



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Pedro Sanchez Soares

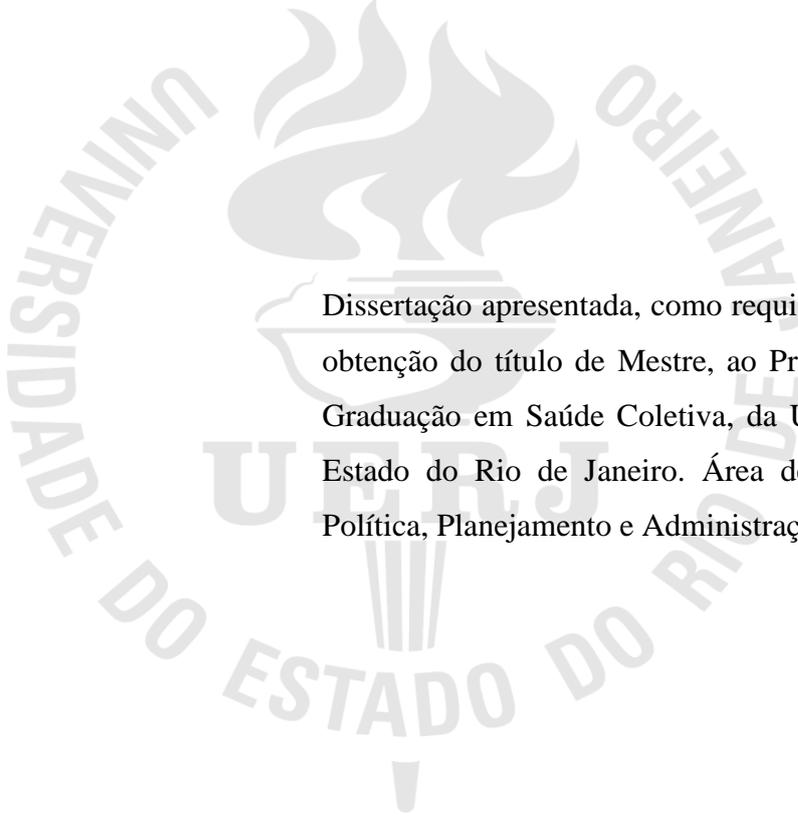
**Pronto Acolhimento ou Acolhimento Pronto? Responsabilidade e
Julgamento como nexos axiológicos que sustentam as práticas do trabalho
em equipe na Estratégia de Saúde da Família**

Rio de Janeiro

2014

Pedro Sanchez Soares

Pronto Acolhimento ou Acolhimento Pronto? Responsabilidade e Julgamento como nexos axiológicos que sustentam as práticas do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S676 Soares, Pedro Sanchez
Pronto acolhimento ou acolhimento pronto :
responsabilidade e julgamento como nexos axiológicos que
sustentam as práticas do trabalho em equipe na Estratégia de
Saúde da Família / Pedro Sanchez Soares. – 2014.
108 f.

Orientadora : Roseni Pinheiro.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Programa Saúde da Família (Brasil) - Teses. 2. Saúde
da Família – Estratégia - Teses. 3. Serviços de saúde – Teses.
4. Humanização na saúde – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 364.444

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Pedro Sanchez Soares

Pronto Acolhimento ou Acolhimento Pronto? Responsabilidade e Julgamento como nexos axiológicos que sustentam as práticas do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 31 de março de 2014.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. André Luiz Mendonça
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Bethânia de Albuquerque Assy
Departamento de Direito – PUC/RJ

Prof. Dr. Carlos Eduardo de Moraes Honorato
Instituto de Psiquiatria da UFRJ

Rio de Janeiro

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Roseni Pinheiro, que presentificou nas orientações o acolhimento que tanto defendo, recebendo minhas inquietações e angústias durante o período de formulação e escrita desta dissertação e evidenciando que a teoria não tem sentido sem as práticas que a coloquem à prova.

À Natalia, que com muita paciência e companheirismo suportou os momentos de ausência que a escrita exige, além de afirmar uma confiança que às vezes me escapava de que o trabalho seria concluído à tempo.

Ao IMS-UERJ, instituto que também me acolheu em minha chegada ao Rio de Janeiro, e me ofereceu colegas e amigos com os quais aprendi muito e tornaram esse tempo muito mais divertido.

Aos trabalhadores da atenção básica do município de Porto Alegre com quem tive a oportunidade de conviver. Estes me mostraram na prática os desafios e as possibilidades de construção de um SUS que quero ver funcionando.

E se um dia, ou uma noite, um demônio te seguisse em tua suprema solidão e te dissesse: ‘Essa vida, tal como a vives atualmente, tal como viveste, vai ser necessário que a revivas mais uma vez e inúmeras vezes; e não haverá nela nada de novo, pelo contrário! A menor dor e o menor prazer, o menor pensamento e o menor suspiro, o que há de infinitamente grande e de infinitamente pequeno em tua vida retornará e tudo retornará na mesma ordem – essa aranha também e esse luar entre as árvores e esse instante e eu mesmo. A eterna ampulheta da vida será invertida sem cessar – e tu com ela, poeira das poeiras!’ – Não te jogarias no chão, rangendo os dentes e amaldiçoando esse demônio que assim falasse?

Ou talvez já viveste um instante bastante prodigioso para lhe responder: ‘Tu és um deus e nunca ouvi coisa tão divina!’ Se este pensamento te dominasse, tal como és, te transformaria talvez, mas talvez te aniquilaria; a pergunta ‘queres isso ainda uma vez e um número incalculável de vezes?’, esta pergunta pesaria sobre todas as tuas ações com o peso mais pesado! E então, como te seria necessário amar a vida e amar a ti mesmo para não desejar mais outra coisa que essa suprema e eterna confirmação, esse eterno e supremo selo!

Friedrich Nietzsche

RESUMO

SOARES, P. S. *Pronto acolhimento ou acolhimento pronto? responsabilidade e julgamento como nexos axiológicos que sustentam as práticas do trabalho em equipe na estratégia de saúde da família*. 2014. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

A questão que norteou esta pesquisa aborda os valores que podem sustentar a prática do acolhimento, na oferta da integralidade do cuidado, no contexto da Estratégia da Saúde da Família. O acolhimento é entendido nesta escrita como uma postura e prática orientada pelo Cuidado como Valor, pautada por uma relação que instigue o sentimento público de responsabilidade daquele que acolhe com quem busca o acolhimento. Além disso, indaga-se sobre em que meandros e sutilezas do trabalho em equipe as práticas de acolhimento podem surgir ou desaparecer do horizonte ético-político deste tipo de intervenção. A pesquisa, que tem como campo de estudo a Saúde Coletiva, busca agregar elementos da filosofia e sociologia, a fim de realizar aproximações com outros campos do conhecimento. Para tanto, a obra de Hannah Arendt é objeto de constantes aproximações, principalmente os conceitos de Responsabilidade e Julgamento, que nesta dissertação são defendidos como nexos axiológicos das práticas de acolhimento. O material estudado nesta pesquisa consiste nas experiências do próprio pesquisador, que são (re)construídas a partir de narrativas. A metodologia utilizada para tratar deste material, em consonância com o referencial teórico adotado, recorre às narrativas buscadas em relatórios e diários de campo que foram elaborados durante o período de inserção do pesquisador em uma Unidade Básica de Saúde. A escolha pelas narrativas é justificada, pois estas são apropriadas aos estudos que se fundamentam nas ideias fenomenológicas, além de manter os valores e percepções presentes na experiência narrada. A análise de implicação surge como uma importante ferramenta para a pesquisa que conta com participação do próprio pesquisador, uma vez que o conteúdo de pesquisa emerge a partir da análise das sensações e sentimentos que o pesquisador percebe em si mesmo no confronto com o campo, seus participantes e suas relações. Esse material, quando analisado, dá destaque ao lugar do pesquisador no campo, permitindo compreender os nexos de sua intervenção, além colocar luz nos jogos de poder presentes no campo de pesquisa. Os resultados são apresentados à luz dos conceitos de Responsabilidade e Julgamento, apoiados no construto do Cuidado como Valor. Na discussão que finaliza esta dissertação é possível encontrar a defesa de valores que possam colocar o homem – e não o acúmulo de riquezas – como o objetivo último das ações de saúde. São destacados elementos que permitem divergir de uma visão monológica de indivíduo, fundada pela teoria contratualista e que constitui um dos pilares do utilitarismo, para dar lugar a uma concepção de sujeito constituído na intersubjetividade, e que tem, portanto, responsabilidade para com os outros e o mundo que o cerca.

