

Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários

User embracement in Basic Care:
ethical implications on the Health Care of the users

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer¹
Marta Verdi¹

Abstract *This article identifies and analyses the ethical implications originated from the daily activities of user embracement in basic health units and its implications on the Health Care of the users of the Brazilian Unified Health System. It's a qualitative study of exploitative descriptive design which took place in 5 basic health unit from city's health system of an important city in the state of Santa Catarina (Brazil); 26 individuals have been interviewed, among them are managers, health employees and users. Analyzed in the light of the references of the daily bioethics' and protection bioethics' approaches, the embracement in the cases studied revealed contexts filled with ethical conflicts which emerge from routine activities in health care, showing technical and conceptual distancing as well as structural limitations. The user's statements pointed out outstanding differences between the users desire to feel embraced respectfully and having their needs accomplished and the frustrating experiences they experienced in the basic health units' daily routine, which reveal situations of exclusion and denial on what concerns to the right to health. The results represent a setback in the implementation of this practice in accordance with the principles of universality in the access, integrality in care and the guarantee of the right to health.*

Key words *Primary Health, User embracement, Bioethics*

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

Palavras-chave *Atenção Básica, Acolhimento, Bioética*

¹Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Trindade. 88010-970 Florianópolis SC. lauracavalcanti@bol.com.br

Introdução

Desde 1988, depois de quase duas décadas da promulgação da Constituição Federal Brasileira, o cenário das ações e práticas da Saúde Pública voltou-se para a construção de um novo modelo de assistência à saúde. Nesse processo, são inúmeros os esforços para efetivar as prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir, no campo real, seu funcionamento conforme sua base teórica e conquista legal. Este estudo tomou, inicialmente, por referência a Política Nacional de Humanização (PNH) elaborada em 2004 para atuar transversalmente em toda a rede do SUS. Seu marco teórico-político configura-se em torno da humanização das práticas de atenção e gestão como uma dimensão fundamental do sistema de saúde.

Essa política se propõe a fomentar princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Um dos dispositivos da política é o acolhimento, que compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutive aos seus problemas¹.

A PNH integra o acolhimento aos seus “modos de fazer”. Esta prática, como estratégia, foi implementada desde as primeiras propostas de reorientação da atenção à saúde, constituindo-se numa diretriz do novo modelo tecnoassistencial. O acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário².

Pode-se compreender o acolhimento, simultaneamente, como uma diretriz e uma estratégia. Segundo Takemoto e Silva³, essa prática nos serviços de saúde denota a reorganização do trabalho e a postura diante da atenção às necessidades dos usuários. A articulação dessas perspectivas traduz as intenções de um atendimento com garantia do direito de acesso aos serviços e da humanização das relações estabelecidas no cotidiano das instituições.

Embora se entenda que o acolhimento deva perpassar todos os níveis da Atenção à Saúde, para atender ao escopo desta pesquisa a investigação foi circunscrita à Atenção Básica, ou seja, ao primeiro nível de atenção na organização da rede hierarquizada dos serviços do SUS.

Os estudos em torno dessa temática estão basicamente delineados na perspectiva estrutural e organizacional de uma atividade implanta-

da com vistas às transformações propostas pelo SUS. Assim, são incipientes as pesquisas que retomam o acolhimento na perspectiva ética. Como dispositivo de uma política de humanização dos serviços de saúde, o acolhimento traduz a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do ser humano, considerando-o como sujeito histórico, social e cultural. Portanto, essa estratégia pretende ultrapassar os limites técnico-operacionais de uma atividade programada e tanger as esferas dos valores éticos.

O programa Ética do Acolhimento da Prefeitura Municipal de São Paulo, em parceria com a Associação Palas Athena⁴, em 2002, publicou um ensaio sobre a articulação intrínseca da ação do acolher com a dimensão ética dos sujeitos e dos serviços. Nele, os aspectos técnico-operacionais, predominantes nas instituições e nas ações dos profissionais, se sobrepõem à atitude humana de valor ético social, de responsabilidade e respeito. Esta sobreposição constitui o maior problema enfrentado no cotidiano dos serviços, de onde emerge a necessidade de discutir os conflitos que uma prática imbuída de consciência da subjetividade dos sujeitos pode gerar, para não transformá-la em mais uma técnica, dentre as demais atividades mecânicas e reducionistas.

