

O ACOLHIMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE USER EMBRACEMENT: AN EXPERIENCE REPORT

DIANA COELI PAES DE MORAES¹, KÁTIA MARLY LEITE MENDONÇA²
E ALCINDO ANTONIO FERLA³

RESUMO

Neste artigo, destacam-se duas experiências relativas ao Acolhimento da Atenção à Saúde dentro da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das experiências diz respeito a uma visita a determinado centro de saúde pública do Pará para conhecer o seu “Serviço de Acolhimento”; a outra versa sobre uma discussão em uma Roda de Conversa acerca do acolhimento experimentado nessa visita e de uma reclamação referente a uma médica perita. Diante disso, ressalta-se que a atenção em saúde de forma humanizada refere-se à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos seus limites, dirimindo as desigualdades sociais, resgatando a dignidade humana, transformando os serviços de saúde e oferecendo qualidade para sua rede de saúde. Enfim, o processo da atenção humanizada pelo sistema de saúde pública deve ser definitivamente instalado, com atendimento integrado da rede; a formação dos profissionais envolvidos deve estar vinculada às necessidades sociais e aos serviços do sistema público; o atendimento ao indivíduo deve ser feito de forma humanizada, acolhendo e cuidando do corpo, da condição de vida e da subjetividade da pessoa. Como base teórica, utilizam-se documentos e legislações do Ministério da Saúde (MS), os escritos e debates de Foucault (1987;1988;1998) sobre as questões do biopoder, os estudos de Mendonça (2009) sobre a violência e os estudos de Ferla (2007;2008). **Palavras-chave:** Humanização; Acolhimento; Ouvidoria.

ABSTRACT

*Two experiences related to the National Policy of Humanization (PNH, in Portuguese) of the Brazilian Unified Public Health System (SUS) are highlighted in this article. The first of these said experiences regards a visit to a public Health Center, in the Brazilian state of Pará, to become acquainted with its use of the User Embracement service; the second one regards a Round-Table Discussion about the service seen during the visit mentioned and complaints about a medical examiner. In this light, we point out that the attention to Humane Healthcare refers to the possibility of assuming an ethical stance, welcoming strangers and recognizing their limits in order to diminish social inequality and restore their Human Dignity, changing the Healthcare services to offer more quality. Therefore, the service of User Embracement must be adopted by the Public Health System along with integrated health services in the network; the specialization of the professionals involved in it must also be related to the social necessities of the community and to the services offered by the Healthcare System. The service must be offered to the individual in a humane way, welcoming him or her and caring not only for the body, but also for the life condition and this person's subjectivity. Documents and legislation of the Brazilian Ministry of Health have been used as theoretical background, complemented by the works and debates of Foucault (1987; 1988; 1998) about biopower issues, the studies of Mendonça (2009) about violence and the studies of Ferla (2007; 2008). **Keywords:** Humanization; User Embracement; Ombudsman.*

¹ Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Brasil. E-mail: moraesdiana@hotmail.com.

² Pós-Doutora em Ética pela Universidad Pontificia Comillas, Espanha. E-mail: guadalupelourdes@hotmail.com.

³ Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professor Adjunto da UFRGS. Professor Colaborador no PPGP/UFPA. Brasil. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com.

Introdução

Este artigo é fruto da dissertação de mestrado intitulada “As ouvidorias de saúde pública no estado do Pará: uma relação dialógica entre governo, medicina e sociedade?”, da autoria de Diana Coeli Paes de Moraes, que visou conhecer, descrever e compreender a aplicação da política de humanização nas instituições de saúde pública. Para isso, baseou-se nas demandas de suas ouvidorias, o que possibilitou identificar as suas contribuições efetivas ao sistema por meio da participação social na construção e execução de novas práticas de atenção à saúde, de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH). A fim de que pudesse ser executado, o projeto de tal dissertação foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisada Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) pelo do Protocolo n.º 27/2011 e aprovado por Parecer em 23/01/2011.

Neste artigo, dar-se-á destaque a duas experiências vivenciadas na condição de ouvidora pública, em 2010, referentes ao Acolhimento da Atenção à Saúde dentro da PNH do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das experiências refere-se a uma visita a determinado centro de saúde pública do Pará para conhecer o seu “Serviço de Acolhimento”, visita essa que atendia ao convite de uma psicóloga, que compunha a equipe técnica desse Acolhimento, por ocasião do 9º Congresso Norte-Nordeste de Psicologia (CONPSI), realizado em 2009, em Belém, Pará. A outra vivência diz respeito a uma discussão em uma Roda de Conversa com a equipe de trabalho da “Ouvidoria” com relação à questão do acolhimento experimentado nessa visita.

