A Equipe de Acolhimento passa a ser o centro das atividades no atendimento aos usuários e "os profissionais não médicos passam a usar todo o seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde, trazidos pela população usuária dos serviços de saúde da Unidade" (Merhy et al., 2004, p.45).

A construção social do médico como o detentor do conhecimento que será transmitido para a cura do usuário é uma das barreiras a ser vencida para substituir o consumo das consultas por projetos terapêuticos cuidadores entre-disciplinares. O status social e econômico e o biologicismo da formação em saúde desigalam o diálogo e não o favorecem. A visão da saúde enquanto mercadoria, e não como um direito, reforça ideologicamente a valorização da especialização na saúde (produto mais caro) e da realização de exames, muitas vezes desnecessários (procedimentos mais caros), além da medicalização. O diálogo não é considerado terapêutico, não possuidor de resolutividade. Isto perpassa toda a formação em saúde, e encontra-se bastante forte na formação médica:

"Se houvesse a agenda para consulta para todo mundo não haveria necessidade de acolhimento coletivo". (Estudante de medicina)

"Acho que em alguns momentos ele [acolhimento coletivo] é terapêutico, em outros ele é só um paliativo. Se todos os pacientes forem encaminhados para consultas não haverá tempo". (Estudante de medicina)

"Não gosto da Dra. Silvia por conta de eu ter pedido uns exames e ela perguntou se eu achava que precisava. Ora, meu filho só gosta de peito [leite materno]. Não gosta nem de danone [iogurte]. A criança não pega [come] nada. Ela passou os exames amarrada. E depois, se ele estava com alguma doença grave?" (Usuária)

Trazer à tona estas e outras concepções facilita o diálogo. Escutar um paciente, orientá-lo quanto às doenças autolimitadas, e agendar o retorno para ver sua resolução, pode ter um caráter terapêutico e vinculador maior que nossos atuais meios de investigação consigam capturar. A inclusão do outro, sua voz, a sensação de envolvimento no processo, a desterritorialização dos profissionais de saúde para a roda, circula, além de conhecimento, poder, com reflexos na construção de autonomia. O acolhimento coletivo se torna uma fuga da imagem ideologicamente construída do profissional de saúde, sobretudo de nível superior, como detentor do conhecimento a ser transmitido em lugar de compartilhado:

"Os médicos antes só eram vistos no momento da consulta. Era um pop star [risos]. Entrava pelo fundo do posto saía pelo fundo do posto, só era visto no momento da consulta. Só isso [estar presente na roda do acolhimento] já é um diferencial muito grande para a população". (Auxiliar de enfermagem)

"[Os profissionais de saúde] tratam a gente bem, perguntam o que a gente está sentindo, falam com a gente com educação, se a gente está com uma dor vai logo ser atendido, está bastante melhor. Antes era tão ruim, a gente ficava esperando lá fora, esperando...". (Usuária)

O espaço do diálogo, sua compreensão como um lugar de trocas e entendimentos, por vezes não é percebido como tal. A escassez de espaços públicos de negociação, a distância do saber técnico em relação ao saber popular, as diferenças de classes, a valorização de uma cultura em detrimento de outra, a exclusão social, são aspectos que, por vezes, não são superados e prejudicam o diálogo.

A resposta dada pela equipe é garantir o espaço de reterritorialização - o profissional, o usuário, a sala - verbalmente, no acolhimento coletivo. Além do fato de o acolhimento individual ficar aberto, pela equipe, durante todo o horário da unidade.