Palavras-chave: Acolhimento. Responsabilidade. Julgamento.

ABSTRACT

SOARES, P. S. *Ready user embracement ou user embracement ready? responsibility and judgement as axiological nexuses of teamwork practices in the context of the family health strategy*. 2014. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

The question that guided this research approaches the values for sustaining the practice of user embracement, in the offering of comprehensive care, in the context of the Family Health Strategy. User embracement at this writing refers to an attitude as well as a practice, both based on Care as Value that prompts a public sense of responsibility of those who welcomes and those who seeks care. Also, this research inquires about the details and refinements of teamwork that can make embracement practices emerge or disappear of ethical - political horizon of this type of intervention. The research, which has its field of study in the Public Health, seeks to add elements of philosophy and sociology in order to come near to other fields of knowledge. Therefore, Hannah Arendt's work will be bringing close together, especially the concepts of Responsibility and Judgement, which are defined as axiological nexuses of the practices of user embracement. The content studied in this research consists of the researcher's experiences, which are (re)constructed from narratives. Methodology used to treat this material, in line with the theoretical reference, uses narratives sought in field journals and reports that were prepared during the researcher's engagement in a Basic Health Unit. Narratives are proper to studies based on phenomenological ideas, while maintaining the values and perceptions present in the described experience. The implication analysis appears as an important tool for the research that relies on researcher's participation himself, since the content of research emerges from the analysis of his sensations and feelings in the field, with its participants and its relationships. This material gives prominence to the researcher's place in the field, allowing us to understand the nexus of his interventions, in addition to elucidating power games existent in the research field. The results are elucidated by the concepts of Responsibility and Judgement, supported by the construct of Care as Value. At the final discussion, it is possible to find the defense of values that can put human being - and not wealth accumulation - as the health assistance's ultimate goal. There are highlighted elements that allow us to diverge from a monologic vision of individual, founded by contractarian theory, which constitutes one of the pillars of utilitarianism, to give rise to a conception of subject that consists in the inter-subjectivity, therefore, has to act with responsibility to others and to the world around.

Keywords: User embracement. Responsibility. Judgement.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CSEM	Centro de Saúde Escola Murialdo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
RIS	Residência Integrada em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO	13
1. ACOLHIMENTO: SOBRE OS USOS E REPERCUSSÕES DE UM CONCEITO FERRAMENTA.....	21
2. CUIDADO COMO VALOR: APROXIMAÇÕES FILOSÓFICAS SOBRE O CONSTRUCTO TÉORICO PARA REPENSAR AS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO.....	29
2.1 Do legado do utilitarismo: o “descuido” como valor	30
2.2 Do trabalho em saúde: a equipe buscando afirmar o cuidado como valor ..	34
2.3 Responsabilidade e Julgamento: sobre os nexos axiológicos do cuidado como valor do direito humano ao acolhimento.....	45
3. PERCURSO METODOLÓGICO: OBJETIVOS, ABORDAGEM E CENÁRIO DA PESQUISA	53
3.1 Narrativa, Memória e Experiência	57
3.1 Cenário de pesquisa	62
3.3 Diários de memórias: os relatórios de ensino e as observações do campo ...	65
4. FRAGMENTOS DIALÓGICOS SOBRE PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO: CONFIGURANDO RESULTADOS.....	69
4.1 Primeiras impressões do campo: o objeto acolhimento	69
4.2 Modificação do acolhimento: o ‘encolhimento’	75
4.3 Inquietações sobre o acolhimento: valores assumidos?	81
5. À GUISA DE CONCLUSÕES	92
REFERÊNCIAS	98

APRESENTAÇÃO

Algumas experiências pelas quais passamos provocam reações diferentes das quais estamos habitualmente acostumados a tomar. Estas reações podem até mesmo nos surpreender, revelando possibilidades de agir que, até então, desconhecíamos. Apesar da força de nossa rotina, na qual somos tentados a continuar reagindo com o mesmo repertório de ações, certas ocasiões dão lugar a uma resposta diferente. É como se – a despeito de nossa possibilidade de ficar indiferentes – por algum motivo nem sempre esclarecido, optamos por escutar aquilo que algumas interações nos provocam.

A motivação desta dissertação surgiu da escuta que me permiti fazer após vivenciar, de maneiras variadas, diversas experiências que envolviam relações entre pessoas. Não apenas quaisquer pessoas em ambientes indefinidos, mas entre pessoas que cuidam e pessoas que buscam cuidado em serviços públicos de saúde. Não apenas pessoas que buscam e oferecem cuidado, mas aquelas que conseguem oferecer algo a mais com esse cuidado do que apenas o procedimento de saúde ou encaminhamento de que precisavam.

Essa inquietação começou a ser construída durante minha formação em psicologia, em espaço de estágios curriculares em serviços de saúde. A passagem por diversos serviços de saúde mental de uma rede de serviços de saúde municipal permitiu perceber e participar dessas relações de cuidado. Pessoas chegavam aos serviços, recebiam atendimento, tinham seus casos discutidos, tinham certo projeto terapêutico estabelecido, eram encaminhadas ou recebiam qualquer outra indicação terapêutica. Nesse processo, a parte que mais me intrigou foi o momento de recepção dessas pessoas: “Como elas conseguiram chegar aos serviços de saúde?” e “Por que elas continuariam ali?” eram perguntas constantes nesses momentos.

Ao continuar minha formação, em um percurso de pós-graduação – agora não mais em serviços especializados de saúde mental, mas na atenção básica – essas questões inicialmente formuladas tomaram corpo a partir de um conceito que percebi balizador da relação das pessoas com os serviços de saúde: o acolhimento.

O acolhimento surgiu naturalmente como o tema que mais provocou inquietações no período em que passei por um programa de Residência Integrada em Saúde – RIS. É sobre esse período de vivências que esse escrito se apoia. Um período de intensas experiências como um psicólogo residente na atenção básica. Durante o período de dois anos, a maior parte da carga horária de ensino em serviço ocorreu em uma unidade básica de saúde, com uma

equipe da Estratégia de Saúde da Família. Ao presenciar e participar do trabalho da equipe na comunidade, logo surgiram inquietações sobre como aqueles trabalhadores mantinham (ou não) seu projeto de trabalho diante das adversidades presentes no trabalho em saúde.

No tempo em que passei na unidade, presenciei diferentes momentos e possibilidades distintas da equipe em receber os usuários do serviço. Ao olhar para a equipe, que lidava com as mais diversas dificuldades para funcionar (falta de pessoal, ausência de suporte na rede, sofrimentos gerados pelo excesso de trabalho) constantemente me perguntava o que poderia sustentar aquelas pessoas naquele tipo de trabalho. Que valores, então, estariam envolvendo aqueles trabalhadores e equipe em seus diferentes momentos de receber os usuários daquele serviço de saúde? Valores são aqui entendidos como o substrato ético-político-educativo que sustentará as ações, orientando as práticas de saúde como um guia não prescritivo, mas presente a partir da construção histórica das vidas pessoais dos trabalhadores, assim como do encontro com outros profissionais e com os usuários do serviço. O acolhimento, objeto escolhido deste estudo, representaria o tensionamento da disposição em nome de valores não utilitários diante do enfrentamento da realidade deficitária de um serviço de saúde.

No primeiro capítulo desta dissertação, contextualizo a ideia de acolhimento que vivenciei *via-a-vis* a revisão de literatura sobre o tema, a partir de uma discussão sobre a evolução desse conceito nos últimos cinco anos. Pareceu-me evidente que a existência de uma variedade de usos encontrados para o termo acolhimento demonstra que o ato de acolher apresenta significados distintos tanto para aqueles que buscam serviços de saúde quanto para os profissionais destes serviços. Essa diversidade de significados se apresenta em práticas distintas, algumas vezes até contraditórias.

A fim de ampliar essa discussão sobre acolhimento, o segundo capítulo recolhe contribuições da saúde coletiva, da filosofia e sociologia que possibilitaram dialogar com o tema em uma perspectiva interpretativa interdisciplinar. Apoiando-se no constructo teórico “cuidado como valor dos valores do direito humano à saúde” (PINHEIRO, 2007, 2011), buscar-se-á na obra de Hannah Arendt, por meio da aproximação dos conceitos de Responsabilidade e Julgamento, constituir os principais referenciais teóricos conceituais defendidos nessa dissertação como nexos axiológicos dos saberes e práticas do acolhimento.