A atitude de acolher pressupõe a mobilização dos sujeitos envolvidos em todos os aspectos das relações que se estabelecem no âmbito da saúde. É necessária uma consciência de cidadania. Deve-se reconhecer nas estratégias propostas pelo SUS um caminho para exercer o direito ao acesso universal e conquistar a integralidade e a equidade da assistência à saúde. Nesse contexto, o espaço do acolhimento na Atenção Básica à Saúde compõe um potencial cenário para conflitos éticos no dia a dia das ações.

O objetivo do presente estudo foi analisar as implicações éticas no acolhimento, a partir da percepção dos atores envolvidos: gestores, trabalhadores da saúde e usuários, considerando a necessidade de refletir acerca da dimensão ética no processo de acolher os usuários nos serviços de saúde e de oferecer uma assistência integral e com qualidade, no cenário das UBS em uma rede municipal.

Para subsidiar a análise, a bioética cotidiana e a bioética da proteção constituíram um importante referencial devido a sua aplicabilidade teórica às situações-problemas provenientes dos serviços de saúde, sobretudo no âmbito da Saúde Pública.

A bioética cotidiana, segundo Berlinguer⁵, surge da necessidade de resgatar a atenção para

os comportamentos e ideias de cada pessoa. Busca compreender, contextualizar e discutir as implicações da subjetividade humana no cotidiano dos serviços de saúde.

A bioética da proteção toma como referência o objetivo básico na Saúde Pública no contexto brasileiro, em que a saúde é um dever do Estado e um direito de todo cidadão. Os conflitos éticos da Saúde Pública podem ser enfrentados, para Schramm e Kottow⁶, por meio de uma nova concepção da bioética, a “bioética da proteção”. A ação protetora do Estado deve garantir o direito social do acesso aos serviços de saúde, com qualidade e respeito aos direitos humanos fundamentais.

Percurso metodológico

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

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

A coleta dos dados processou-se por meio de entrevistas, seguindo o padrão semiestruturado, com uso de roteiro sistematizado em duas partes: a primeira, duas situações-problemas; a segunda, perguntas abertas referentes à temática da pesquisa.

A etapa de análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin⁷, resultando na constituição de quatro categorias temáticas.

Para garantir os aspectos éticos de uma pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina. Para garantir o anonimato dos sujeitos, foram adotados códigos para identificação das informações por meio do uso das iniciais de suas categorias de sujeitos: letra G para gestores, letra T para trabalhadores e letra U para usuários. Seguida à letra inicial de cada categoria, foi atribuída uma numeração em algarismo romano, conforme o total de sujeitos em cada categoria.

Discussão

Acolhimento: incongruências entre discursos e práticas

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

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

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

A essa escuta é atribuído o adjetivo “qualificada”. Assim, a premissa da recepção de um usuário, segundo refletem os sujeitos, deve ser orientada pela escuta qualificada dos problemas demandados aos serviços. ***Saber ouvi-la principalmente... E dar resolutividade para o problema dela*** (T IV).

Diversos autores têm discutido a importância da escuta e atenção às necessidades dos usuários; dentre eles destacam-se Franco *et al.*⁸, que apontam o acolhimento como a diretriz operacional fundamental para a inversão do modelo technoassistencial no SUS. Tal diretriz sustenta-se em pilares como a garantia da acessibilidade universal e a qualificação das relações, na qual escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta sempre positiva aos problemas apresentados pelos usuários.

Teixeira⁹ propõe a discussão do “acolhimento dialogado” como técnica de conversa, com características peculiares e norteadas por princípios éticos, passível de ser realizada por qualquer

profissional em qualquer momento do atendimento. A proposta é conceber a ação na perspectiva mais humana, evitando sua interpretação exclusivamente tecnicista, e valorizar todas as demandas individuais.

Entretanto, os discursos dos sujeitos na pesquisa mostraram-se divergentes nos relatos dos modos de acolher operados na prática dos serviços. Os discursos são encobertos por descrições de atendimentos pontuais, e o acolhimento, na prática, se torna sinônimo de atendimento de urgência. Trata-se, neste caso, da atenção dada às pessoas que diariamente recorrem às unidades de saúde com uma necessidade imediata e, pela limitação do acesso, não conseguem atendimento agendado. Elas, então, são acolhidas, desde que sua demanda seja avaliada como importante e factível. ***Num caso de dor, a gente vai perguntar o que ele precisa. Um caso de urgência, isso é acolhimento*** (T III).