A atenção em saúde de forma humanizada refere-se à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos seus limites, transformando as práticas de saúde do SUS ao oferecer resposta ao problema

apresentado. Propõe, assim, a acessibilidade com equidade da população ao sistema de saúde voltado à integralidade no atendimento da dimensão humana. O atendimento integral, desencadeado desde o primeiro atendimento com qualidade e resolutividade às demandas individuais ou coletivas de todos os usuários no momento da assistência, deve integralizar corpo, a condição de vida e a subjetividade da pessoa. Para isso, os profissionais envolvidos precisam estar vinculados às necessidades sociais e aos serviços do sistema públicos.

O acolhimento ao sujeito que demanda cuidados, por sua vez, é o “ato ou efeito de acolher que expressa em suas várias definições uma ação de aproximação, um estar com e um estar perto de, ou seja, uma atitude de inclusão” (MS, 2008, p.6). Instalar um padrão de acolhimento nas unidades de saúde exige postura ética de abertura para o encontro, de modo que haja responsabilidade para com aquele que necessitar desse acolhimento.

Uma Ouvidoria de saúde é um canal democrático de comunicação em segunda instância, que reconhece o direito do cidadão de participação na gestão administrativa, seja reclamando da saúde, denunciando os abusos, solicitando mais informações, sugerindo melhorias na administração ou validando boas práticas, e que dissemina informações em saúde e de mediação entre o cidadão e os gestores do SUS. Tem como foco, sempre, a solução ou a minimização dos problemas apresentados pelos usuários, assim como a viabilização da correção de falhas no sistema, estimulando os processos de melhorias contínuas da qualidade.

A Ouvidoria acolhe o cidadão com as suas demandas, ouve, dialoga e oferece respostas com caráter educativo, a fim de oferecer ao usuário condições mínimas de transitar com considerável autonomia pelo sistema de saúde. O atendimento na Ouvidoria por profissionais comprometidos com o

acolhimento humanizado e coma escuta qualificada, respeitando as diferentes histórias de vida relatadas, faz com que a Ouvidoria se torne um elemento catalizador no processo de mudança e ajustes da organização.

Essa atenção à saúde de acolhimento do usuário constitui sujeitos mutuamente, em um eterno responsabilizar-se, com trocas solidárias diante da intervenção e gestão de vida.

E é com essa base teórica, utilizando, especialmente, documentos e legislações do Ministério da Saúde (MS), os escritos e debates de Foucault (1987;1988;1998) sobre as questões do biopoder, os estudos de Mendonça (2009) sobre ética e violência e os estudos de Ferla (2007;2008) sobre educação em saúde e saúde coletiva, que se realiza esta produção.

2 O acolhimento: relatando uma vivência

Em 2009, estive em um determinado centro de saúde pública no estado do Pará para conhecer o seu “Serviço de Acolhimento”, apresentado como palestra no 9º CONPSI, 2009, em Belém do Pará, como um serviço de referência. Quando saí da instituição pública na qual trabalhava, já no carro, lembrei-me da máquina de fotografia, deixando operar em mim o imaginário de que o acolhimento deveria estar localizado em um ambiente acolhedor e confortável, tecnologicamente bem-equipado e com uma equipe multidisciplinar qualificada àquela atividade.

Ao chegar nesse centro de saúde, encontrei um local “abarrotado” de pessoas sentadas em bancos de madeira dispostos pelos corredores; algumas crianças chorando com lágrimas que se misturavam ao suor e pessoas de rostos exaustos e de aparência muito humilde, que pareciam implorar pelo atendimento. Batia uma porta em que havia a identificação “Acolhimento” e fui recebida pela psicóloga (de formação) que fez o

convite, que é técnica de enfermagem, concursada e com vivência naquele local. Pediu desculpas por ainda não estar preparada com o jaleco, pois havia chegado naquela hora, sob o sol do meio-dia, de outro município, onde exerce no turno inverso outra atividade profissional. Ela recebeu a visita em uma pequena sala com duas mesas lado a lado, um armário e seis cadeiras – uma mobília desgastada – em um ambiente sem a privacidade necessária, pois qualquer cidadão a qualquer hora poderia abrir a porta e pedir alguma informação ou vir contara sua história de vida tendo a presença de outro cidadão contando, também, a sua história.

Diante disso, é possível constatar que a população ainda não entendeu que a saúde é um direito de todos os brasileiros e dever do Estado – a “saúde como direito à vida com qualidade; saúde como direito à atenção integral, com privilégio da promoção e prevenção, sem prejuízo da recuperação e reabilitação dos estados de saúde; saúde como expressão do andar a vida” (CECCIM; FERLA, 2008/2009, p. 4) – e que todos devem ter acesso a ela. A saúde deve ser ofertada com qualidade visando à resolução de cada caso. No entanto, encontrei uma população conformada com a realidade apresentada no cotidiano da saúde, mesmo registrado em legislações que a saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, bem como um serviço que parecia resignado com o que podia oferecer aos usuários.