O terceiro capítulo apresenta o percurso metodológico traçado na elaboração desta dissertação, que, seguindo a perspectiva interdisciplinar apontada no capítulo anterior, traz os objetivos, a abordagem e o cenário da pesquisa. A partir da utilização de uma bibliografia multireferenciada, tributária das ciências sociais e humanas aplicadas a saúde coletiva, tornou-

se possível alargar a análise dos dados sobre este objeto híbrido – as práticas do acolhimento – implicando numa relação dialógica entre os elementos tecnológicos e culturais envolvidos na discussão. Referenciais da análise de implicação constituíram um importante ponto de partida do pesquisador para refletir de maneira crítica a sua investigação. Alguns pontos são cruciais, como o reconhecimento de que a experiência é a base para o pensamento, e que a experiência do próprio pesquisador, narrada e analisada, também consistirá em material de pesquisa. Ou seja, o percurso metodológico pretendido dialoga com o referencial teórico escolhido, se colocando à prova enquanto um método coerente com a teoria em que se baseia.

Já o quarto capítulo discorre sobre as análises dos fragmentos narrativos fruto de relatos de situações vivenciadas pelo pesquisador, evidenciando uma narratividade, à luz de sua implicação com as questões delimitadas pelo seu objeto. Nele são explicitadas as situações que ilustram o questionamento que motivou a escrita, pensadas à luz do referencial apresentado. Deslindar elementos que apontam para existência concreta de valores que poderiam sustentar as práticas de acolhimento, como uma relação que instigue o sentimento público de responsabilidade daquele que acolhe com quem busca o acolhimento, consiste no principal incentivo de realização desta pesquisa. Além disso, indaga-se, ainda, sobre em que meandros e sutilezas do trabalho em equipe as práticas de acolhimento podem surgir – ou desaparecer do horizonte ético-político deste tipo de intervenção.

Por fim, à guisa de conclusões, que longe de se constituir num ritual de chegada ou mesmo término de uma trajetória de estudo, busca-se gerar uma potência genuína de novas partidas, compreensivas para outros estudos, implicados com as práticas de acolhimento vicárias com o princípio da integralidade.

INTRODUÇÃO

O mote desta dissertação é a experiência de um profissional de saúde em formação dentro de uma realidade de assistência em uma Unidade Básica de Saúde, participando do cotidiano de uma Equipe de Saúde da Família. Durante o período de dois anos, integrei enquanto profissional em formação a equipe que trabalhou em uma unidade de saúde localizada em uma área de grande vulnerabilidade social no município de Porto Alegre. Essa inserção ocorreu através do programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, no período de fevereiro de 2011 a janeiro de 2012.

Neste tempo em que vivenciei aquela realidade, meu maior espanto¹ esteve relacionado ao momento em que as pessoas que buscavam o serviço de saúde eram recebidas pelos profissionais que ali trabalhavam. Em minhas experiências anteriores, em serviços especializados² de saúde mental, os usuários que chegavam aos serviços de saúde já haviam, em sua maioria, passado por algum tipo de triagem que os direcionou para aqueles serviços. Eles buscavam, portanto, algo específico do cardápio de procedimentos que eram praticados naqueles locais. Na Atenção Básica, entretanto, a variedade de situações que chegavam ao posto de saúde era muito maior. Diariamente pessoas chegavam – ou seus casos eram comunicados aos profissionais, para que estes fossem ao encontro das pessoas – para os profissionais daquela unidade com as mais diversas demandas. Diante da diversidade de demandas, muito amplo deveria ser o leque de respostas que aqueles profissionais precisavam proporcionar.

Essa complexidade fez com que um elemento se destacasse na conexão entre as demandas que surgiam e aquilo que poderia ser oferecido. O acolhimento, enquanto uma postura que recebesse o sujeito que buscava atendimento, proporcionando uma escuta qualificada e o melhor encaminhamento possível para aquele caso, despontou como o elo que tornava possível com que, naquele contexto de diversidades e dificuldades, uma boa atenção à

¹ Para Aristóteles (1996), a origem da filosofia é o espanto. Esse sentimento deriva de uma percepção de nossa ignorância diante de algo, o que pode nos levar a um prazer desinteressado por conhecimento.

² Compartilho do posicionamento defendido por Barbara Starfield (2004), de que a Atenção Básica (ou Atenção Primária à Saúde) aparece como uma entrada no sistema para todas as necessidades e problemas de saúde. Em função de sua característica abrangente, impacta nos indicadores de saúde de maneira muito mais significativa do que os serviços especializados, que, para a autora, consistem em subespecialidades necessárias, porém mais caras e menos acessíveis à maioria da população. Martins (2004) aprofunda a crítica, ao destacar o papel que a especialização técnica desempenha na legitimação da desumanização do cuidado a saúde, em nome dos interesses do mercado, deixando em segundo planos os compromissos sociais.

saúde pudesse ser praticada. O acolhimento favorecia um cuidado comprometido com a integralidade, aqui entendida como

uma ação social resultante da interação democrática dos sujeitos sociais na relação entre demanda e oferta, na produção do cuidado em saúde, que ganha sentidos, significados e vozes, e assume como tarefa e objetivo garantir a vida no seu sentido mais amplo. (PINHEIRO et al, 2010, p. 29)

A postura de acolhimento da equipe que eu integrava era pautada na responsabilização pelo usuário, e na organização do fluxo deste na unidade, de modo a ser construída a fim de possibilitar ao usuário que busca o cuidado uma saída resolutiva. O resultado dessa interação não necessariamente requisitava a passagem do usuário pelo atendimento médico, que, pelas condições da estrutura do serviço, nem sempre era ofertada em quantidade suficiente para todos aqueles que o buscavam. Entretanto, a saída resolutiva significava o comprometimento como “a vida no seu sentido mais amplo” que um cuidado integral requer.

Durante o período em que permaneci na equipe, contudo, presenciei modificações na forma como aquela postura e prática de acolhimento se apresentou. Em alguns momentos, o acolhimento deixou de funcionar da forma como fora pactuado inicialmente. Em outros momentos, o acolhimento deixou de existir, ainda que não fosse possível verificar diminuição dos problemas de saúde da comunidade atendida. Essas situações despertaram meu interesse em compreender como essa concepção de acolhimento – como uma disposição de responsabilizar-se pelo usuário – se transformava em função de diferentes momentos do trabalho em equipe.

O meu “interesse” em compreender, assim como o “espanto” e “inquietação” que afirmo ter sentido a partir de meu encontro com o acolhimento indicam a pertinência da utilização de uma ferramenta na escrita desta dissertação: a análise de implicação. Para Lourau (1975, 2004), um importante conteúdo de pesquisa emerge a partir da análise das sensações e sentimentos que o pesquisador percebe em si mesmo no confronto com o campo, seus participantes e suas relações. Esse material, quando analisado, aufere destaque ao lugar do pesquisador no campo, permitindo compreender os nexos de sua intervenção, além colocar luz nos jogos de poder presentes no campo de pesquisa (PAULON, 2005).

A utilização desse tipo de análise surgiu como apropriada para pensar as implicações pessoais do pesquisador, que percebia no contexto da pesquisa uma grande responsabilização dos profissionais no atendimento aos usuários do serviço de saúde. Essa sensação de

perceber-se responsável pelo usuário destaca-se porque não corrobora com a tendência que as relações de saúde apresentam em um contexto capitalista, no qual a saúde é percebida como uma mercadoria disponível para compra. Lefèvre (1991) aponta que na sociedade de consumo a saúde adquire o status de coisa, objeto que pode ser adquirido através do mercado. Nesse contexto, os recursos periféricos à relação do profissional de saúde com o usuário, como o medicamento, o procedimento e o exame, assumem também o local de mercadoria e interferem na relação entre os sujeitos (SANTOS JR, 2006). A possibilidade de escapar a essa lógica de mercantilização, entretanto, está amparada na própria estrutura em que a relação com o profissional de saúde está colocada nos serviços públicos de saúde: no SUS. Para Pinto dos Santos (2013), a garantia constitucional da saúde enquanto direito permite que a saúde possa ser entendida em um contexto desmercantilizado, pois trata-se, antes de tudo, de um direito de cidadania. Essa é, conforme Elias (2004), uma das principais responsabilidades do Estado em sua relação com a saúde – na qual o SUS assume o desafio de avançar como sistema universal a despeito das contradições e desigualdades características do país. O impacto de uma política social desse âmbito – que se pretende universal – demonstra, portanto, que o Estado, apesar das marcas que o mercado impõe em seu funcionamento, consegue manter políticas sociais com uma lógica distinta da mercantil.

