

P

PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES DA SAÚDE SOBRE PRÁTICAS INSTITUÍNTES E DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

HEALTH WORKERS' PERCEPTIONS ABOUT PRACTICES AND CHALLENGES OF THE BRAZILIAN NATIONAL HEALTH SYSTEM

Neusa Goya ¹

Luiz Odorico Monteiro de Andrade ²

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem se desenvolvido há mais de duas décadas. Ao longo dessa caminhada, avanços significativos foram reconhecidos e constata-se, também, que muitos desafios se colocam, ainda hoje, no cotidiano da gestão e das práticas em saúde. Para contribuir com a superação de desafios como o acesso integral e humanizado aos cuidados de saúde, analisam-se aqui as percepções de trabalhadores da saúde sobre atos instituintes do SUS, em Fortaleza (CE). Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com a técnica de Grupo Focal com trabalhadores da saúde, utilizando a Análise de Conteúdo, com a técnica da Análise Temática. O estudo indicou a ampliação do acesso aos serviços, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), em áreas de vulnerabilidade social, apontando a institucionalização de um padrão equânime na organização dos cuidados de saúde. No acolhimento, trouxe a alteridade dialógica do cuidado em saúde como uma tecnologia para a subjetivação de usuários e trabalhadores, quebrando a circularidade do poder médico-centrado. Entretanto, problemas de infraestrutura persistem no trabalho, dificultando o acolhimento dialogado e a prática da alteridade dialógica do cuidado. O estudo indicou a residência médica e a política de humanização como potentes indutores à instituição do SUS. Conclui-se que o encontro entre trabalhadores e usuários é locus privilegiado para atos instituintes e enfrentamento dos desafios do SUS, onde o uso de tecnologias relacionais é imprescindível.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Serviços de Saúde; Acolhimento; Estratégia Saúde da Família; Equidade em Saúde.

ABSTRACT

The Brazilian National Health System (SUS) has been developed for over two decades. Along this walk, significant advances have been recognized and it has also been observed that many challenges emerge, still today, regarding daily operational management and health practices management. In order to contribute to overcome challenges such as comprehensive and humanized access to health care, we analyze herein health workers' perceptions about the instituting acts of SUS, in Fortaleza, Ceará, Brazil. This is a qualitative study, conducted through the Focus Group technique with health workers, by using Content Analysis, with thematic analysis group. The study pointed out an increased access to services, by means of the Family Health Strategy (FHS), in areas of social vulnerability, indicating the institutionalization of an equitable pattern to organize health care. In user embracement, it brought the dialogical otherness of health care as a technology concerning the subjectivity of users and workers, breaking with the physician-driven power. However, infrastructure issues persist at work, making it more difficult to provide a dialogued user embracement and to practice the dialogical otherness of health care. The study indicated medical residency and the humanization policy as powerful inducers to institute SUS. We conclude that the meeting between workers and users is a privileged locus for instituting actions and coping with the challenges of SUS, where the use of relational technologies is a must.

Key words: Brazilian National Health System; Health Services; User Embracement; Family Health Strategy; Equity in Health.

1. Assistente social. Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza (CE), Brasil.

2. Médico Sanitarista. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Pós-Doutorado pela Universidade de Montreal (Canadá). Pesquisador em Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Professor Adjunto na UFC. Fortaleza (CE), Brasil.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem se desenvolvido há mais de duas décadas. Ao longo dessa caminhada, há o reconhecimento de avanços significativos e há, também, a constatação de que muitos desafios se colocam, ainda hoje, no cotidiano da gestão e das práticas em saúde. Quais seriam, então, as reais possibilidades de materialização de seus princípios e diretrizes, como o acesso universal, integral e humanizado? Quais experiências ou atos relacionados à gestão e organização do SUS seriam potentes para contribuir com seu desenvolvimento?

Alguns autores indicam que “os princípios do SUS não se sustentam em uma mera abstração, só se efetivando por meio da mudança das práticas concretas de saúde”^{1:392}. Reconhece-se que o “SUS se constitui em um campo de práticas sociais, situado sob uma superfície de tensões que o posiciona como lugar permanente de disputas, sociais e históricas”^{2:268}.

Assim, a aplicação prática do SUS é que o valida como um projeto de saúde pública de acesso universal e integral, potencializando sua capacidade de hegemonização na arena política das ideias e práticas de saúde, ainda impregnadas, prioritariamente, pela racionalidade dos modelos assistenciais sanitaria e liberal privatista.

Os sistemas municipais de saúde são lugares de possibilidades para o instituinte no sentido da construção de novas racionalidades e atividades organizacionais capazes de tensionar aquelas já instituídas que não fortalecem a materialidade do SUS, como sistema público, universal, integral e humanizado. Segundo o institucionalismo, “as pequenas conexões locais são o lugar do instituinte, e entendê-lo assim está estritamente relacionado com as estratégias de intervenção nos âmbitos, nos espaços de atuação que o institucionalismo vai tentar propiciar”^{3:46}.