A equipe multidisciplinar realizava as suas atividades de atendimento com acolhimento aos usuários e a suas diferentes histórias de vida com elevado desgaste emocional. Os profissionais que as exerciam percebiam aquela situação rotineira dentro da normalidade. A satisfação com o serviço prestado fazia-os esquecer dos elementos constituintes essenciais que eram precários, como as instalações físicas, os mobiliá-

rios, a privacidade e a alta demanda do serviço pelos usuários. Trata-se de um trabalho gerado com certa autonomia e compromisso com o outro que me é estranho, mas é alguém que se põe diante de mim, exigindo uma postura profissional ética com a diversidade trazida nesse primeiro acolhimento.

Em diferentes turnos naquele local, uma equipe composta por diferentes formações acadêmicas —enfermeira, assistente social, psicóloga e técnica de enfermagem, todas com noção do cuidado com a saúde —“acolhe” de maneira integrada, em média, nove pessoas/dia por profissional, em um turno.

Na situação apresentada naquele centro de saúde pública, verifica-se a preocupação dos profissionais com os demais aspectos da vida dos sujeitos que procuram atendimento. Como Luz (2007, p. 1) menciona, “a saúde não se restringe somente a tratar do corpo e da doença, ela tornou-se um polo atrator dos problemas sociais”, atravessando várias disciplinas, exigindo no seu funcionamento a interdisciplinaridade e a intersetorialidade de um cuidado curativo e preventivo.

E assim, a profissional, após uma breve apresentação, foi relatando o trabalho que realiza naquele local:

Primeiro, realizamos o atendimento burocrático, com preenchimento da Ficha de Atendimento Ambulatorial e a entrega de documentos de rotina pelo cidadão. Que leva o registro na ficha do Atendimento do Acolhimento e assim é encaminhada à secretaria para o agendamento do atendimento por especialista.

É atendida uma grande diversidade de problemas: crianças público-alvo da Educação Especial, deficientes físicos, pessoas com dificuldade de locomoção, amputados, pessoas encaminhadas para fisioterapia, indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Alguns atendimentos o centro de saúde pública executa naquele prédio

— como os de fisioterapia —, outros são encaminhados aos demais hospitais, pois ali se recebem somente usuários com sequelas ligadas à ortopedia e que buscam terapias auxiliares, associadas ou não a outras especialidades da medicina.

“Dentro das possibilidades”, conforme destaca a psicóloga, procura-se entender a linguagem do cidadão, “o modo de andar a vida das pessoas” (CECCIM; FERLA, 2008/2009, p. 4), e, assim, diferentes histórias são expostas:

Adolescente com problema mental sai fugida de casa e é acolhida por família estranha. Já na casa da família estranha, ao dormir, a família abre a mochila da adolescente e encontra os seus documentos de identificação e assim vão ao centro de saúde pública em busca de ajuda. O Acolhimento do centro de saúde pública localiza a família da adolescente e identifica um irmão com a qual ela é mais próxima para que possa seduzi-la e assim retornar à casa. Entende-se que esse não é o momento de dar ordem, sugerir, reclamar. Compreende-se que a adolescente queria ser encontrada, queria amor, carinho. Chamar a atenção da sua família. Somente após o retorno ao lar, o Acolhimento verificaria as condições da sua família em acolher essa adolescente.

E continua: “a pessoa já chega contando a sua história”. Como se buscasse, naquele Acolhimento, redenção do sofrimento que a vida lhe imputa. “Convidamos para entrar, sentar, nos apresentamos e perguntamos: ‘como posso lhe ajudar?’. Deixamos o usuário falar, se quiser falar”. A narrativa prossegue:

O Acolhimento mostra à cidadã que não tinha como assumir a responsabilidade pela irmã doente. Foi aconselhada pelo Acolhimento a viajar ao interior, no final de semana, levando a irmã e mostrar a seu pai a filha que tem; apresentar à atual madrasta. Deveria ir uma primeira vez e retornar com a irmã e assim mais uma vez e

mais uma vez, em dois finais de semana consecutivos. Depois deixaria a irmã com o pai, retornando para visitá-la e verificar se ficara bem com essa aproximação familiar. A irmã poderia ajudar nas tarefas domésticas na casa do pai, coisa que já fazia, limitadamente. Uma adoção de rotinas e atividades ocupacionais. O problema mental mobiliza a família. Outros adoecimentos, também. No Acolhimento atendemos todos os tipos de pessoas. Até o assassino que levou um tiro e está precisando de fisioterapia (pausa).

O Acolhimento é impessoal é sempre acompanhado de orientação. A equipe veste a camisa da ética. Acabou o atendimento, pronto, acabou ali o assunto e logo se inicia outro, não ficamos especulando a vida do outro. Iniciamos com um novo caso. Lógico que tem o lado humano da equipe de querer ajudar. Trabalhamos em rede e ela deve ser dinâmica. Começa o atendimento de forma simples e vai avançando. Têm pacientes que não aceitam a sua situação (pausa).