É importante mencionar que uma lógica distinta da mercantil não significa algo que atua no sentido contrário ao seu funcionamento. Atuar de maneira distinta à lógica capitalista não é optar por uma lógica socialista, que em alguma medida também se apoia na acumulação material e posterior redistribuição das riquezas, conforme os paradigmas de sua teoria. Uma lógica distinta deve prescindir de se apoiar nos mesmos pressupostos que sustentam tanto o mercado quanto seus opositores. Essa mudança envolve a modificação de alguns valores, que retiram da acumulação o poder de definir a direção de uma sociedade.

No entanto, são muitas as situações que nos mostram a força que o mercado possui em definir as relações, inclusive as que ocorrem na saúde. O mercado atua na propagação de ideias sobre os serviços que pretende comercializar, atribuindo aos demais serviços – no caso, os públicos de saúde – uma baixa confiabilidade. Como efeito disso, a confiança em obter um melhor atendimento através de planos privados de saúde é grande entre a população, principalmente quando comparada ao sistema público. Ao se buscar o principal motivo que leva as pessoas a abandonarem os serviços públicos de saúde – de acordo com a opinião dos próprios segurados –, encontra-se a menor demora em conseguir acesso a consultas (IPEA, 2011).

Ter uma melhor imagem em relação à qualidade dos serviços não significa, entretanto, que os planos privados estejam isentos de problemas. No âmbito da saúde suplementar tornaram-se frequentes os debates sobre critérios de avaliação de qualidade, a partir da crescente visibilidade sobre as críticas de seus usuários. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão que regula as operadoras de planos privados de saúde no país, mantém em seu sítio na internet um banco de dados de reclamações dos clientes de operadoras privadas. Em um índice criado e disponibilizado para acesso público, são computados o total de reclamações dos beneficiários de planos privados de saúde em relação às operadoras com registro ativo na ANS³. Esses números têm auxiliado a agência na fiscalização e punição dos planos que não mantêm os padrões exigidos pela resolução nº 259 (BRASIL, 2011), que estabelece garantias mínimas de atendimento aos clientes desses planos. Segundo IPEA (2011), os principais problemas apontados por esses consumidores são a ausência de cobertura para certas doenças e o alto custo de suas mensalidades. No entanto, apesar das crescentes queixas, o aumento do número de pessoas ingressando nesses planos sugere a crença de que uma melhor assistência à saúde pode ser alcançada pela via privada, através da compra de serviços. O problema, porém, seria não possuir recursos pessoais suficientes para arcá-las, uma vez que seus altos custos figuram entre as principais queixas de seus consumidores.

Além de aspectos estruturais (cobertura da rede, presença de equipamentos, número de profissionais), algumas das críticas que envolvem os serviços de saúde em geral estão colocadas na forma como ocorrem as relações entre aqueles que prestam o serviço e seus clientes, como em situações de impessoalidade, descaso e pouca humanidade nos atendimentos. Esses aspectos são mais difíceis de ser contabilizados, uma vez que sua materialidade não é expressa necessariamente em números de procedimentos.

No entanto, um olhar sobre o usuário dos serviços revela que este percebe menos uma eventual incapacidade técnica do profissional de saúde que o atende do que a indisponibilidade do profissional em interessar-se e responsabilizar-se pelo seu caso (MERHY, 1998). Essas situações não estão restritas a uma determinada rede de saúde, sendo percebidas tanto nos serviços públicos como nos serviços privados. Tal percepção coloca uma questão importante na crença de que a qualidade de um serviço de saúde pode ser obtida através da compra de planos privados. Há algum elemento na relação de prestação desse tipo

³ A lista pode ser encontrada em <http://www.ans.gov.br/portal/site/indexedereclamacoes/indexedereclamacoes.asp>

de serviço que não está garantida, mesmo no mais sofisticado dos planos oferecidos pelas operadoras.

A lógica empresarial que rege o funcionamento da prestação de serviços de saúde privados também se apresenta em sua dimensão gerencial nos serviços públicos, que adquirem modelos privatistas de gestão. A hegemonia da empresa privada como modelo organizacional eficiente e do mercado como mecanismo regulador atinge não apenas as estruturas como também a cultura das organizações estatais, afetando, assim, suas práticas. Nessa forma de organização, a busca por redução de custos, de material, assim como as exigências sobre o profissional de saúde, acabam por reduzir sua disponibilidade de escuta e limitam sua ação nos atendimentos.

Sob a égide do capitalismo, efeitos deletérios sobre a saúde da população foram produzidos devido à perda de certos valores considerados fundamentais para a coesão social (LUZ, 2004). A crise ética proporcionada por esse modelo econômico promoveu a “interiorização, para o mundo das relações socioculturais, de valores originados na racionalidade de mercado” (p. 10). As consequências desse processo são a competição, o individualismo, a busca pelo lucro, o consumismo e a produtividade. Esta, antigamente reservada apenas às máquinas, passou a ser uma exigência aos homens em seu trabalho, acarretando marcas para a relação de assistência à saúde. Não são infrequentes hoje em dia consultas de saúde – das mais diversas profissões – de curta duração e pouca escuta, provocadas pela necessidade de alcançar números de procedimentos.

Essas demonstrações de prejuízo à saúde, em decorrência da fragilidade e precariedade das relações na saúde intermediadas pelo mercado, reforçam necessidade de se pensar em valores que possam reconfigurar as relações a partir de outros paradigmas. No entanto, não se pode acreditar em saídas fáceis para problemas complexos. Esse é o entendimento, segundo Meade (1997), que Hannah Arendt manifestou de acerca de situações difíceis e multifacetadas que exigiam soluções rápidas. Podemos inferir, portanto, que a solução dos problemas da fragilização das relações no campo da saúde não poderia ser alcançada de maneira simples.

Elizabeth Meade (1997) afirma que Arendt já reconhecia, na década de 50 do século passado, que os valores da era moderna se transformaram em *commodities*. A atuação do mercado tornou bens e serviços que anteriormente não eram entendidos como mercadorias em artefatos consumíveis dentro de uma lógica de consumo. Nem mesmo os valores deixaram de sofrer esse processo. Ocorreu uma mudança na suficiência de um valor. “O termo ‘bom’ não

era mais absoluto e autossuficiente”⁴ para as pessoas (MEADE, 1997, p. 27, tradução nossa). O ‘bom’ incorporou a preposição ‘para’ (bom para alguma coisa, bom para alguma finalidade) e condicionou a bondade a uma finalidade específica, a qual frequentemente estaria relacionada a uma posterior recompensa, troca ou ganho. Assim, a comoditização dos valores foi uma consequência da predominância da lógica utilitária, que passou a colocar a finalidade das ações acima dos valores que poderiam inspirá-las.

Meade (1997), contudo, alerta para um perigo ainda maior do que a comoditização de valores:

A consequência mais trágica da mercantilização do valor, ou mais precisamente, a comoditização da moralidade, é subtrair o *self* de consideração. Uma vez que isso tenha sido feito, a ação autêntica, ação para a qual se está totalmente consciente e responsável, se torna impossível. Quando a moral e a ética são destiladas em regras e teoremas, definições e normas, eles apresentam um obstáculo para autêntica ação moral. (p.125, tradução nossa)

A retirada do *self* acabaria por extrair, portanto, aquilo que resta de humano e único em nossas ações. Arendt entende que atualizamos nossa diferença humana específica na atividade de pensar, e é através dela que construímos nossa singularidade (ASSY, 2008a). Esse pensar por si próprio, com nossas semelhanças e singularidades, é o que permite uma avaliação qualitativa da vida ética:

A nossa distintividade, o que nos torna seres humanos únicos, singulares, é a habilidade constante de criar, nas situações particulares e concretas um quem único. Ser capaz de promover uma resposta nova, que não os atributos que definem o que somos. Acarreta num salto ético. (ASSY, 2008a, p. 22)

A capacidade de responder de novas maneiras deve ser, portanto, tão grande quantas forem as diversidades de sensações que surgirem. Esse posicionamento – com o *self* no centro das decisões – implica uma aceitação ao diferente e um compromisso que nesta dissertação se inspira no princípio da integralidade, como exercício de práticas eficazes, que nos exigirá uma reconciliação entre ação e pensamento para sua construção (PINHEIRO; LUZ, 2007). Nesse sentido, as práticas de acolhimento, que se constituam em atitudes efetivamente acolhedoras, indubitavelmente tensionaram os modelos idealizados pelas matrizes de planejamento e organização dos serviços de saúde.

⁴ O texto em língua estrangeira é “The term ‘good’ was no longer absolute and self-sufficient”.