Ao abordar a micropolítica do trabalho vivo em saúde, reconhece-se que são abertas possibilidades sobre

[...] a gestão do cotidiano de saúde, terreno da produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde, aos processos de mudanças que permitem instituir novos arranjos no modo de fabricar saúde, ao configurarem novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para modificar o sentido das ações de saúde, em direção ao campo das necessidades dos usuários finais^{4:306}.

Embora autores⁵⁻⁸ venham apontando experiências e potencialidades de novos dispositivos para a superação de problemas na gestão e na atenção à saúde, a disputa política e técnica em torno da implementação do SUS demanda investigações que contribuam para a demonstração da sua

A aplicação prática do SUS é que o valida como um projeto de saúde pública de acesso universal e integral.

viabilidade e enfrentamento de seus desafios.

A gestão do sistema de saúde de Fortaleza (CE), segundo discurso oficial⁹⁻¹², anunciou propósitos e estimulou práticas de saúde potentes para o fortalecimento do SUS. Entretanto, quais seriam as percepções dos trabalhadores da saúde do SUS de Fortaleza sobre esses processos? Quais práticas de saúde seriam reconhecidas, por esses atores, como instituintes do SUS? Com o objetivo de responder a essas perguntas, o estudo analisou as compreensões dos trabalhadores da saúde sobre atos instituintes do SUS em Fortaleza, buscando contribuir para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS no tocante ao acesso integral e humanizado dos serviços de saúde.

METODOLOGIA

A investigação é de abordagem qualitativa, tendo como período de estudo os anos de 2005 a 2007.

A escolha de Fortaleza se deu pelo fato da Administração Municipal e sua Secretaria de Saúde terem manifestado o compromisso com a efetivação do SUS^{9,10}. Destaca-se a relevância da gestão de Fortaleza ter adotado políticas estruturantes e conceitos estratégicos, em igual período, reiterando o sistema de saúde como campo de investigação¹³.

Vários indicadores de saúde e processos organizativos do modelo assistencial¹⁰⁻¹², no período do estudo, atestaram a relevância da experiência e sua potencialidade instituinte do SUS, justificando seu desenvolvimento, como: i) ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) de 15% para 43,44% da população; ii) implantação de 223 equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) – até 2004, Fortaleza não dispunha de nenhuma equipe de saúde bucal; iii) realização de seleção pública para a inserção de agentes comunitários de saúde e agentes sanitaria e de concurso público para a organização da saúde bucal e da família; iv) organização da saúde mental com a implantação de 11 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e aumento do número de trabalhadores (de 54, em 2004, passou para 333, em 2006); v) implantação da Política Municipal de Humanização, com destaque para o acolhimento e o método da Roda¹⁴ nas unidades de saúde; vi) ampliação dos

investimentos financeiros na saúde, saindo de um valor *per capita* de R\$ 65,98, em 2004, para R\$ 125,31, em 2007; vii) redução da mortalidade infantil de 18,5 óbitos em menores de 1 ano/1.000 nascidos vivos (nv), em 2004, para 15,5 em 2007; viii) redução da mortalidade materna de 70,83 óbitos maternos por 100.000 nv, em 2004, para 23,67, em 2007.

A técnica de investigação escolhida foi a de Grupo Focal (GF), com a realização de dois grupos de trabalhadores de saúde: um de graduados, em outubro de 2008, e outro de nível médio, em novembro de 2008.

A escolha dos participantes desses grupos foi intencional¹⁵, orientada pelos critérios: i) ser profissional de saúde graduado e de nível médio, do sistema de saúde de Fortaleza, entre 2005 e 2007, podendo anteceder ou preceder

o referido período; ii) não estar nomeado para nenhum cargo comissionado; iii) estar trabalhando em uma unidade pública municipal de saúde; iv) considerar a categoria profissional, a inserção nas redes assistenciais, segundo modelo assistencial proposto pela gestão¹⁰, e a lotação por Secretaria Executiva Regional, garantindo a diversidade no perfil dos participantes.

Foram convidados 12 trabalhadores da saúde para cada grupo¹⁶: 8 participaram do grupo de trabalhadores da saúde graduados e 10 do de nível médio. O Quadro 1, abaixo, apresenta o perfil dos participantes graduados. Já o Quadro 2, daqueles com escolaridade de nível médio. Destacaram-se as características: profissões e áreas de atuação diversas; 87,5% dos trabalhadores graduados eram estatutários; 50% dos trabalhadores de nível médio eram funcionários públicos.

Quadro 1: Perfil dos profissionais de saúde graduados do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, participantes do grupo focal realizado em outubro de 2008.