O Acolhimento vai além de abrir uma porta e fazer sentar. Existe algo em você que é meu. Muitas vezes falamos com uma pessoa que tem o mesmo problema que o nosso, mas você não pode se envolver de forma a dar sugestão de como você faria na sua situação, como: faz como eu fiz, de um pé na bunda do seu marido, ou mesmo, chorar junto com a pessoa (pausa).

Atendemos diferentes assuntos, além dos já citados: passe livre, aposentadoria, prótese. Uma vez estava fazendo um curso e o professor, que era um religioso, perguntou: O que é empatia? O que há em você, que eu tenho que ser empático, te receber? Chama-se vida, não interessa se é traficante, prostituta... Um sofrimento de vida, eu tenho que zelar por você.

2.1 Um breve comentário

Observa-se no relato da experiência que a população ainda não compreendeu que a saúde é um direito de todos os brasileiros e que todos devem ter acesso a ela. Ela deve ser ofertada com qualidade a fim de resolver cada caso. Quando o usuário reclama, essas reclamações se referem a questões pontuais, individuais e emergenciais, sem a preocupação de demandar melhorias no sistema.

O acolhimento oferecido naquele local não era eficaz para gerar qualidade suficiente ao atendimento do usuário, pois não garantia o atendimento integral à população em todas as etapas do atendimento em rede sem fragmentação.

A equipe multiprofissional realizava essa forma de acolhimento rotineiramente com mais de atendimento ao mesmo tempo. Eram abertas e compartilhadas, sem reservas, diferentes histórias de vida que provocam elevado desgaste emocional, tanto aos prestadores do serviço da saúde como aos usuários desse serviço.

Os profissionais que o exerciam já percebem aquela situação como rotineira, muitas vezes, deixando de analisar o caos e a violência em que desempenhavam o seu labor. A satisfação com a atividade profissional prestada fazia-lhes esquecer dos demais elementos constituintes que eram difíceis e delicados de conviver.

Há de se convir que esse compartilhar dialogado entre usuário e equipe multidisciplinar colabora com a sociedade no sentido de *recuperar valores*, além de oferecer a possibilidade de autonomia aos usuários por eles atendidos para exercerem o seu papel de cidadão dentro do sistema público de saúde quando, oportunamente, reivindicarem um atendimento com determinada resolutividade.

É nítido que o trabalho gerado tem compromisso com o sistema de saúde e com o seu usuário, que, mesmo sendo um estranho, é alguém que se põe diante do outro, com uma história de vida que exige postura profissional ética e humanizada.

A reclamação do mal sofrido é uma constante nas instituições da saúde. “O mal é sinônimo de violência”(RICOEUR, 1988, p. 11) e manifesta-se com uma surpreendente variedade de causas:

adversidade de natureza física, doenças e enfermidades do corpo e do espírito, aflição produzida pela morte de entes queridos, perspectiva assustadora de mortalidade própria, sentimento de indignidade pessoal, etc.; em oposição à acusação que denuncia um desvio moral, o sofrimento caracteriza-se como puro contrário do prazer, como não prazer, isto é, como diminuição de nossa integridade física, psíquica e espiritual. A representação, enfim e sobretudo, o sofrimento opõe a lamentação, pois se a falta (o erro) faz o homem culpado, o sofrimento o faz vítima.

O ato de acolhimento dialógico é uma atitude de inclusão e de solidariedade, caracterizando-se como um “compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida” (BRASIL, 2008, p. 6). Se “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (ONU, 1948), devem ser reconhecidos por seus semelhantes e pelo Estado, recebendo igual consideração e respeito. Indaga-se, então, que dignidade humana é essa em que o indivíduo, além de viver uma vida que não escolheu e que lhe inflige sofrimento, tem de revelar essa vida e sentimentos íntimos a estranho sem um ambiente sem privacidade, como se fosse autoimpelido pelo mal sofrido.

Não se deve esquecer que o acolhimento relatado na experiência é apenas o primeiro e que outros atendimentos devem acontecerem uma rede de relações que exige interação e diálogo permanentes em todos os momentos, não se restringindo somente à primeira etapa do atendimento. A atenção que se tem com o sujeito que se (im)põe diante do trabalhador da saúde, em qualquer situação e

que na sua alteridade exige o diálogo e a promoção da educação em saúde, deve obedecer a um processo metodológico para a compreensão do sujeito com os seus aprendizados e a sua história.

Nesse momento, em que o sujeito exige a atenção e o acolhimento na saúde, ele torna-se o protagonista da história, e o sistema de saúde deverá tomar a responsabilidade para si, construindo um vínculo de responsabilização.