Na perspectiva dessas autoras, os modelos ideais pressupõem condições ideais para a execução das atividades prescritas, algo que sabidamente não ocorre no campo da saúde – não apenas pela dificuldade em fornecer estruturas e ferramentas de gestão apropriadas, mas também pela marca da subjetividade que faz da construção da demanda em saúde um desafio aos modelos racionalizadores, dentro dos quais o capitalismo atua para implementar o controle, com vistas à produtividade. Portanto, mais importante do que a discussão sobre os ideais desses modelos, é a localização das práticas que acontecem no cotidiano, as quais revelam racionalidades e valores presentes na sociedade, instituições e sujeitos.

A pesquisa sobre as práticas no cotidiano da assistência à saúde tem como elemento processual a ação. Esta pode ser compreendida como “um componente cultural que traduz uma certa forma de pensamento de uma dada cultura, ou melhor, de uma dada civilização, no nosso caso a ocidental” (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 3). As ações que são objeto de interesse desta dissertação contemplam aquelas que materializam, no cotidiano dos serviços, o princípio da integralidade, na oferta do cuidado.

O cotidiano também é um espaço privilegiado para esta pesquisa, pois é entendido como o “locus social onde se expressam não somente experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições” (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 12). Serão buscados no cotidiano os valores, as relações estabelecidas e as lógicas do funcionamento entre seus atores, uma vez que estes representam um “conjunto complexo de valores, representações, padrões culturais e práticas” (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 18) que apenas estarão disponíveis ao olhar daqueles que buscarem na práxis a efetivação de seus conteúdos.

A complexidade deste tipo de abordagem ocorre em função da própria característica da ação, que “sempre estabelece relações, e tem, portanto, a tendência inerente de romper todos os limites e transpor todas as fronteiras” (ARENDDT, 2012a, p. 238). Uma proposta de compreensão sobre esse importante elemento da vida prática do cotidiano da saúde não poderia, portanto, permanecer restrita ao campo das ideias, nem mesmo ficar limitada a enquadramentos fechados dos elementos observáveis. O desafio da tarefa coloca o próprio acolhimento como metáfora para o que será realizado do ponto de vista metodológico: lidar com a incomensurabilidade dos valores e a imprevisibilidade das ações.

Diante da aposta que é anunciada, contudo, não estamos sós: temos em nossa companhia a consciência de nossa condição no mundo, na qual dependemos dos outros e para

os quais temos responsabilidades. Essa postura, por sua vez, nos força a exercer o julgamento, aqui entendido como “o nexó entre a teoria e a prática, e a condição da possibilidade do pensar e do agir *without bannisters*. [É] por meio do juízo reflexivo que [...] [se] extrai e alcança as especificidades exemplares dos acontecimentos, uma universalidade de reflexão” (LAFER, 2003, p. 168).

Entretanto, o estudo sobre o uso do termo acolhimento revela que não apenas há uma enorme variedade de singularidades a serem acolhidas, mas também uma não menos diversa variedade de práticas e entendimentos sob o nome de acolhimento.

1. ACOLHIMENTO: SOBRE OS USOS E REPERCUSSÕES DE UM CONCEITO FERRAMENTA.

Uma primeira aproximação da produção nacional recente sobre acolhimento nas práticas de saúde revela uma diversidade de ações e significados atribuídos a esse termo. Alguns textos, como os produzidos por Mitre et al (2012) e Santos e Santos (2011), possibilitam uma visão temporal sobre as várias compreensões do acolhimento, pois concentram seus esforços em realizar revisões sobre essa literatura. Mitre et al (2012) lembram que no período de surgimento de uma rede de serviços do SUS eram grandes as dificuldades de acesso por parte da população aos serviços de saúde, e frequentes as queixas sobre a qualidade dos atendimentos. A herança do modelo previdenciário repercutia negativamente sobre a possibilidade de atender aos princípios de universalidade e integralidade assegurados pela constituição recém-aprovada. A fim de modificar esse panorama, em meados da década de 90, começaram a surgir experiências que buscavam modificar a forma de organização desses atendimentos. Algumas dessas experiências foram verdadeiras inovações nos modos de funcionamento dos serviços, pois demonstravam intensa conexão entre as tecnologias de cuidado e de gestão, ao considerar o usuário em uma posição central na construção do atendimento. O usuário, reconhecido enquanto sujeito, deveria “ser atendido e respeitado em suas necessidades”, provocando mudanças na organização dos espaços e do funcionamento das equipes (PINHEIRO e MATTOS, 2006, p. 16). Nesse contexto, apareceu o acolhimento, como um dispositivo com a capacidade de proporcionar “reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde, na retomada do acesso universal, no resgate da equipe multiprofissional e na qualificação das relações entre usuários e profissionais de saúde” (MITRE et al, 2012, p. 2072). Um exemplo desse momento inicial de práticas de acolhimento é relatado no texto de Franco, Bueno e Merhy (1999), sobre a experiência da cidade mineira de Betim. A partir de uma visão da micropolítica sobre o processo de trabalho em saúde (MERHY, 1997), os autores propõem o acolhimento como elemento que auxilia na inversão da lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, seguindo alguns princípios:

1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar

uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999, p.347)

Outras experiências de acolhimento, como a de Ribeirão Preto (CAMELO et al, 2000) continuaram acontecendo em diferentes cidades do Brasil, mostrando diversidades das inovações que buscavam modificar a organização do modelo de atenção à saúde. Mitre et al (2012) ressaltam, no entanto, que a maioria dessas experiências, como os exemplos citados, estava localizada na região sudeste do país.

A partir dessas atividades de implantação do acolhimento como dispositivo de mudança na organização do serviço, o SUS avançou. A efetivação de sua dimensão participativa, por sua vez, também trouxe colaborações. Na XI Conferência Nacional de Saúde, tensionamentos populares por atendimentos mais resolutivos, assim como de profissionais de saúde por melhores condições de trabalho, impactaram a elaboração de diretrizes para o SUS. Esta conferência, que teve como tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, apresentou em seu relatório diversas proposições que visavam a humanização dos atendimentos de saúde (BRASIL, 2002). A criação, no ano seguinte ao da publicação do relatório, da Política Nacional de Humanização (PNH), indica essa política como um provável efeito dessa participação.

A PNH buscou estabelecer-se enquanto política transversal no SUS, o que implicou

Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuário. (BRASIL, 2004, p. 12)

A construção dessa política partiu da observação da realidade dos serviços de saúde, entre eles, do acolhimento. Este era entendido e praticado nos serviços de saúde como um local (espaço físico da recepção) ou um momento (triagem, pré-atendimento). A PNH defendeu, entretanto, que

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de

intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. (BRASIL, 2006, p.18)

A elaboração dessa política também foi construída a partir das discussões que ocorriam sobre os serviços de saúde na época, como a reflexão do acolhimento como uma rede de conversação, proposta por Teixeira (2003). Para o autor, o acolhimento pode ser compreendido como um gesto receptivo acompanhado por um diálogo

que se orienta pela busca de maior conhecimento das necessidades de que o usuário se faz portador e dos modos de satisfazê-las, [...] [ciente] de que as nossas necessidades não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais definitivamente definidas. (p.103)

Percebe-se a permeabilidade que a PNH teve ao incorporar em suas diretrizes a discussão presente naquele momento, quando afirma que “a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado” (BRASIL, 2006, p.8).

A partir desta exposição sobre o desenvolvimento do conceito e de práticas de acolhimento em serviços de saúde no país, realizado com base em textos que tratavam de revisões de literatura (MITRE et al, 2012; SANTOS e SANTOS, 2011), é possível situar os debates que as publicações mais recentes sobre o assunto fazem, os colocando de uma maneira contextualizada. Afirma-se a pertinência de interrogar quais as questões que movimentam o acolhimento no debate atual, mais de duas décadas após o surgimento do SUS.

A despeito do tempo que essa discussão já acontece, parte das publicações que tratam do acolhimento apresenta noções próximas daquelas criticadas no início da discussão, que o equivalem ao local ou ao momento de recepção de pacientes. Estas representações do conceito de acolhimento são encontradas no texto de Brito et al. (2012), que qualificam como acolhimento o local que recebe pacientes oncológicos, enquanto Souza et al. (2011) associam o nome acolhimento ao grupo que recebe gestantes. Já Baraldi e Souto (2011) equivalem o termo ao primeiro momento do atendimento em uma Unidade de Saúde da Família, assim como Soares et al. (2010) o fazem em relação ao atendimento odontológico neste mesmo tipo de serviço de atenção básica.