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

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

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

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

Considerada a porta de entrada prioritária para o usuário no sistema de saúde, a Atenção Básica exerce o papel de grande acolhedora e deve, como todos os outros serviços, atender a todos. Quando impossibilitada de oferecer respostas, por questões de organização ou competência, a

Atenção Básica deverá dispor de uma rede de referências de serviços e canais de fluxos que permitam encaminhamentos.

A Portaria MS nº 648/2006, que trata da Política Nacional de Atenção Básica, em seu capítulo 1, determina, dentre diferentes princípios, o acesso universal e contínuo, bem como a efetivação da integralidade das ações programáticas e demanda espontânea¹⁰.

De posse das concepções teóricas e determinações legais, bem como dos relatos dos sujeitos acerca da estruturação da assistência nas UBS, é possível identificar questões sobre a ineficiência da programação das unidades ante os problemas reais das comunidades, seguindo a lógica verticalizada das suas ações.

O acolhimento surgiu como uma atividade programada para a atenção da demanda espontânea. A ação mecânica reduz um processo com diferentes e complexas interfaces a simplesmente mais uma atividade da unidade para o atendimento daqueles que não foram, por critérios de classificação e seleção, elencados para a atenção. ***É perguntar o que a pessoa está sentindo ou o que ela está precisando no momento e não só dizer não tem, "tchau"*** (T III).

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

Essas situações podem ser analisadas na ótica da bioética da proteção, da premente questão do papel do Estado na garantia do acesso aos serviços públicos de saúde. Diante do valor da saúde como bem de cidadania, Schramm¹¹ desenvolveu o conceito de proteção aplicado à Saúde Pública a partir da integração entre a responsabilidade moral e a pragmática. Estas seriam aplicadas às políticas sanitárias universais, a exemplo do SUS. Neste contexto, cabe ao gestor a responsabilidade instituída para a garantia das ações correspondentes às necessidades de saúde da população, protegendo-a de ameaças concretas.

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

A apropriação desse referencial e sua aplicação na análise dos conflitos oriundos da negação da responsabilidade sanitária do Estado permi-

tem a constante avaliação do desempenho e da implementação das políticas públicas. É através desta avaliação que se estabelece um olhar crítico e reflexivo acerca da qualidade delas, ainda que se constatem numerosas contradições no seu exercício prático.

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

Acolher com limitações: a organização da oferta e a oferta desordenada

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

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

No âmbito dos recursos humanos, outro limite apontado foi a falta de profissionais nas equipes de saúde. A demanda é expressiva, porém a organização da oferta com profissionais suficientes ainda está aquém do desejável para um atendimento de real efeito para usuários. O fato reflete negativamente também para os trabalhadores, pois a exaustão, o cansaço e a incapacidade de atender a todos os usuários e cumprir com todas as exigências do Sistema tornam o profissional insatisfeito. Pensar unilateralmente na satisfação dos usuários é efêmero; quem está no exercício de sua profissão carece de respaldo para sua boa atuação. **Falta de funcionários: se cada um tivesse com seu setor preenchido, ele teria mais tempo para fazer acolhimento** (T III).

A PNH orienta as suas estratégias também para os trabalhadores, na valorização da sua di-

menção subjetiva, na qualidade da ambiência e no fomento da educação permanente.

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

Sacardo e Fortes¹² definem privacidade como o consenso que existe em um mecanismo de regulação entre sujeitos no estabelecimento de sua relação e mediado pela confiança.

Zoboli¹³, em seu estudo acerca de questões éticas implicadas numa experiência de Atenção Básica à Saúde, observou a inegável influência da estrutura física na exposição dos usuários. As arquiteturas insustentáveis são geratrizes de situações éticas conflituosas e dificultam o desenvolvimento de uma relação de confiança e vínculo entre trabalhadores e usuários. **Um local adequado, se nós formos olhar a realidade das unidades, nem todas possuem um espaço onde a pessoa possa, sem ser no balcão onde todas as outras estão ouvindo, colocar a gravidade do seu estado, a urgência do seu atendimento, sem se expor** (G IV).

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

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

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

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

Mendes¹⁴ enumera três dimensões representativas da complexidade do sistema social em

construção e que são referências para voltar os olhares da reflexão: a dimensão política, a dimensão ideológica e a dimensão tecnológica. Destaca-se a dimensão ideológica, visto que os atores sociais desta pesquisa, copartícipes e corresponsáveis pelo processo, revelaram perspectivas limitadas quanto ao paradigma sanitário e contradições entre dois modelos em um mesmo contexto, em que sobressaem as impressões do modelo biomédico.