3 O acolhimento: relato de uma roda de conversa

Após o retorno da visita para conhecer o acolhimento naquele centro de saúde pública, relatei-a em minúcias à equipe da “Ouvidoria” com quem trabalhava, uma unidade do sistema público que realiza, também, o acolhimento. Após o relato, a equipe foi tecendo comentários em uma “Roda de Conversa”.

Antes dos comentários específicos sobre a visita, a equipe abriu um parêntese e relatou uma reclamação que causara polêmica à “Ouvidoria” acerca de um atendimento “rípido” em que uma informação errônea foi dada por uma médica que realizava uma perícia a uma periciada que solicitava a extensão da sua licença-maternidade de quatro para seis meses, conforme Lei n.º 11.770/2008, que prorroga por 60 (sessenta) dias a duração da licença-maternidade prevista no inciso XVIII do Art.7º da Constituição Federal de 1988: “São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias”. A seguir, constam alguns dos comentários elaborados a esse respeito pela equipe:

Comentário 1: A usuária veio à Ouvidoria reclamar do atendimento médico. Nem sempre a “mãe” [poder público] tem que resolver imediatamente os problemas. Deve-se acolher a reivindicação. Ouvir o assunto. Dar o poder de fala, num espaço mais acolhedor, atendendo da melhor for-

ma para que ela se sinta confortável e confiante. Orientando-se como proceder. Tentar colocar de forma segura e empática. Dar o devido valor da questão e fazer o encaminhamento. Não necessariamente dar a resposta que a pessoa quer.

Comentário 2: Identificar-se com o problema é natural do ser humano. Isso é solidariedade.

Comentário 3: Pode-se orientar, mas a decisão é do usuário.

Comentário 4: O problema não teria acontecido se a pessoa que fez o primeiro atendimento tivesse dado a orientação correta sobre o aumento no prazo da licença-maternidade de quatro para seis meses. O problema é na gestão administrativa para consolidar políticas públicas no total das instituições. O que adianta acolher corretamente numa Ouvidoria ou no Serviço de Acolhimento, por exemplo, se mais adiante, na tramitação de documentos ou no acolhimento, não se procede de forma eficaz?

Comentário 5: A ideia é boa para nós da Ouvidoria, mas como aplicar o acolhimento num sistema como um todo? Não há vontade para isso!

Comentário 6: O que aconteceu com a médica que não soube dar a informação correta ao periciado? Nada. Ela só foi comunicada tardiamente pela administração que a informação de quatro meses de licença maternidade estava errada. O médico não aceita qualquer intromissão. O médico é poderoso!

Comentário 7: A cidadã ficou muito aborrecida com esse atendimento médico! Mas elogiou o nosso atendimento acolhedor [Ouvidoria].

Comentário 8: Eu tenho medo de precisar do atendimento em unidades de saúde do setor público. Tenho medo de ficar doente e ter que ir a qualquer hospital público.

Comentário 9: Para mim, a atenção humanizada com o devido acolhimento é uma questão política.

Comentário 10: O problema do usuário dos serviços públicos é que acaba sendo afetado o seu lado emocional. E logo precisa do atendimento do Psicossocial para acalmar o “cara” que foi mal atendido.

Comentário 11: Não é só uma Unidade do Sistema que acolhe. Tem que ser todas as Unidades envolvidas na rede. O que adianta acolher aqui e mais adiante não se conseguir dar um atendimento acolhedor, célere? Se a resposta é, por exemplo, “o processo está na geladeira”? Ou, “a sua consulta deverá ser remarcada para daqui a quatro meses”.

Comentário 12: Ganhamos antipatia dos demais setores que não atendem dignamente quando vamos cobrar uma resposta [princípio da responsividade].

Comentário 13: O caso da reclamação contra a médica que atendeu de forma “rípida” e com informação equivocada sobre a licença-maternidade (quatro meses e não seis meses), teve o seguinte retorno: “A médica foi comunicada da legislação atualizada”, não houve nem uma chamada de atenção. *O atestado foi corrigido sem pedido de desculpa à usuária. A periciada ficou frustrada.*

Comentário 14: O acolhimento na Ouvidoria não permite que a pessoa seja uma “bola de pingue-pongue” na mão da gestão pública. Procuramos ouvir e depois informar de forma correta e responsável.

Comentário 15: O acolhimento tem que ser mais abrangente. Ampliado a todas as Unidades da rede.

Comentário 16: Para orientar de maneira correta, o funcionário que atende deverá ser conhecedor dos fluxos e serviços do seu órgão.

Comentário 17: Fluxo do quê? A instituição não está organizada?

Comentário 18: Saber o básico. Mas vale lembrar que existe a falta de condições físicas e ambientais no trabalho.