Trabalhador da saúde	Profissão	Tipo de vínculo	Ingresso na SMS ^A	Área de atuação (out. 2008)	SER ^B (out. 2008)
1	Farmacêutica bioquímica	Funcionária pública, regime estatutário	1980	RAAE ^D	II
2	Farmacêutica	Funcionária pública, regime estatutário	1996	RAH ^E	V
3	Médico	Cooperado Funcionário público, regime estatutário	2004 a 2005 2006	RAESF ^C	III
4	Nutricionista	Funcionária pública, regime estatutário	2003	RAH ^E	IV
5	Enfermeira (1)	Cooperada Funcionária pública, regime estatutário	2000 2006	RAESF ^C	III II
6	Assistente social	Celetista	2005	RASM ^G	V
7	Enfermeira (2)	Funcionária pública, regime estatutário	2000 2006	RAUE ^F (fim de semana) RAESF ^C	I
8	Médica	Funcionária pública, regime estatutário	1985	RAAE ^D	II

A. SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; B. SER – Secretaria Executiva Regional; C. Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família; D. Rede Assistencial Ambulatorial Especializada; E. Rede Assistencial Hospitalar; F. Rede Assistencial de Urgência e Emergência; G. Rede Assistencial de Saúde Mental.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 2: Perfil dos profissionais de saúde de nível médio do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, participantes do grupo focal realizado em novembro de 2008.

Trabalhador da saúde	Profissão	Tipo de vínculo	Ingresso na SMS ^A	Área de atuação (nov. 2008)	SER ^B (nov. 2008)
1	Massoterapeuta	Celetista	2006	RAESF ^C / RASM ^G	VI
2	Digitador	Celetista	2006	RAAE ^D	IV
3	Agente comunitário de saúde (1)	Celetista Funcionário público, regime celetista	2004 2007	RAESF ^C	III
4	Auxiliar de enfermagem (1)	Funcionária pública, regime estatutário	2005	RAH ^E	V
5	Agente comunitário de saúde (2)	Celetista Funcionário público, regime celetista	1992 2006	RAESF ^C	IV
6	Agente sanitária	Celetista Funcionário público, regime celetista	2002 2007	Serviço de Vigilância Ambiental	II
7	Atendente de consultório dental	Celetista	2005	RAESF ^C	I
8	Auxiliar de enfermagem (2)	Celetista	1998	RAESF ^C	II
9	Técnico em radiologia	Funcionário público, regime estatutário	1977	RAAE ^D	II
10	Terapeuta comunitária - educadora popular em saúde	Celetista	2005	RAESF ^C /RASM ^G	VI

A. SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; B. SER – Secretaria Executiva Regional; C. Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família; D. Rede Assistencial Ambulatorial Especializada; E. Rede Assistencial Hospitalar; F. Rede Assistencial de Urgência e Emergência; G. Rede Assistencial de Saúde Mental.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O roteiro adotado nos GF compreendeu o uso das questões norteadoras: do que foi feito no sistema de saúde, de 2005 a 2007, o que contribuiu para instituir o SUS em Fortaleza? Há algum programa, projeto, ação ou processo de trabalho que, na sua opinião, tenha fortalecido o SUS?

Na análise das informações, utilizou-se a Análise de Conteúdo, com a técnica da Análise Temática¹⁷. Não houve a quantificação de temas ou categorias surgidas nos relatos dos participantes. Os adeptos da abordagem qualitativa questionam a análise de frequência como critério de objetividade e cientificidade e buscam ir além do aspecto descritivo do conteúdo expresso, procurando, por meio de um processo compreensivo, estabelecer uma interpretação mais aprofundada¹⁷. Procedeu-se a um exercício racional de compreensão e interpretação contextualizadas, adotando-se

uma posição crítico-interpretativa¹⁸, percebendo a dimensão da subjetividade em interface com a materialidade junto à qual se relaciona.

Elegeram-se como instituinte³ os processos destacados como avanços e inovações, que deram maior materialidade aos princípios e diretrizes do SUS, contribuindo para sua institucionalização no sistema municipal de saúde.

Para identificação e compreensão das potências instituintes, foram determinadas as seguintes dimensões: i) discurso da gestão do sistema de saúde evidenciando seus propósitos, capturados em documentos oficiais; ii) discurso dos trabalhadores de saúde, capturados nos GF; iii) referências legais do SUS (Leis n. 8.080 e 8.142, artigos constitucionais da Seção II, “Da Saúde”). Como exemplo, segue o Quadro 3.

Quadro 3: O instituinte do SUS nos processos de trabalho em saúde, segundo percepção dos profissionais de saúde. Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005 a 2007.