Esses entendimentos refletem a opinião de profissionais da saúde sobre o tema. É o que nos revelam Pinheiro e Oliveira (2011), ao relatar uma pesquisa realizada com

odontólogos na Estratégia de Saúde da Família: “acolhimento apresenta-se mais relacionado como uma primeira etapa de organização do processo de trabalho no PSF, sendo associado, em muitos momentos, com a ideia de triagem” (p.196). Zanelatto e Dal Pai (2010), em entrevistas com profissionais de enfermagem, revelam que estes “demonstram não compreender sua abrangência, identificando o acolhimento apenas como uma parte do atendimento, destinada apenas a um local” (p. 358). Tesser et al (2012) confirmam os resultados destas pesquisas, ao afirmarem que em diversas situações no contexto dos serviços de saúde o acolhimento equivale ao pronto atendimento médico.

Essa percepção, no entanto, não é a única entre os trabalhadores da saúde. Muitos profissionais entrevistados nas pesquisas selecionadas revelam outras visões sobre o acolhimento. A ideia de uma abordagem holística ou de uma estratégia que beneficie a relação com o paciente é trazida por médicos anesthesiologistas pesquisados por Santos, Fernandes e Oliveira (2012). Pessanha (2011), a partir de entrevistas com profissionais de diferentes categorias (medicina, enfermagem, serviço social e psicologia) que atuam em um hospital de grande porte, destaca a escuta e o diálogo como atitudes reconhecidas como acolhedoras pelos profissionais em seu cotidiano de trabalho. A escuta também tem lugar privilegiado na concepção de acolhimento de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (JORGE, 2011). Pereira (2010), em entrevistas com profissionais de enfermagem que atuam na atenção básica, afirma que estes têm na competência técnica, no reconhecimento de singularidades, na solidariedade e na compaixão elementos constituintes da relação com o paciente. Silva e Tronchin (2011), por sua vez, relatam que a escuta e a atenção ao outro, dentro de uma postura profissional de empatia, são condições para o acolhimento na opinião de enfermeiros de um pronto-socorro infantil. Tais estudos retratam posições sobre o acolhimento alinhadas com as discussões que embasaram sua proposta de reorganização de lógicas de atendimento, como preconizadas na Política Nacional de Humanização. Algumas visões, contudo, restringem-se à dimensão do acolhimento como classificação de risco (DE CARVALHO TORRES et al., 2010; ULBRICH et al., 2010), sem abranger a sua dimensão ética, estética e política (BRASIL, 2006).

Ao reconhecer o usuário dos serviços de saúde como alvo do acolhimento, buscar sua opinião seria coerente com as diretrizes que o orientam esta prática. Pesquisa realizada com familiares e pacientes em uma unidade de terapia intensiva (UTI) indica que estes reconhecem ações de acolhimento como “uma dedicação a mais” por parte dos profissionais (MAESTRI, 2012, p. 79). Tal ideia faz alusão ao que há para além da técnica adequada para o

atendimento. A autora ainda relata que atenção, carinho e bom humor são atitudes percebidas como integrantes de uma ação acolhedora por parte da equipe da UTI. Para Ribeiro e Rocha (2010), uma postura do profissional é considerada acolhedora quando há bons índices de entendimento com os usuários, e estes se sentem à vontade para tirar dúvidas sobre suas situações de saúde. Brehmer e Verdi (2010), no contexto da atenção básica, relatam que, na visão dos usuários sobre o acolhimento, importa o “respeito ao ser humano, às suas demandas e sua fragilidade” (p. 3576). Segundo Queiroz et al (2010), adolescentes que passavam por internação hospitalar mencionaram a escuta, a atitude receptiva e a resolutividade como elementos importantes do acolhimento. De maneira distinta, a maioria dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde creditou à possibilidade de encaminhamento a outros profissionais (referências à especialidades) um bom acolhimento (FALK et al, 2010).

Diante de concepções que revelam variedades de práticas acolhedoras, as circunstâncias que as ensejam também são elementos que precisam ser compreendidos. Nos textos pesquisados, alguns pesquisadores revelam limites para a ocorrência do acolhimento. Scheibel e Ferreira (2011) destacam a predominância de modelos hegemônicos na atenção à saúde e na gestão como dificultadores dessas práticas. Os autores também apontam as limitações relacionadas ao trabalho, como número de profissionais, espaço físico no serviço e ausência de redes para referenciar o usuário. Já o processo de trabalho é destacado por Neves e Heckert (2010) e Costa et al. (2010), entendendo que o arranjo da equipe é necessário para a operação do acolhimento. Os elementos da estrutura física dos serviços também são identificados por Brehmer e Verdi (2010), assim como por Pinheiro e Oliveira (2011), como limitadores. Para estes últimos, a grande demanda por atendimentos tensiona a capacidade das estruturas dos serviços e dos profissionais para atendê-los com qualidade. Queiroz et al (2010) destacam, ainda, que as limitações estruturais forçam muitas vezes a própria possibilidade de acesso, condição para que ocorra o acolhimento. A dificuldade de acesso aos serviços, devido a sua organização, também é relatada como um problema pelos usuários (MACEDO et al, 2011).

Algumas das situações relatadas como problemas para a organização dos serviços de saúde, no entanto, sugerem que em sua origem estão os próprios usuários desses serviços, devido a sua suposta falta de conhecimento ou da maneira como requerem o serviço de saúde. Bellucci Junior e Matsuda (2012) relatam certa dificuldade colocada pelos usuários à mudança proposta pelo acolhimento em um serviço de emergência hospitalar, que passou a ocorrer com classificação de risco: “em razão do desconhecimento de como o sistema

funciona, a população reagiu com certa indignação” (p. 223). Dal Pai e Laurert (2011), ao relatar a reorganização do fluxo de atendimento em um pronto-socorro, penalizam-se com os “técnicos de enfermagem responsabilizados por ‘convencer’ os usuários que sua situação não é grave” e, portanto, teriam que se deslocar para outro ponto da rede para tentarem ser atendidos (p. 528). Vieira-da-Silva et al. (2012), em um estudo sobre a rede básica, revelam a crença por parte dos profissionais de saúde de que as longas filas para atendimentos eram causadas por características culturais da população. Dentro das opiniões dos trabalhadores de saúde, destaca-se ainda o artigo de Barros e Sa (2010). Os autores explicam que no entendimento de uma médica da USF pesquisada, “o modelo do PSF é o modelo que trabalha com a prevenção e promoção e eles [a comunidade] ainda não entenderam isso” (p. 2476). Essas situações podem nos sugerir um descomprometimento do profissional de saúde que está à frente da condução do fluxo dos atendimentos, culpabilizando o usuário pelo não funcionamento do acolhimento, e questionam se essas práticas estariam centradas no usuário – conforme a construção do conceito permitiu demonstrar – ou na execução de procedimentos. Situações em que o usuário é percebido como empecilho ao funcionamento de um serviço de saúde colocam em questão a própria razão do funcionamento de um serviço, pois afastam-se de uma suposta premissa de oferecer saúde à população.

A diversidade de formas como o acolhimento se efetiva nos cotidianos de saúde é coerente com as diversas maneiras de entendê-lo. A revisão de literatura evidencia que o acolhimento é tomado diferentemente (como local de atendimento, postura profissional, possibilidade de encaminhamento), e que essa diversidade de significados está presente não apenas entre usuários dos serviços de saúde, mas também entre seus profissionais. Como consequência da variedade de entendimentos sobre o que é o acolhimento, as percepções sobre suas limitações e potencialidades também é diversa. Alguns sugerem que seus limitadores são a estrutura física do serviço, enquanto outros afirmam que é a própria equipe de saúde (através de seu processo de trabalho). Ainda há os que indiquem que a chave é o usuário – tanto para responsabilizar-se por ele como para responsabilizá-lo pelo fracasso das ações de saúde. Esse panorama diversificado confirma que a prática do acolhimento conseguiu, efetivamente, transformar as práticas de saúde. Enquanto dispositivo⁵, o acolhimento operou modificações na organização dos serviços, para algo distinto do que

⁵ Na visão de Foucault, os dispositivos se mostram nos encontros com o poder, a partir do que este diz ou faz dizer, dos seus cruzamentos e das provocações de suas forças. Há uma correspondência entre o princípio de conhecimento e princípio de ação; o segundo sendo o efeito do primeiro. No sentido empregado no trecho é ressaltado, contudo, o dispositivo enquanto tecnologias de produção: aquilo que nos permite produzir, transformar, disparar processos (EIZIRICK, 2006).

acontecera antes de seu surgimento. Vale questionar, entretanto, se a forma como o acolhimento tem se efetivado no cotidiano da assistência à saúde corresponde aos princípios que ele está proposto a seguir. O acolhimento, enquanto proposta de mudança das práticas, as tem modificado em que direção? Algumas dúvidas podem ser colocadas, por exemplo, se o aumento do uso de informações e tecnologias acabou por burocratizar e influir negativamente sobre o acolhimento (MITRE et al, 2012), ou ainda promover o distanciamento entre o discurso dele e sua prática (BREHMER; VERDI, 2010). Como alternativa ao excesso de informação, Teixeira (2003) propôs o diálogo, a rede de conversa. Nessa interação talvez seja possível garantir aquilo que o acolhimento apresentou como característica original e inovadora: não atender a demanda espontânea sem simplesmente significar maior acesso à consulta médica, mas “servir de elo entre necessidades dos usuários e várias possibilidades de cuidado” (TESSER et al, 2012, p. 3620). Entretanto, tal postura significa estar investido de um senso de responsabilidade pelo outro, o que parece acontecer em algumas, mas não em todas as situações relatadas. Significa, portanto, estar sustentado por valores distintos daqueles organizados pela lógica mercantil.