"Preocupo-me com o nível cultural das pessoas, que por vezes querem esse atendimento diferenciado [individual, na sala] e não expressam na roda". (Estudante de medicina)

"Muita gente se sente à vontade, mas muita gente se sente acuado, com medo de falar errado. Sabe como é, gente de uma classe mais [...] mas no meu ponto de vista a gente tem mais é que falar. Tem tanta gente que é formada e fala errado [...] Uns não gostam de falar porque se sentem tímidos, tem medo. Mas a gente tem que falar mesmo o que sente". (Usuária)

"Quando há necessidade, ele [o usuário] grita, ele fala. É a minoria que fica calado. Se não tiver gostando ele abre a boca e diz. O pessoal aqui tem uma liberdade muito grande de dizer o que pensa, muitas vezes, nem que machuque outra pessoa". (ACS)

"Mas quando a gente fala que quem quiser falar em particular é só se manifestar, isso intimida também. O povo pode pensar que estou com coisa braba da pega [doença grave]. Ele prefere marcar uma consulta e esperar". (Auxiliar de enfermagem)

A população reunida pode fazer perceber necessidades do coletivo, além das novas vozes integradas na produção do cuidado. Os novos projetos terapêuticos nos fazem aprender com as novas práticas de enfrentamento de desafios. Vêm à tona, além de mais necessidades, visões, preconceitos e concepções.

"Às vezes a pessoa vem só marcar uma consulta e a gente mesmo pode pegar a agenda da enfermeira e fazer isso. Se a pessoa quer falar com o médico, a gente fala com ela: espera um pouquinho. E como tá todo mundo junto [...] antigamente o médico e enfermeira não ficavam juntos com o usuário, todo mundo falando [...]. Mesmo se ele tiver com uma coisa de mais sigilo, eles não contam e contam individualmente e vai ser atendido de acordo com as necessidades dele. O mais rápido que der. A minha área [região de adscrição] está gostando muito e eu espero que tão cedo não mude". (ACS)

"E a gente aprende um com o outro. Tem paciente que tem um problema que não quer dizer para a gente, e a gente diz: diga mais ou menos como é que é, espere um pouquinho que eu vou falar com o médico". (ACS)

"Já tá agindo mesmo como um médico, já [Risos]". (ACS, após a fala anterior)

"A gente já sabe mais ou menos qual o caso que o médico que atende, qual o caso que é a enfermeira. Quando não dá para mim que eu já passo para ele. A gente se desenvolve muito". (ACS)

"Eles [os usuários] opinam sobre o que está acontecendo, se é bom ou se é ruim para eles em relação à unidade e a comunidade. Ali é uma oportunidade maior, mesmo para aqueles que têm vergonha de falar". (Estudante de medicina)

“No acolhimento coletivo, um problema da população fica mais a olhos vistos. Se você vê muitas adolescentes grávidas no acolhimento coletivo, você vai trabalhar a educação sexual. Essa acolhida então não fica só a cargo do agente de saúde, vai para toda a equipe”.
(Estudante de medicina)

Necessidades em saúde determinando o agir da equipe. Movimento e vida a serem defendidos na construção de projetos terapêuticos cuidadores, integradores, construindo autonomia. A busca de um Sistema de Saúde incluyente e de um processo de trabalho que traga também a realização profissional dos membros da equipe de saúde.

Síntese provisória

O acolhimento coletivo como proposta de organização do processo de trabalho da equipe de saúde se faz inovador, por ser um espaço de integração do outro, usuários e trabalhadores, além dos saberes. O diálogo horizontal com os usuários e a relevância dada às suas opiniões e desejos trazem à unidade um perfil de espaço terapêutico e cuidado integral à saúde, proporcionando, também, maior aproximação do profissional ao modo de viver e sentir as necessidades trazidas ao espaço pela população.

O maior desafio de se colocar em um espaço público de negociação é a sensação de segurança perdida que ocorre na busca de um equilíbrio metaestável. A busca deste equilíbrio, este desafio instituinte, traz consigo novas formas de produzir e ser feliz no trabalho.

Mesmo considerando o viés da gratidão no grupo focal de usuários, onde há quase unanimidade quanto à realização do acolhimento coletivo, sente-se diminuição das tensões no dia-a-dia da unidade, antes tão frequentes, relacionadas, certamente, à falta de conversações.

A escuta coletiva realizada no formato estudado de acolhimento traz mais um lugar de identificação de necessidades de saúde. Defendemos que é a necessidade de saúde que deve definir/instituir as ofertas de um serviço. Instituir nem sempre é substituir. Há necessidades e negociações que só surgem na abordagem individual e mais privada que o acolhimento coletivo pode dar. Os acolhimentos coletivo e individual tornam-se, então, complementares na escuta qualificada de necessidades de saúde.