Discurso da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde	Percepção do profissional de saúde	Legislação do SUS – potências instituintes
<p>[...] a ESF, pela forma como é concebida, apresenta um grande potencial indutor dos princípios e das diretrizes do SUS, notadamente a integralidade, a acessibilidade, a participação social e a equidade, contribuindo para a construção do modelo de atenção integral à saúde^{10:50}.</p> <p>No que se refere às equipes de saúde bucal, Fortaleza conseguiu 223 equipes em funcionamento em 2007¹², muito diferente do que acontecia em 2004.</p>	<p>[...] então no PSF de Fortaleza estou com um pouquinho de tempo e a maneira como eu trabalhava nos outros PSF e como eu estou trabalhando aqui está sendo inovadora [...] Grupos, por exemplo, tentando trabalhar com grupo de idosos, no caso, devido à distância da minha área para o posto. Pois numa comunidade onde você para poder chegar na unidade deve andar quarenta minutos a pé, é bastante tempo, então para facilitar a gente faz grupo de crianças, as puericulturas, na área, grupo de hipertensos, também na área, que aí facilita e não tem tanto <i>stress</i> para os pacientes, né? Principalmente fica mais fácil de você realizar sessões educativas, dar orientações [...]. (enfermeira).</p> <p>Assim, é muito importante, porque nós a equipe do PSF vamos até, por exemplo, a pessoa que não pode andar, os acamados com vários dentes estragados, com dores; já com esse programa do PSF já mudou muito. (atendente de consultório dental).</p> <p>O grande diferencial foi realmente a implantação da equipe de odontologia. (massoterapeuta).</p>	<p>Aplicação: Lei n. 8.080, art. 7º, inciso I: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.</p> <p>Potências instituintes: ampliação do acesso aos serviços de saúde, configurando atos de saúde centrados na realidade local e nas necessidades dos usuários.</p> <p>Ampliação do acesso aos serviços odontológicos, com as equipes de saúde bucal no PSF.</p> <p>Fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e a população residente na sua área de abrangência.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

Por meio do diálogo, nos GF, sobre os problemas vivenciados pelos trabalhadores de saúde, além dos processos instituintes, identificaram-se os desafios de organização do sistema.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa, da Universidade Federal do Ceará (UFC), que aprovou sua realização por meio do Protocolo n. 665/2008.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Saúde da Família: estratégia para ampliação do acesso e promoção da equidade

As inovações que mais fortaleceram a institucionalização do SUS foram desenvolvidas na Rede Assistencial da ESF, indo desde o reconhecimento, pela massoterapeuta, de que “[...] o diferencial foi a implantação da equipe de odontologia e um dos grandes avanços foi o PSF, que a gente não tinha nas *periferias*”, até a percepção da enfermeira de que “[...] a maneira como eu trabalhava em outros PSF e como estou trabalhando aqui está sendo inovadora”. Ou seja, percorrendo os caminhos administrativos até a organização do processo de trabalho em saúde posicionando o trabalhador como sujeito de atos instituintes.

O estudo apontou que ações administrativas e de gestão relacionadas à saúde bucal e da família foram decisivas para a ampliação do acesso aos serviços de atenção primária com

equidade. A cobertura populacional da ESF em Fortaleza, após adotar o termo estratégia e não programa¹⁹, foi ampliada de 15% para 43,44%, entre 2005 e 2007, além da implantação de 223 equipes de saúde bucal¹⁰⁻¹².

A priorização das áreas e populações mais pobres, como critério orientador da política municipal de saúde, foi também destacada pelo técnico de radiologia:

[...]a Prefeitura tem trabalhado muito nas periferias, mas a periferia dentro das comunidades. Eu moro lá no São Cristóvão e tenho visto o trabalho de vocês [referindo-se ao trabalho da Oca Comunitária desenvolvido na Rede de Saúde Mental]. A Prefeitura tem aplicado mais nessas partes aí onde tem muita gente, pessoas carentes.

A aplicabilidade do princípio da equidade, no momento da decisão do investimento e desenvolvimento de ações do governo, possibilita o enfrentamento de desigualdades sociais historicamente construídas, na perspectiva de que “a vida de qualquer um vale a pena”^{2:269}, fundamentalmente, “daquele desinvestido socialmente”^{2:269}.

Além disso, institucionaliza modos de fazer e cuidar da saúde que priorizam as populações em situação de vulnerabilidades, contribuindo para a compreensão do território como espaço vivo e diverso, permeado por iniquidades sociais, conforme relatado nos GF, no instante

do reconhecimento e do trabalho desenvolvido em áreas classificadas como de risco. Estabelece-se o que Sposati *apud* Escorel denominou de “padrão equânime”, ao abordar-se a noção de igualdade, quando se afirma: “Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime”^{20:4}.