Os entraves ideológicos são subjetivos, com influências dos determinantes sociais em contextos propícios. A transformação começa em cada sujeito, nas concepções e nas ações, porém as adversidades estruturais contribuem para tolher manifestações nesse sentido. ***A gente criou uma população que acredita que precisa ser medicalizada, que precisa ter um aparato de exames para resolver uma dor de cabeça*** (G VI).

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

Do reducionismo teórico, conformado pelo processo histórico, emerge outra implicação ética. Trata-se do desrespeito à autonomia do sujeito e que se configura em dois planos: o micro, pela ação de gestores e trabalhadores de saúde, e o macro, modulado pelo paradigma biomédico. Resulta desta interação uma atenção que desqualifica o usuário como protagonista da sua saúde e o personifica apenas com características fisiopatológicas. Por conseguinte, esses sujeitos destituídos de suas características subjetivas, diante da heteronomia profissional, reproduzem papéis a eles atribuídos. Esses sujeitos são privados do pensamento e da prática individual autônoma; não são respeitados, portanto, os preceitos requeridos para uma relação com essa base interativa.

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

Berlinguer¹⁵ reflete a influência da biomedicina sobre a face desumana da Atenção à Saúde. O autor considera os avanços advindos das práticas especializadas, mas chama a atenção para que o apelo por atitudes humanizadas não seja pro-

pagado com resistência alheia à qualificação, ainda que técnica, dos tratamentos às doenças. Um processo não deve ocorrer em detrimento do outro; trata-se de percorrer um caminho fronteiro entre as faces do atendimento técnico e humano.

O acolher, como estratégia de humanização nos serviços, pode estar ameaçado pela tendência de tecnificação. Assim, ele trafega pelo tênue limiar da reprodução de modos e da reformulação de posturas.

Numa crítica ao reducionismo da biomedicina, Soares e Camargo Junior¹⁶ propõem um conceito complexo para a autonomia, baseado na interdependência entre os sujeitos e seus meios, nas relações democráticas de saberes, respeito, responsabilidade e valorização da subjetividade. Quando aplicado ao contexto das instituições públicas de saúde, a reflexão perpassa a desigualdade resultante da relação de poder e saber, estabelecida entre gestores e trabalhadores e usuários como o principal obstáculo ao respeito da autonomia.

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

Acolhimento e atenção integral: aproximações e distanciamentos

Analizadas as percepções acerca do sentido da atenção integral para gestores e trabalhadores da saúde, foi possível identificar como esses atores reconhecem as necessidades dos usuários ante os serviços e, especificamente, no processo de acolhimento. Desse reconhecimento emergiram três temas, explorados em seguida: o todo do serviço, o todo do sujeito e a fragmentação dos serviços; este último perpassa o produto da concepção e corresponde à relação concreta entre o acolher e a atenção dispensada.

O adjetivo integral qualifica a Atenção à Saúde nas bases legais das políticas públicas de saúde. O termo é empregado nos princípios doutrinários com o intento de caracterizar a garantia do acesso nos três níveis hierárquicos de Atenção à Saúde – complexidade básica, média e alta – bem como as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e acidentes e reabilitação que compõem um conjunto articulado e contínuo de serviços sem prejuízos para nenhuma das assistências^{1,17}.

Pinheiro¹⁸ define a integralidade como uma ação social resultante da interação de atores na

relação da demanda e da oferta, em um plano sistêmico, referente à rede de serviços, e um plano individual, construído na concretude da assistência, considerando os aspectos objetivos e subjetivos.

“O todo do serviço” corresponde ao plano sistêmico. Gestores e trabalhadores compreendem como atenção integral toda ação com vistas a oferecer todos os serviços de saúde cabíveis às necessidades dos usuários. **Atendimento integral eu acho que é não só o paciente trazer um filho que está com dor de cabeça, aí pegou um paracetamol e foi embora. Eu acho que tem que ver se a caderneta está completa, se ele está consultando, se ele está fazendo o acompanhamento direitinho, se ele foi no dentista** (G III).

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

Segue-se estabelecendo um parâmetro para um atendimento integral, segundo os trabalhadores da saúde, com base no acesso a todos os níveis de atenção dos serviços. **Integral é tudo que está precisando no momento. Se vai precisar de uma consulta médica, se vai precisar de um medicamento. Se chegar especialidade, ele precisa ser atendido pela especialidade** (T II).

Como diretriz do SUS, integralidade, segundo Mattos¹⁹, é parte de uma “imagem objetivo”. Corresponde a uma meta, pouco específica, de onde parte a configuração da organização dos serviços a fim de atingir objetivos bem delineados como a construção de um novo modelo assistencial.