Comentário 19: O simples oferecimento de água, café, o bom-dia ao usuário é exemplo de um bom acolhimento.

Comentário 20: Digo bom-dia e ninguém me diz bom-dia!

Comentário 21: A Humanização não é só do SUS, deve acontecer em todos os lugares que recebem e atendem pessoas.

Comentário 22: É uma questão de cultura.

Comentário 23: Às vezes são os conflitos pessoais que levam a um mau acolhimento, principalmente, quando mexem no seu dinheiro [faz referência ao corte em massa de horas extras e tempo integral dos servidores públicos estaduais]!

Comentário 24: Os médicos só dialogam com o seu grupo de médicos. Eles não dizem nem bom-dia aos demais servidores. Não olham nos olhos dos cidadãos que atendem.

Comentário 25: Tem que haver interesse da Instituição em melhorar essa situação.

Comentário 26: Como atender bem numa Ouvidoria ou no Serviço de Acolhimento de um centro de saúde pública ou qualquer outra unidade se mais adiante somos atendidos de forma grosseira?

Comentário 27: É como passar verniz em madeira que está cheia de cupim!

3.1 Um breve comentário

A usuária foi à “Ouvidoria” para reclamar e resolver a questão de um atendimento de uma médica perita. O atendimento da médica não teve qualidade tendo em vista a forma ríspida com que a paciente foi atendida e a resposta que não proporcionou resolutividade, pois a própria médica desconhecia que a licença maternidade tinha aumentado de quatro para seis meses (de acordo com a Lei n.º 11.770/2008) e insistiu no tempo da licença: quatro meses!

A reclamação e a denúncia de um malsofrido são os tipos de manifestações mais constantes em Ouvidorias de instituições médicas; a Ouvidoria é a possibilidade de acolhimento com diálogo espontâneo entre os sujeitos, contribuindo, assim, para a diminuição do mal infringido a um usuário.

Tradicionalmente, temos o olhar submisso para com os médicos, reconhecidos como cientistas que detêm o conhecimento e o controle sobre o corpo humano e sobre a saúde. São respon-

sáveis pela construção do corpo através da história da relação de saber e poder com ele ao longo de sua vida e, assim, influenciam uma história de subjetivação da sociedade humana.

A vulnerabilidade humana diante do desconhecido e, por vezes, acondicionada pela fragilidade da sua saúde pode ser remediada pela ação educativa popular de modo dialógico oferecida pelas instituições e pelos profissionais da saúde, em uma relação de responsabilidade com o outro. Entretanto, a pessoa do médico, revestida pelo papel daquele que cura, não aceita qualquer intromissão; ele é poderoso, mesmo quando o assunto diz respeito a questões administrativas. “É a partir disso que podemos conceber a barbárie como a sujeição do outro (homem, natureza, mundo) à violência – qualquer que seja a expressão desta: física, psicológica ou simbólica” (MENDONÇA, 2013, p. 43).

A gestão administrativa daquela instituição, por sua vez, demonstrou não tomar o cuidado necessário para passar as informações, em tempo hábil, tão importantes para a efetividade do cotidiano médico, talvez pela própria cultura e dinâmica das instituições de saúde ou, quem sabe, pela própria rotina dos médicos, em que “o meu bom-dia não tem ressonância, ninguém responde”. Os médicos só dialogam com os seus semelhantes.

De acordo com Michael Foucault, o corpo torna-se, por conseguinte, uma realidade biopolítica de gestão da vida (biopoder). O poder governa não só os indivíduos, mas o conjunto de uma população. A medicina torna-se uma estratégia biopolítica, que serve para controlar o corpo, subordinando-o à dimensão social e humana da vida, chamada de medicalização. Pode-se considerar, pois, a medicina como uma instituição que produz realidade e conceitos e atinge todo o âmbito da vida do indivíduo – corpo, condição de vida e subjetividade.

Diante disso, a questão é assumir uma postura ética de respeito ao outro,

de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos seus limites, transformando as práticas da saúde do SUS ao oferecer respostas responsáveis aos problemas existentes.

A vida, conforme Foucault, é como matéria-prima sobre a qual vamos imprimir formas; exige-se do homem postura ética diante da vida e um compromisso de fazer a vida mais humana e, assim, olhar para o outro com responsabilidade.

A ética do cuidado propõe-nos olhar o sujeito, reconhecendo as suas diferenças e alteridades, compreendendo a singularidade de cada um e dos processos de construção da sua subjetividade. A ética é um exercício de vida que se inicia com a constituição de si mesmo como sujeito de suas próprias ações, que deve acontecer em todo o processo de sua existência, afetando, por conseguinte, o modo como o indivíduo se relaciona com a humanidade.