A equidade é “[...] uma das principais referências para a avaliação das reformas setoriais e para a reorientação de políticas e de sistemas de saúde”^{21:35}. Além disso, “Programas como o PACS/PSF, além de ampliarem a cobertura de serviços, têm possibilitado reorientações do sistema no sentido da integralidade e da equidade”^{21:43}, indicando sua potencialidade em instituir um novo fazer em saúde, no microespaço, e tensionar práticas já instituídas mantenedoras das desigualdades existentes, promovendo o enfrentamento de desafios históricos de organização do SUS. Na literatura, indica-se o desenvolvimento da ESF como um caminho para a consolidação dos princípios e das diretrizes do SUS¹⁹.

Ao mesmo tempo que os microespaços dão materialidade às instituições por meio da reprodução do que já está concedido, são também espaços potentes para a ação transformadora realizada por seus agentes³. No caso da instituição Saúde, os trabalhadores da saúde são os agentes que, no ato do cuidado e no encontro com o usuário, podem potencializar a institucionalização do SUS, como indicado neste estudo. E isso, a partir de novas lógicas de organização e de práticas em saúde que valorizam o cuidado com grupos sociais até então desprovidos do direito à saúde.

Atos de cuidado em saúde: o fazer instituinte dos trabalhadores

Os participantes dos GF apontaram para o desenvolvimento de um trabalho em saúde centrado no usuário, nas suas necessidades e no conhecimento da realidade local, como expressou a enfermeira:

[...] estamos tentando trabalhar com grupo de idosos devido à distância da minha área para o posto de saúde. São quarenta minutos a pé, é bastante tempo, então para facilitar fazemos grupo de crianças, as puericulturas são feitas na área, grupo de hipertensos é na área, que aí facilita e não tem tanto stress pros pacientes, principalmente fica mais fácil de você realizar sessões educativas, dar orientações.

No atendimento descentralizado do Saúde da Família, também referido por outros participantes dos GF, elimina-se a barreira da distância entre a comunidade e os serviços

A equidade é “[...] uma das principais referências para a avaliação das reformas setoriais e para a reorientação de políticas e de sistemas de saúde.

de saúde, ampliando as condições de acesso, além da manifestação solidária e cuidadora no sentido de amenizar o estresse do paciente, evitando seu deslocamento, e onde se pode atuar, ainda, como agente promotor de saúde por meio das “sessões educativas”. Desde sua criação, a ESF¹⁹ preconizou o atendimento nas residências das famílias adstritas ao território de atuação da equipe, além da realização de atividades de educação e de promoção da saúde, medidas importantes para o cuidado em saúde e reorientação do modelo assistencial, portanto, revestidas de força instituinte.

O processo de trabalho em saúde, nesse caso, não se limitou ao procedimento biomédico, mas configurou um ato de cuidado integrador de outras dimensões e necessidades do sujeito usuário. Focar nas necessidades do usuário caracteriza uma nova lógica de operar os serviços de saúde, intermediada pelo diálogo, pelo encontro entre o usuário e o trabalhador de saúde e pelo uso de “tecnologias leves”^{4,22}. Nesse encontro, são produzidos atos de cuidado que tensionam o trabalho em saúde centrado na figura do médico e em procedimentos clínicos, propiciando “atos intercessores partilhados”²³ na relação trabalhador e usuário.

Outro ato em saúde compartilhado nos GF, pela atendente de consultório dental, foi o caso de uma “senhora com cento e vinte e quilos”, com uma “perna só” e com “vários dentes estragados e muitas dores e a pressão alta...”. A atendente relatou que:

[...] a gente foi até lá arrancar o dente dela [...], a fila de espera para fazer uma redução de estômago lá no César Cals [hospital] estava enorme, estava com mais de cinco mil pessoas e sabe o que foi que a gente fez? A gente pegou o médico lá com a nossa equipe todinha e pegamos ela, colocamos lá na sala da assistente social do hospital e sabe o que foi que o médico que faz a cirurgia falou? Se eu não fizer essa cirurgia, dessa senhora, eu vou morrer eu não vou pro céu, eu tenho que fazer e fez.

Por meio dessa experiência entre os trabalhadores e a

usuária estabeleceu-se, muito além do olhar empoderador do médico, um espaço relacional e dialógico, operado por múltiplos olhares e saberes dos trabalhadores na perspectiva da “clínica ampliada”²⁴.

O trabalho em equipe multiprofissional, destacado nos GF como “inovação da atual gestão”, possibilita a diversidade de conhecimentos, a ação coordenada e compartilhada, fortalecendo a percepção das necessidades em saúde em suas múltiplas dimensões; “são diversos olhares discutindo e debatendo” (assistente social); “está tendo uma melhoria de trabalhar o paciente como equipe multidisciplinar” (médica da rede ambulatorial especializada).