O cenário das práticas relatadas nas pesquisas mencionadas carrega características da atualidade. O período atual, de busca por grande produção de procedimentos em função da mercantilização das relações na saúde tornou, em diversas situações, os procedimentos mais valiosos que os supostos beneficiários destas ações (MERHY, 1998). Vemos isso claramente quando o usuário é considerado o problema de uma situação de saúde a se resolver, ou quando ele insiste em não entender (ou aceitar) os protocolos que são aplicados baseados nos conhecimentos do profissional de saúde. Afinal, o que legitima uma determinada ação de saúde: o usuário – e suposto beneficiário desta ação – ou a estrutura de produção de procedimentos? Está presente, no ordenamento dos atendimentos de saúde, a noção de que o usuário recebe atendimento de saúde por sua condição de cidadão?

Essas relações contrastam com aquelas sustentadas por valores comuns – como os valores democráticos preconizados pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), que estabelecem o acesso a serviços de saúde como um pressuposto da cidadania – e que fomentam o respeito à alteridade como parâmetro de nossas ações. Elas estão amparadas em outra ordem de significados, em que o valor de algo está ligado a sua possibilidade de uso para algum fim, alguma utilidade que frequentemente costuma ser o acúmulo material. Apesar de sua força, essa não é a única lógica que funciona em nossa sociedade, mesmo nos tempos atuais. A existência de uma constituição nacional, lei que vale para todos os brasileiros,

estabelece algo comum para ser seguido. Ao delimitar direitos aos cidadãos de um país, coloca no plano do comum – daquilo que é compartilhado –, valores humanistas. Cabe, então, defendermos a posição que corresponde aos valores que possam colocar o homem – e não o acúmulo de riquezas – como o objetivo último das ações de saúde. Essa defesa requer não apenas uma crítica aos valores reconhecidos pela lógica do mercado – representados pelo utilitarismo – como também uma maior visibilidade sobre as alternativas existentes.

Nesse sentido, propomos situar a temática dos valores assumindo um posicionamento epistemológico de natureza teórica interdisciplinar. Isto porque abordar as questões concernentes a ideia dos valores existentes na sociedade ocidental contemporânea nos exige ampliar o leque de nossa discussão, de modo a incluir outros aportes conceituais coerentes com a natureza interdisciplinar do campo da saúde coletiva.

2. CUIDADO COMO VALOR: APROXIMAÇÕES FILOSÓFICAS SOBRE O CONSTRUCTO TEÓRICO PARA REPENSAR AS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO.

A construção do campo da saúde coletiva mostrou-se um caminho fértil de conhecimento a partir de sucessivas aproximações de diversas áreas. Nesse espaço, a filosofia conquistou um importante papel, subsidiando com conceitos e estratégias metodológicas pesquisas inovadoras, pois seus referenciais ousaram questionar alguns paradigmas hegemônicos no campo da pesquisa científica (LUZ, 2011). Com a proposta de seguir nessa direção, serão buscados alguns referenciais presentes nas obras de Hannah Arendt (2004, 2012a, 2012b), pensadora que resgatou clássicos da filosofia e ampliou a discussão sobre filosofia política. Karin Fry (2010), professora e pesquisadora do legado arendtiano, nos coloca que a obra de Arendt pode ser entendida como um sistema para a compreensão política. Esse sistema, por sua vez, apenas tende a abrir um diálogo, sem a pretensão de chegar a conclusões sobre o tema ou mesmo suprimir qualquer dissensão. As aproximações que serão realizadas – dos conceitos trabalhados por Arendt e o campo da saúde – constituem exercícios iniciais de construção de relações, uma vez que a autora não tinha este campo como o espaço de pesquisa. Entretanto, ao privilegiar o estudo da formação dos regimes totalitários (ARENDR, 1989), buscar saber o que o homem está fazendo (ARENDR, 2012a), quais suas responsabilidades com o mundo e com as outras pessoas (ARENDR, 2004), a pensadora fornece uma ampla reflexão que nos permite inferir algumas conexões com a saúde coletiva, pois as questões levantadas povoam os serviços de saúde e as relações que seus atores estabelecem.

Hannah Arendt (2012a), em sua obra *A Condição Humana*, relata o desenvolvimento histórico da existência humana, da Grécia Antiga até a atualidade. Esse desenvolvimento refletiu as formas como as possibilidades de vida humana foram condicionadas, tornando o homem da atualidade cada vez mais alienado e ausente da esfera pública. Nesta obra, Arendt articula três conceitos centrais, a partir dos quais pode ser caracterizada a ação humana – trabalho, obra e ação⁶. O diagnóstico que Arendt realiza a coloca em uma posição contrária à

⁶ Trabalho corresponde ao funcionamento do corpo e suas necessidades biológicas e fisiológicas, condições para a sobrevivência de nosso organismo. Obra é a atividade humana que proporciona a construção de tudo o que é artificial, transformando a natureza em artifícios que tornam mais complexa a vida na Terra. A Ação acontece entre os homens, sem a necessidade de mediação de coisas ou artifícios, e corresponde a condição humana da pluralidade. Estes três termos já foram traduzidos em edições anteriores como *labor, trabalho e ação*. Optou-se

uma visão utilitarista, cujo legado repercute no modo como a sociedade capitalista contemporânea se organiza e imputa valores inerentes a sua constituição: o legado utilitarista.

2.1 Do legado do utilitarismo: o “descuido” como valor

As relações que são estabelecidas hoje na sociedade apresentam a marca de nosso tempo. Se nosso tempo apresenta-se caracterizado por um sistema auto regulável de mercados, em que a economia é direcionada pelos preços que esses mercados apresentam, as relações das pessoas entre si e com instituições também carregam essa marca em suas constituições (POLANYI, 2000). A compra de mercadorias e serviços é orientada pelo valor atribuído a esses elementos; e essa construção está sujeita à ‘mão invisível’⁷ do mercado. Nesse sistema de valores orientados pela acumulação, não se distinguem as características dessas atividades: pouco importa se são alimentos ou joias; serviços de manobristas ou atendimentos médicos. Todos carregam essa sobredeterminação que a busca pelo lucro e aumento de capital proporcionam, orientando os preços de objetos, de serviços e de profissionais, assim como influenciando ações governamentais.

No campo da saúde, “o domínio crescente de uma medicina mercantil e utilitarista [...] vem comprometendo seriamente [...] as perspectivas da medicina como um direito universal de todos os cidadãos, independente de origem social, nacional, étnica ou de gênero” (MARTINS, 2003, p. 31). Essas mudanças promovem, de acordo com o Martins (2003), uma desumanização (ou tecnificação) do sistema como um todo, e atingem as práticas de cuidado, ao interferirem na forma como se estabelecem as relações entre médico e paciente.

Muitas das inovações que surgem nesse campo são realizadas em nome de interesses dos grupos privados deste ramo, assim como a indústria farmacêutica e a “nova burguesia médica” (MARTINS, 2003, p. 32). O direcionamento de financiamentos para pesquisas passam a privilegiar em suas escolhas a rentabilidade econômica, em detrimento do potencial

pela nomenclatura mais atualizada e fiel à tradução da língua alemã, presente na 12ª edição de A Condição Humana (ARENDR, 2012a), assim como em Lafer (2003).