Nesse contexto, torna-se um desafio instalar um padrão de acolhimento aos cidadãos (usuários e trabalhadores da saúde) como postura e prática nas ações de atenção e gestão, nas unidades de saúde. Quer-se possibilitar uma relação de confiança e compromisso entre os usuários e prestadores de serviços, na construção de alianças éticas com a produção de vida e de abertura para o encontro em que o rosto que se põe diante de mim exige responsabilidade para com ele.

Hoje, o usuário da saúde estabelece relação direta com o sistema público de saúde, de forma que o empoderamento dado à palavra do usuário permite a maior participação cidadã e o controle social sobre a gestão pública. Os espaços democratizados de participação cidadã implicam, assim, importantes mudanças e contribuições coletivas: é o reconhecimento da soberania da sociedade que tem a liberdade de se expressar de diferentes formas. Conforme Hegel (apud FERLA, 2007, p. 88), a liberdade consiste em “um estado em que o homem pode se realizar como homem e construir um mundo adequado”.

No caso, se o poder público (designado como “mãe” em um dos comentários) não resolve o problema apresentado, mesmo não sendo de imediato; se não tem a prática de fortalecer a comunicação de modo a se tornar efetiva; se não oferece o atendimento em rede e de forma integral; se não confere ressonância a um simples bom-dia, fica comprometida a prática da humanização em todas as circunstâncias. A escuta comprometida, entretanto, é o início de qualquer atenção humanizada, mesmo quando não há resposta plena ao conteúdo do que é requerido.

O Estado, hoje, além de manter e administrar o seu espaço territorial, inclui na sua gestão outros aspectos da vida da sua população que passam a ser a preocupação central do poder soberano. O fim é claro – torná-los *corpos dóceis* (FOUCAULT, 1987, p. 164) –, posto em prática por meio das mais sofisticadas técnicas políticas. Atualmente, porém, o homem passa a ocupar importante papel na sociedade, e a sua relação com o poder se transforma (em um lento processo) a partir do momento em que a sociedade organizada participa da gestão pública em busca do seu bem-estar social. Uma prática humanizada busca um *corpo liberto* e não um *corpo dócil*.

4 Considerações finais

Na primeira experiência com relação ao Acolhimento no centro de saúde pública, observou-se o cuidado da equipe de trabalho em integralizar o corpo, condição de vida e subjetividade da pessoa. Mesmo trabalhando com infraestrutura precária que até permite a exposição da vida dos usuários que procuram esse acolhimento, nota-se um grande empenho da equipe no encaminhamento do usuário ao serviço necessário, assim como o envolvimento em ouvir, dialogar e prestar orientação com caráter educativo às questões da realidade vivida pelo usuário no cotidiano da comunidade ali presente.

Já a segunda experiência apresenta a “soberania” médica sobrepondo-se sobre o usuário da saúde, quando, ao contrário, este deveria ser o protagonista de todo esse inovador processo de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, é apresentada uma instituição de saúde que não tem a preocupação de atualizar e integrar todos os assuntos que transversalizam a questão da saúde nem de fortalecer as questões no que tange ao atendimento em rede.

Essas situações foram discutidas em uma “Roda de Conversa” dentro de uma Ouvidoria, na perspectiva de vislumbrar o Acolhimento como forma de Atenção Humanizada em Saúde.

O que é bastante preocupante, talvez pela vulnerabilidade do usuário da saúde associado diretamente aos fatores culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos, é que esses usuários recorrem ao “Serviço de Acolhimento” e à “Ouvidoria” como quem implora por socorro, desconhecendo que a saúde deveria dar acesso universal a um atendimento de forma digna e integralizada a todos os brasileiros.

O acesso ao “Serviço de Acolhimento” e à “Ouvidoria” é uma estratégia operacional da Saúde de garantia da participação e do controle social a fim de possibilitar a avaliação e organização das ações de saúde de acordo com as políticas de Humanização do SUS.

O Acolhimento de forma educativa em todas as etapas do atendimento na saúde, integralizando corpo, condição de vida e subjetividade, por sua vez, é um ponto comprometedor da qualidade. É importante não restringir o conceito de Acolhimento ao primeiro atendimento, mas sim implementá-lo em todas as etapas do processo de Atenção à Saúde.

A criação de espaços democratizados é uma iniciativa que permite a participação social no processo de produção da saúde que traz a melhoria dos serviços prestados. No caso das Ouvidorias da saúde pública, estas oportunizam a participação do cidadão “para

interferir no formato das ações disponibilizadas à população” (FERLA, 2007, p. 268). Porém, trata-se de um atendimento isolado, em que resolutividade acontece pela urgência do contexto apresentado – “É como passar verniz em madeira que está cheia de cupim!”.

Existe a necessidade da capacitação, atualização e especialização de todos os trabalhadores da saúde, de acordo com a realidade em que exercem o seu ofício, a fim de conceder maior efetividade ao atendimento do usuário, valorizando-o e comprometendo-se com ele. O mesmo pode ser dito quanto à necessidade de efetivação das políticas públicas e de envolvimento do poder público com as questões da saúde, fazendo-as funcionar plenamente, e atendendo, prioritariamente, os cidadãos em maior estado de vulnerabilidade.