Além disso, amplia a capacidade de resolução dos problemas e o acesso aos serviços de saúde, fortalecendo a atuação sobre o “território de tensões-potência”⁴ de forma inventiva e resolutiva. O diálogo entre os trabalhadores da saúde na rede de serviços propicia o “acolhimento dialogado”²⁵, que considera a “rede tecnoassistencial do serviço como uma rede de conversações”²⁵ com a “competência em manter todos esses espaços interconectados, oferecendo aos usuários as mais amplas possibilidades de acesso à rede”²⁵.

O acolhimento, potencializando a integralidade, é

[...] o elemento que, de certa forma, conecta uma conversa à outra, interconecta os diferentes espaços de conversa. Em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de “acolher” novas possíveis demandas que, eventualmente, “convidam” o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas²⁵.

Adentra-se, assim, o acolhimento, bastante discutido nos GF, percebido como um processo que fortaleceu o SUS na medida em que aproximou o trabalhador do usuário e estabeleceu uma nova forma de trabalho, e também como “[...] um desafio grande, ainda não está como deve ser, mas percebo as unidades, os postos de saúde se preocupando com isso” (massoterapeuta), ou, ainda, conforme a assistente social, referindo-se ao desenvolvimento do acolhimento como “um desejo de muita gente”.

Acolhimento e grades nos serviços de saúde: a potência da alteridade dialógica do cuidado em saúde na relação trabalhador e usuário e os desafios de sua organização

Tirar as grades. Enquanto para a massoterapeuta essa ação representou um “[...] avanço porque as pessoas conseguiram ter mais ou menos uma igualdade com os profissionais de saúde”, para a auxiliar de enfermagem “isso não foi avanço,

por eu ser uma funcionária de emergência [hospitalar], eu já fui agredida duas vezes”. Falando sobre essa experiência, a auxiliar de enfermagem colocou que até o guarda municipal não iria

[...] bater de frente com as pessoas, né, que vão agredir, porque geralmente são usuários de drogas ... então, se a gente for bater de frente com elas, a gente estará arriscando a nossa vida.

As situações de tensão, provocadas por iniquidades sociais refletidas no encontro entre trabalhadores e usuários, produzem, a exemplo do apontado, diferentes percepções, formas de manifestação e de recepção por parte dos atores envolvidos. Se, por um lado, nos GF, o reconhecimento do contexto e dos modos de vida dos usuários gerou sinais de compreensão na prática da alteridade, por outro, revelou-se como motivo de medo. Como lidar com esse território permeado por “tensões-potência”⁴? Como construir um processo de trabalho que compreenda as subjetividades e necessidades individuais e coletivas manifestadas no encontro entre trabalhador e usuário?

Afirma-se que os “focos de tensionamento” são produzidos nos serviços de saúde, logo, no próprio ato de saúde que estabelece uma relação entre trabalhador e usuário²⁵. Referem-se, assim, às

[...] problemáticas concretas do fazer cotidiano dos serviços, que premem o sistema como um todo e o mobilizam na busca de soluções. E elas são buscadas em todos os níveis: cotidianamente, no plano das práticas (com uma urgência e uma inventividade sem par), assim como nas construções discursivas dos formuladores de políticas²⁵.

Na perspectiva do enfrentamento desses tensionamentos, o estudo indicou o acolhimento como um dispositivo potente para a mudança das relações entre usuários e trabalhadores e para a reorganização do processo de trabalho em saúde,

O trabalho em equipe multiprofissional, destacado nos GF como “inovação da atual gestão”, possibilita a diversidade de conhecimentos.

problematizando as formas e os fatores que determinam e condicionam essa relação e as tensões a ela pertinentes. Entre esses fatores, os GF mostraram o reconhecimento sobre o fato do usuário vir “*carregado de muito sofrimento*”, evidenciando a compreensão dos contextos de “*apartação social*”²⁵ e de sua influência sobre o comportamento e as necessidades em saúde:

[...] *o cara chega na unidade de saúde, né, com problemas sociais deste tamanho na cabeça dele, às vezes desempregado, às vezes tem um filho que é usuário de droga, às vezes tem um aluguel pra pagar, uma luz e não consegue e, ainda, adocece e aí chega lá no posto de saúde e não é bem atendido... ele se emputece mesmo e dá um pontapé mesmo* (terapeuta comunitária).

Perceber o outro com suas diferenças e histórias de vida apresentou-se, no estudo, como um recurso significativo no uso das “*tecnologias leves*”^{4,22}, especialmente na forma de acolher e cuidar, dando um novo significado para o processo de trabalho em saúde, na medida em que a percepção sobre o outro é ampliada para além da queixa e comportamentos manifestos.

Na literatura, é mencionada a necessidade de “*inclusão pelos profissionais da ‘arte da alteridade’ como ponto principal na produção do cuidado*”^{26:2076}. Reconhece-se que o “*tensionamento relacionado às dificuldades em lidar com a alteridade não é exclusivo dos serviços públicos de saúde e está, na verdade, instalado na essência do desenvolvimento tecnocientífico da moderna biomedicina*”²⁵.