O acolhimento coletivo requer unidades com bom espaço físico, o que nem sempre é uma realidade de nosso sistema de saúde. Exige também profissionais que ampliem a dimensão cuidadora do seu fazer e flexibilizem esse fazer de acordo com as necessidades de saúde.

A formação hospitalocêntrica e biologicista na saúde não vem preparando profissionais com a competência de criar espaços públicos de negociação, de trabalhar em equipe ou de reconhecer, respeitar e integrar o outro. A defesa da vida e do Sistema Único de Saúde passa por mudanças na formação destes profissionais.

O acolhimento coletivo não é uma triagem. Extrapola a classificação de riscos que determina a sequência de ações em prol da recuperação da saúde. Não é uma sala de espera. É um espaço de encontro onde o conhecimento circula e não somente é transmitido dos sabidos para os ignorantes. Não é uma pré-consulta. É a integração de trabalhadores e usuários para a construção de projetos terapêuticos individuais e coletivos considerando expectativas, referenciais teóricos, desejos, sentimentos e experiências.

Espaços como estes não são tão comuns em nossas unidades de saúde. Ainda há muito que desconstruir/construir em nossos ideários para que seja permitido romper os empecilhos ao diálogo e para que esta busca do equilíbrio seja produtora de relações mais solidárias e humanas. Compartilhar isso com usuários e trabalhadores tem um valor imensurável. Refletir sobre a nossa prática traz mais clareza e satisfação com o caminho que percorremos. Sistematizar e dividir esta experiência por meio deste trabalho traz consigo a esperança de provocar entendimentos e mais reflexões sobre o fazer cotidiano dos trabalhadores militantes, companheiros espalhados pelo Brasil.

Colaboradores

João Batista Cavalcante Filho e Elisângela Maria da Silva Vasconcelos responsabilizaram-se por todas as etapas da produção do artigo. Ricardo Burg Ceccim e Luciano Bezerra Gomes responsabilizaram-se pela discussão e redação do artigo.

Referências

- ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Saúde Todo Dia**. Aracaju, SE, 2003.
- BOUFLEUER, J.P. **Pedagogia da ação comunicativa**: uma leitura de Habermas. 3.ed. Ijuí: Unijuí, 2001.
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CECCIM, R.B. Equipe de saúde: perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3.ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco, 2006. p.259-78.
- CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/IMS/Abrasco, 2006. p.113-26.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, 2005. p.181-93.
- GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.
- MERHY, E.E. **Aula da especialização em Saúde Coletiva**. Aracaju: Universidade Estadual de Sergipe, 2005. (Videoteca do Centro de Educação Permanente da Saúde, 12 ago. 2005).
- _____. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/IMS/Abrasco, 2006. p.65-112.
- SILVA JÚNIOR, 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. 3.ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj /Abrasco, 2006. p.241-57.
- TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3.ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco, 2005. p.89-111.
- TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Cienc. Saude Colet.** [periódico na internet], 2007. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 22 dez. 2008.

CAVALCANTE FILHO, J.B. et al. Acogida colectiva: un desafio instituyente de nuevas formas de producir el cuidado. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.315-28, out./dez. 2009.

Ante el desafio de implementar una forma de acogida que integre el equipo de trabajadores de salud y estos con los usuarios, un equipo de profesionales del programa de salud de la familia propone la acogida colectiva; un espacio de encuentro entre trabajadores y usuarios, teniendo por objeto las necesidades de los usuarios. En este espacio creativo el trabajo vivo gana fuerza en su relación con los actos normativos. Por medio de actos comunicantes transforma tensiones en entendimientos. Hay la busca de un equilibrio meta-estable donde el trabajo se re-configura delante de cada nuevo desafio, construyendo relaciones más solidarias y proporcionando aprendizaje de nuevas formas de producción de cuidado.

Palabras clave: Acogida. Equipo interdisciplinario de Salud. Sistema Único de Salud. Atención primaria a la salud.

Recebido em 09/09/08. Aprovado em 17/03/09.