As experiências aqui registradas, por menores que sejam, apresentam-se ricas em informações, espelhando o funcionamento de pequenas células que integram o sistema de saúde. Demonstram, ainda, que, por meio de um rico processo de democratização em que vivemos, algumas poucas vozes ressoam por melhores condições do atendimento público da saúde nos espaços democratizados.

Acredita-se que o processo da atenção humanizada proposto pelo sistema de saúde pública deva ser efetivamente instalado em toda a dimensão da rede SUS, atendendo, no “momento da assistência, o corpo, a condição de vida e a subjetividade da pessoa” (FERLA, 2007, p. 47), visando dirimir as desigualdades sociais, resgatar a dignidade humana e oferecer qualidade nos serviços prestados pela rede de saúde. “A atenção deve ser de qualidade e ter resolutividade qualquer que sejam os problemas dos usuários” (FERLA, 2007, p. 44). Os profissionais que atendem, acolhendo e cuidando, devem fazê-lo de forma humanizada e coerente com a Política Nacional de Humanização. Para isso, “os profissionais devem ter a formação vinculada às necessidades so-

ciais e aos serviços do sistema público” (FERLA, 2007, p.45). O atendimento em toda a sua dimensão deve ser realizado em um processo que exija permanente integração entre os diferentes atores e serviços da atenção à saúde, levando em conta não apenas a atenção individual, mas também a efetuada em rede. Apontar pequenas experiências bem-sucedidas, contra a imensidão de ações desumanizadas na saúde, ainda é a realidade assistida e assimilada pela sociedade. A perda de sentido na sociedade moderna acarretou uma ruptura nos valores, de difícil recuperação. “Temos então uma sociedade totalmente voltada para a tecnologia e para o mercado e que se olvida dos mais elementares laços do inter-humano” (MENDONÇA, 2013, p. 38).

Na “Ouvidoria”, tinha-se um exercício habitual de conhecer e aprender com as vivências dos diferentes sujeitos e instituições. O contato com as diferenças permite a abertura para o aprendizado mútuo, fazendo com que o usuário dos serviços, o prestador do serviço e o estado se construam mutuamente. “O trabalho vem como uma prática transformadora da realidade que viabiliza a sobrevivência e a realização do ser humano” (MALVEZZI, 2004, p. 13).

Referências

1. BRASIL. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. DF, MS, 2008. Disponível em: <http://hotsites.diariodepernambuco.com.br/vidaurbana/2012/tenho-aids/doc/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed.pdf>. Acesso em: 2010.
2. _____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 2013.
3. _____. **Lei Nº 11.770 de 9 de setembro de 2008**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111770.htm>. Acesso em: 2013.
4. CECCIM, R.B ; FERLA, A. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como Travessia de Fronteiras. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, vol.6n, p. 433-456. RJ: Fiocruz, 2008/2009.
5. FERLA, A. **Clínica em Movimento – Cartografia do Cuidado Em Saúde**. RS: Educs, 2007.
6. FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
7. _____. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988
8. _____. **Os corpos dóceis**. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 29ª ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987. 288p.
9. GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1996.
10. LÉVINAS, E. **Totalidade e Infinito** [1961]. Lisboa: Edições 70, 2000.
11. _____. **Ética e infinito: diálogos com Philippe Nemo**. Lisboa: Edições 70, [s.d.]
12. LUZ, M.T. **Saúde e Instituições-Médicas no Brasil: textos reunidos**. Rio de Janeiro, CEPESC; IMS; LAPPIS; ABRASCO, 2007.
13. MALVEZZI, P. In: Zanelli, JC. BORGES-ANDRADE, JE. BASTOS, AVB. (ORGS). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. São Paulo, Artmed, 2004.
14. MENDONÇA, K.M.L. **Entre a dor e a esperança: educação para o diálogo em Martin Buber**. *Memorandum*, 17, 45- 59. Disponível em: <www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a17/mendonca01>. In: http://www.academia.edu/2117393/Entre_a_dor_ea_esperanca_educacao_para_o_dialogo_em_Mar

tin_Buber>. Acesso em: set. 2013.

15. _____. **Valores para a Paz**. Belém-Pará: Editaedi, 2013.

16. PARÁ. **Licença Maternidade**. Nota Técnica 001/2009. PA: PGE, 16/03/2009.

17. RICOUER, P. **O Mal – Um desafio à filosofia e à teologia**. São Paulo: Papirus, 1988.

18. UNESCO. **Direitos Humanos**. 1995 – 2011. Disponível em: <www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php>. Acesso em: ago. 2010.