Para alguns autores, a alteridade significa “*ser capaz de apreender o outro na plenitude da sua dignidade, dos seus direitos e, sobretudo, da sua diferença* [...] A nossa tendência é colonizar o outro, ou partir do princípio de que eu sei e ensino para ele”²⁷.

Colocar-se no lugar do outro – incorporar no “*processo/ato vivo em saúde*”⁴ a alteridade –, valorizar suas necessidades, sua vivência e seu saber, juntamente com a ideia do “*acolhimento dialogado*”²⁵, materializam o que se denominou, neste estudo, prática da alteridade dialógica do cuidado em saúde, fortalecendo as formulações de diversos autores, destacados por Mitre, Andrade e Cotta²⁶, além de Freire^{28,29}, ao discutir a pedagogia do oprimido e da autonomia. No encontro entre trabalhador e usuário, mediante a prática da alteridade dialógica do cuidado, reconhece-se que o outro, usuário ou trabalhador da saúde, dispõe de condições e recursos para contribuir com os caminhos terapêuticos escolhidos.

Com isso, é dado um novo significado à circularidade de poder tradicionalmente construída na relação médico-usuário, rompendo a perspectiva colonialista e promovendo,

Perceber o outro com suas diferenças e histórias de vida apresentou-se, no estudo, como um recurso significativo no uso das “tecnologias leves”.

no exercício da alteridade dialógica do cuidado, movimentos de subjetivação, tanto do usuário como do trabalhador, onde ambos se percebem como seres aptos a protagonizar, a compreender e a se mobilizar em prol de atos vivos e cuidadores de saúde. Nessa produção do cuidado em saúde, o “*diferente*” no outro não é motivo de afastamento, mas de enriquecimento e acolhimento generoso e reflexivo pela compreensão dos diversos modos de ser e estar no mundo, decorrentes não apenas de uma escolha, mas de uma história de vida.

Entretanto, ao mesmo tempo que o estudo apontou a potência instituinte da perspectiva da prática da alteridade dialógica do cuidado em saúde, no ato vivo do acolhimento, também mostrou fragilidades na sua institucionalização. Houve a identificação do acolhimento como um dispositivo transversal, praticada em todos os espaços de atenção da rede de serviços do município, porém, conforme a enfermeira,

[...] *muito variado de acordo com a unidade, tem unidades que estão conseguindo fazer e outras não, às vezes está muito relacionado à equipe.*

Assim, os participantes dos GF problematizaram o tema do acolhimento e da triagem, apontando que “*existe uma diferença muito grande conceitual, [entre] acolher e triar*” (médico).

Entre as dificuldades relatadas para a implementação do acolhimento, destacaram-se a condução da coordenação da unidade de saúde, muitas vezes sem o perfil técnico adequado, apontando para “*nomeações políticas*”; a falta de estrutura evidenciada pela ausência de médicos, “*eu/equipe*” e de manutenção sistemática de equipamentos; a falta de insumos e medicamentos; funcionamento inadequado do sistema de informática do prontuário eletrônico, onde, em “*uma consulta que você poderia dar oitenta por cento pro paciente, você tem que dividir com o sistema*”, entre outros.

Como elemento colaborador, foi destacada a participação dos trabalhadores residentes (referindo-se à residência médica) pelo fato de eles serem

[...] *mais abertos [...] já passei por todo tipo de profissional onde simplesmente eles não escutavam a gente, só eles que sabiam [...] não existia aquele vínculo, aquela equipe trabalhando* (enfermeira).

Na realização do Curso HumanizaSUS para todos os trabalhadores da rede e o Cuidando do Cuidador, por meio do Projeto Cirandas da Vida, iniciativas vinculadas à Política Municipal de Humanização também foram apresentadas como forças importantes para o desenvolvimento do acolhimento.

Os diálogos construídos apontaram que a gestão municipal, no período do estudo, desenvolveu ações de fortalecimento do SUS em movimentos de ressignificação do processo de trabalho e de fomentação de atos vivos do cuidado em saúde. Processo esse, porém, permeado por limitações e dificuldades de várias ordens. Como afirmam alguns autores,

[...] pode-se perceber o quanto é diverso o processo de trabalho em saúde no interior de uma equipe ou de uma unidade de saúde, onde instituído e instituinte estão presentes, significando processos de permanente disputa. Isso é particularmente mais forte em momentos de mudança, que sugerem sempre períodos de transição entre o *velho e o novo*^{30:467}.