Parafraseando Pinheiro¹⁸, o conceito de integralidade toma, nesse momento, na compreensão dos sujeitos, o plano individual. “O todo do sujeito” refere-se à atenção considerando as múltiplas dimensões do sujeito, dentre as quais destacam-se a sua história, o seu contexto social e cultural. **Atenção integral à saúde seria ver o paciente como um ser social dentro do seu meio social, familiar, psicológico e físico** (G II).

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

Ayres²⁰ corrobora os usuais conceitos de sujeito, amplamente empregados nos pensamen-

tos sanitários. Para o autor, sujeitos são “seres autênticos, com suas necessidades e valores, capazes de produzir coisas e transformar sua própria história”. Ele avança conceitualmente quando defende a tese da intersubjetividade, “o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos”²⁰. A reconhecimento é uma ação de dois ou mais sujeitos, portanto, denota olhar o outro como a si próprio.

“A fragmentação dos serviços” corresponde à expressão de gestores e trabalhadores sobre as reais limitações do atendimento integral às necessidades dos usuários. **Não adianta a pessoa chegar na Unidade Básica de Saúde e [...] por exemplo: o que eu resolvi do básico eu resolvi e o que é de média complexidade e alta complexidade não acontece** (G V).

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

Do desejo de se sentir acolhido às experiências excludentes

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

Inicia-se com a faceta positiva, para caracterizar o modo como os usuários expressaram o significado de se sentir acolhido – cabendo, nesse momento, registrar o desconhecimento desses sujeitos sobre o desenvolvimento de uma prática de acolhimento nas UBS. Diante desse fato, buscou-se resgatar a percepção dos usuários ante as suas expectativas em relação a como gostariam de ser acolhidos ou atendidos, o que pode ser evidenciado no relato a seguir: **Acho que é alguém para chegar e perguntar o que você precisa, o que você quer dentro da sua necessidade. Informar se tem aqui ou se não tem aqui, porque tudo a gente tem que perguntar** (U IV).

O atendimento desejado se constitui de elementos como atenção e reconhecimento, permeando, sobre ambos, os direitos individuais e sociais. Refletir sobre o significado de se sentir acolhido pelos serviços de saúde proporcionou

aos usuários expressar dois sentimentos: o primeiro, de caráter pontual, pois os usuários buscam soluções para suas necessidades; o segundo, de caráter subjetivo, uma vez que a atenção dispensada ao usuário deve ser de respeito. Este fato reforça as ideias anteriormente abordadas quanto ao acolhimento como ação que traduz atitudes dos sujeitos envolvidos. Significa, para os usuários, a postura de quem acolhe voltada para a qualidade da atenção expressamente refletida pelo respeito ao ser humano, às suas demandas e sua fragilidade.

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

Nesta perspectiva, os direitos do indivíduo, também chamados de direitos de primeira geração, podem ser definidos como os direitos subjetivos; correspondem à liberdade privada, são próprios da condição humana. Os direitos sociais ou de segunda geração **referem-se à garantia para o pleno exercício público do indivíduo**¹. O direito à saúde figura em um desses direitos.

A faceta negativa do atendimento cotidiano nas UBS refere-se à privação do direito à saúde, garantido no plano legal. Os depoimentos a seguir em nada se assemelham aos anteriores, pelo conteúdo dispar em descrever o quanto sentem a negação do direito à saúde, sobretudo pelo limite de acesso aos serviços. **É chegar 5 horas da manhã e perguntar o número de fichas e ouvir: “Ah, hoje só temos oito fichas.” [...] Por que tem que ser no meio da semana para marcar a consulta? Quer dizer que o cidadão vai ter que esperar, vai ter dia para ficar doente?** (U I).

São situações que expressam a negligência do direito à saúde, proposto em conformidade com valores éticos e legais. Uma geração de direitos jamais se sobrepõe à outra. Neste caso, há uma violação dos direitos humanos e de cidadania, visto que o sujeito é colocado numa posição de privação da liberdade individual e lhe é negado o acesso a um serviço garantido pela proteção do Estado.

Os usuários expressam sua decepção e a sensação de indignidade e impotência ante as suas vivências, de certa forma acentuadas pela condição de vulnerabilidade que a necessidade lhes confere. **Eu venho só em último caso; por exemplo,**

agora estou com garganta inflamada, não tenho condições nem de comer. Esse é o último recurso que tenho (U I).