Nessa perspectiva, o “acolhimento dialogado”²⁵ e a prática da alteridade dialógica do cuidado manifestaram-se como desafios de organização, fundamentais para o agir cuidador em saúde preconizado pelo SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contribuir para a superação de desafios de organização do SUS e para a garantia de seus preceitos constitucionais, por meio de um estudo que analisou as percepções de trabalhadores da saúde sobre atos e processos instituintes do SUS em Fortaleza, compreende por um lado, limitações, dada a complexidade desses desafios. Entretanto, por outro, uma possibilidade viável por tomar como referência experiências concretas protagonizadas por sujeitos que constroem o cotidiano do trabalho em saúde.

O estudo apontou que os fazeres instituintes, os entraves estruturais, os problemas sociais que estão presentes no cotidiano dos serviços, enfim, no dia a dia, traçaram caminhos importantes para o enfrentamento dos desafios de organização do SUS, colocando o espaço de encontro dos trabalhadores e usuários como lócus potencial para a mudança da lógica do processo de trabalho em saúde.

Portanto, a essência da política de saúde é o fazer humano em relação, em encontro de um com o outro, revestindo o

O SUS requer um agir que contribua para que seus princípios e suas diretrizes ganhem materialidade e existência.

cuidado em saúde da dimensão do cuidado com a vida, com o outro. Em tempos de globalização e de sujeição é imperioso o agir técnico e político, operado pela alteridade dialógica do cuidado que, ao tensionar as limitações institucionais, aposta no SUS utopia, viável e possível.

O SUS requer um agir que contribua para que seus princípios e suas diretrizes ganhem materialidade e existência, reconhecendo que o instituinte se constrói essencialmente pela atuação dos trabalhadores da saúde, sujeitos das práticas de saúde, não sendo suficientes, para a implementação de mudanças, os propósitos políticos dos gestores do SUS no sentido da condução política do sistema.

São necessários investimentos em trabalhadores da saúde e tecnologias relacionais para que fecundem, no próprio SUS, uma política viva de saúde, sendo recomendáveis novos estudos que direcionem os modos de fazer o SUS no cotidiano dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comun. Saúde Educ [serial on the internet]. 2005 [cited 2013 Sep 12];9(17):389-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>
2. Merhy EE. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. Saúde Soc [serial on the internet]. 2012 [cited 2013 Dec 18];21(2):267-79. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a02v21n2.pdf>
3. Baremlitt GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Record; 1998.
4. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 1999 [cited 2013 Aug 12];4(2):305-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf>
5. Queiroz MVO, Ribeiro EMV, Pennafort, VPS. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. Texto & Contexto Enferm. [serial on the internet]. 2010 [cited 2013 Dec 16];19(2):291-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/10.pdf>

6. Silva ALFS, Sousa RM. A roda como espaço de co-gestão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do município de Sobral – CE. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 May 16];9(2):7-13. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/11>
7. Padilha CS, Oliveira WF. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. Interface Comun Saúde Educ [serial on the internet]. 2012 [cited 2015 May 16];16(43):1069-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4912.pdf>
8. Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2012 [cited 2015 May 16];17(11):3069-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a22.pdf>
9. Fortaleza (Município). Programa de governo: gestão 2005/2008. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza; 2004.
10. Fortaleza (Município). Relatório de gestão, 2005. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.
11. Fortaleza (Município). Relatório de gestão, 2006. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2007.
12. Fortaleza (Município). Relatório de gestão, 2007. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
13. Araújo CEL, Pontes RJS. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2012 [cited 2013 Dec 15];17(9):2357-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a16v17n9.pdf>
14. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
15. Aschidamini IM, Saupe R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa - um ensaio teórico. Cogitare Enferm [serial on the internet]. 2004 [cited 2015 May 16];9(1):9-14. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/1700/1408>
16. Kind L. Notas para o trabalho com técnica de grupos focais. Psicol Rev (Belo Horizonte). 2004;10(15):124-36.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2000.
18. Mercado-Martínez FJ. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez FJ, organizers. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004. p. 137-74.
19. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizers. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 783-836.
20. Escorel S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais [document on the internet]. 2001 [cited 2013 Dec 15]. Available from: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>
21. Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. Saúde Soc [serial on the internet]. 2006 [cited 2013 Dec 15];15(2):34-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/05.pdf>
22. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. Saúde Debate. 2003;27(65):316-23.
23. Merhy EE. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. São Paulo: Hucitec; 2002.
24. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria *paidéia* e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizers. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 53-92.
25. Teixeira, RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizers. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2003. p. 89-111.
26. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RRM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2012 [cited 2013 Dec 17];17(8):2071-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/18.pdf>
27. Frei Betto. Alteridade [document on the internet]. 2003 [cited 2013 Sep 20]. Available from: <http://www.adital.com.br/site/noticia2.asp?lang=PT&cod=7063>
28. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.
29. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.
30. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizers. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc; 2006. p. 459-73.

Recebido em 01/04/2015 Aprovado em 08/05/2015