Esses relatos expressam o desrespeito à dignidade e novamente o descumprimento do papel do Estado. O acolhimento não existe no conhecimento prático, tampouco na interpretação do atendimento prestado. Os usuários se sentem completamente desprotegidos. A ética da proteção aplicada à saúde pública, na proposta de Kottow²², reforça a responsabilidade do Estado, definido como figura moral da proteção aos suscetíveis. Num contexto em que as desigualdades são persistentes e o desinteresse pelo bem comum predomina, surge um discurso bioético para o enfrentamento dos dilemas práticos oriundo de uma sociedade com essas características.

Considerações finais

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

Contudo, o desenvolvimento desse processo no cotidiano das instituições de saúde pode revelar contradições e distanciamentos entre as intenções de uma prática e sua real aplicação nas situações concretas diárias. Este fato, certamente, representará um obstáculo para o pleno estabelecimento das políticas públicas de saúde, bem como para a efetivação do SUS, em constante busca pelo aperfeiçoamento de sua implantação no campo real das ações e dos serviços, sobretudo uma ameaça aos direitos conquistados socialmente.

Retomando os objetivos deste estudo, o cotidiano das Unidades Básicas de Saúde revelou, nas percepções de seus protagonistas, um acolhimento aos usuários fundamentado, basicamente, em uma estratégia técnica de recepção, triagem e encaminhamento. Contraopondo-se a este perfil, configura-se num discurso consoante com os princípios da PNH um acolhimento ideal. Gestores e trabalhadores compreendem o processo de acolher como uma premissa do novo modelo de atenção à saúde.

O acolhimento apresenta-se com duas faces opostas e destoantes: no discurso, o reconhecimento do direito à saúde, e na prática, o descumprimento desta garantia constitucional. Estas situa-

ções configuram o cotidiano das UBS e são pouco questionadas e discutidas, bem como o papel do Estado diante da garantia deste direito, fato que torna naturais a desigualdade e a exclusão.

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

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

Um importante retrato possível de ser construído com as informações dos usuários mostrou duas imagens díspares: entre a expectativa de um acolhimento ideal e a experiência frustrante da falta de acesso e da precariedade do atendi-

mento que resulta em experiências excludentes.

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

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

No bojo desta discussão, está o respeito ao direito que os usuários possuem de terem sua saúde resguardada e suas necessidades atendidas. Anseia-se pelo fortalecimento desses sujeitos de direitos e pela compreensão da sua totalidade como seres humanos.

Colaboradores

LCF Brehmer e M Verdi participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Passos E, organizador. **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. v. 2. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Documento Base. Brasília; 2006. [site da Internet]. [acessado 2006 abr 26] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf
3. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica** 2007; 23(2):331-340.
4. Associação Palas Athena. Ética do acolhimento. **Revista THOT** 2002; 77:63-69.
5. Berlinguer G. **Questões de vida: ética, ciência e saúde**. São Paulo: Hucitec; 1993.
6. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos em salud pública: limitaciones e propuestas. **Cad Saude Publica** 2001; 17(4):949-956.
7. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.
8. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, Magalhães Júnior EM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 37-54.
9. Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Cien Saude Colet** 2005; 10(3):585-597.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [site da Internet]. [acessado 2006 abr 26]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf
11. Schramm FR. A bioética da proteção em Saúde Pública. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola; 2003. p. 71-84.
12. Sacardo DP, Fortes PAC. Desafios para a preservação da privacidade no contexto da Saúde Pública. [periódico na Internet] 2000 [acessado 2006 nov 16]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v8\seccao2.html>
13. Zoboli ELCZ. **Bioética e Atenção Básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família** [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
14. Mendes EV. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
15. Berlinguer G. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.
16. Soares JCRS, Camargo Junior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico com valor para a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** 2007; 11(21):65-78.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 20 set. [acessado 2004 ago 23]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>
18. 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 RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Abrasco; 2001. p. 65-112.
19. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Abrasco; 2001. p. 39-64.
20. Ayres JRCM. Subjetividade, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cien Saude Colet** 2001; 6(1):63-72.
21. Ayres JRCM. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Cien Saude Colet** 2000; 6(1):63-72.
22. Kottow M. Bioética da proteção: considerações sobre o contexto latino americano. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M, organizadores. **Bioética: riscos e proteção**. Rio de Janeiro: UFRJ/Editora Fiocruz; 2005. p. 29-44.

Artigo apresentado em 11/12/2007

Aprovado em 26/01/2009

Versão final apresentada em 26/02/2009