⁷ Termo criado por Adam Smith (SMITH; CANNAN, 1983) para designar o aparente funcionamento coordenado das relações entre os sujeitos dentro de uma economia de mercado, apesar da ausência de uma entidade formal que o controle.

de melhoria das condições de saúde da população. São transformados, desta forma, os interesses privados em preocupações públicas. Nas palavras de Arendt (2012a):

Logo que ingressou no domínio público, a sociedade assumiu o disfarce de uma organização de proprietários, que, ao invés de requererem o acesso ao domínio público em virtude de sua riqueza, exigiram dele proteção para o acúmulo de mais riqueza (p. 83).

As características das relações de consumo de mercadorias e serviços mencionadas expressam os atributos do modo liberal de organizar um sistema econômico. O liberalismo que encontramos vigente nos dias atuais apresenta essencialmente as mesmas características daquele defendido por Adam Smith, ainda no século XVIII. O economista e filósofo escocês acreditava que a liberdade de buscar riquezas era condição para o progresso (DENIS, 1978). Em uma época de ideais positivistas, o progresso (tecnológico, econômico) era algo a ser alcançado, ainda que se admitisse a resignação diante da injustiça social que se via surgir como consequência desse modelo. O liberalismo difundiu-se dessa maneira, defendendo a não intervenção na forma como a economia acontece, permitindo que a regulação do mercado – assim com os valores das mercadorias – ocorresse exclusivamente pela lei de oferta e procura. Smith, ao descrever as condições do liberalismo, estabeleceu dois sentidos para o valor de algo: a utilidade de um objeto particular (valor de uso) e a faculdade que a posse de um objeto oferece de trocá-lo por outras mercadorias (valor de troca). O primeiro desses sentidos – valor de uso – foi também conhecido como a “utilidade social da mercadoria” (DENIS, 1978, p.199).

Discípulo de Adam Smith e convencido do pensamento liberal (DENIS, 1978, p.233), Jeremy Bentham desenvolveu sua obra a partir da teoria do direito natural, e formou uma escola de pensamento baseada no princípio de utilidade. Para o autor, esse princípio deve ser entendido como “aquele que aprova ou desaprova qualquer ação, segundo a tendência que tem a aumentar ou diminuir a felicidade da pessoa cujo interesse está em jogo” (BENTHAM, 1989, p. 4). Tal princípio também se aplica aos atos de funcionários do governo, que devem visar a felicidade maior de todos. A escola utilitarista, fundada por Bentham, propôs que as ações humanas pudessem ser antecidas de cálculos dos prazeres e dores que suas consequências proporcionariam. Nessa conta, intensidade, duração, certeza e proximidade no tempo são variáveis a serem consideradas a fim de seguir o princípio de utilidade (também conhecido como princípio da maior felicidade) para a maioria das pessoas.

Seguidor de Bentham, John Stuart Mill (pensador que viveu durante o século XIX) continuou o desenho dessa teoria, que aportava contornos de uma normativa ética das ações a

partir de cálculos de suas consequências. Mill reconhecia no princípio da utilidade um importante papel na formação de doutrinas morais. Para ele, “as ações estão certas na medida em que elas tendem a promover a felicidade e erradas quando tendem a produzir o contrário de felicidade” (MILL, 2000, p. 30). Felicidade, para Mill, consistia na presença de prazer e ausência de dor, enquanto a infelicidade seria seu contrário: dor e privação de prazer.

A ideia do utilitarismo já foi associada a teorias metaéticas, psicossociais, e analítico-explicativas. Direcionadas a essa escola também surgiram inúmeras críticas aos seus fundamentos. É necessário, no entanto, estabelecer o contexto em que as críticas ocorrem, uma vez que esse termo, “ao longo do tempo, assumiu uma notável variedade de significados” (BOBBIO, 1993, p. 1274). O desenvolvimento do utilitarismo clássico, de Bentham e Mill, aproximava-se de um sistema de ética normativa, e constitui o uso mais comum do conceito. Nesse sentido, defende que “a justificação moral de uma ação depende de sua utilidade, ou seja, do valor das consequências a ele conexas” (BOBBIO, 1993, p. 1275). Essa posição difere de doutrinas deontológicas, para as quais a justificativa de uma ação depende menos – ou não depende – das consequências, mas da motivação do agente ou de sua conformidade com certas normas postuladas como válidas independentemente do que for gerado como consequência (BOBBIO, 1993). A posição de Arendt é de crítica ao critério de utilidade. Para a autora,

A perplexidade do utilitarismo é que ele é capturado pela cadeia interminável de meios e fins sem jamais chegar a algum princípio que possa justificar a categoria de meios e fins, isto é, a categoria da própria utilidade. O ‘a fim de’ torna-se conteúdo do ‘em razão de’; em outras palavras, a utilidade instituída como significado gera a ausência de significado. (ARENDDT, 2012, p. 192)

Não haveria, portanto, como localizar um final nessa cadeia de fins e meios, pois não há como evitar que um fim se transforme em um meio para alcançar um próximo objetivo. A saída para essa interminável sequência seria, para Arendt, “declarar que determinada coisa é um fim e si mesma” (ARENDDT, 2012a, p. 192). De acordo com Martins (2009), o cálculo utilitário das ações tem um caráter egoísta, “em detrimento de valores de solidariedade e de mutualidade” (p. 25). O autor ainda acrescenta, ao afirmar que “a sociedade, como um sistema de ação complexa, submetida a pressões diversas, individuais e coletivas, não pode ser concebida como um mero produto de ações calculistas e individualistas” (p.27).

Ainda que estivesse submetido a um formato de cálculos das consequências, Mill reconhece, entretanto, que alguns tipos de prazer são “mais desejáveis e mais valiosos que

outros” (MILL, 2000, p. 31). Esse reconhecimento caminha em direção às críticas que o utilitarismo recebeu: ser excessivamente impessoal e não reconhecer as diversidades que constituem os ideais de felicidade para cada pessoa, em cada época, em cada local. Caillé (2000) aponta uma importante diferença na interpretação do utilitarismo, que em um primeiro momento – apoiado na obra de Bentham – afirmava-se enquanto uma doutrina na qual os únicos interesses que direcionava as ações eram egoístas; para um segundo momento – baseado em Mill – em que o altruísmo se tornava obrigatório. É com base na lógica predominante utilitária do mercado, que privilegia interesses egoístas, que as maiores críticas a essa doutrina são colocadas.

Enquanto uma manifestação do naturalismo⁸, o utilitarismo pensa o indivíduo como desvinculado de suas fontes morais. Os valores que poderiam embasar motivações para ações não são considerados, como se a constituição dos sujeitos ocorresse independente de um meio social, e até mesmo de outros indivíduos. Taylor (2000) é um dos pensadores que realiza essa crítica. Ao mapear a genealogia do *self* moderno, ele demonstra como a ideia de agência humana é arbitrária e contingente. Não seria possível, portanto, estabelecer prazeres universalmente desejados em todos os momentos. Retira-se, dessa forma, a uniformidade dos fundamentos que direcionariam as ações humanas, abalando o argumento utilitarista que sustentaria um cálculo dos prazeres.

Essas críticas caminham em direção a alternativa apontada por Arendt (2012a), de recuar para a subjetividade do próprio uso, porque apenas dessa forma seria possível escapar da ausência de significado da filosofia estritamente utilitária. Uma vez que as regras gerais que motivam e condicionam a ação não podem ser aplicadas para uma diversidade de singularidades, apenas a atenção ao que se pode reconhecer como significado específico em cada indivíduo poderia dar conta de explicar cada ação. Para a autora,

só em um mundo estritamente antropocêntrico, onde o usuário, isto é, o próprio homem, torna-se o fim último que põe fim à cadeia infindável de meios e fins, pode a utilidade como tal adquirir a dignidade da significação. (ARENDR, 2012a, p. 193)

O encontro com as singularidades, contudo, nunca é desprovido de valores *a priori*. As constituições de cada sujeito que irá compor essas relações trazem os valores que eles

⁸ O naturalismo é uma corrente de pensamento que entende que são as leis naturais que regem a estrutura e o comportamento do universo. Aplicado à ciência, afirma que o método científico é a única maneira confiável de investigação (ARANHA; MARTINS, 2003). A difusão da teoria utilitarista está associada, portanto, ao momento de emancipação do pensamento iluminista moderno, e é assim interpretada como um lado ‘bom’ da modernidade (MARTINS, 2009, p.26)

entendem verdadeiros. Apesar de admitirmos uma grande variedade de valores coexistindo nos encontros possíveis no mundo, há que se reconhecer que no campo da saúde alguns desses valores podem se apresentar como potentes ferramentas de produção de sentidos amplos de vida.

Este entendimento também está alinhado com a premissa de que as relações no campo da saúde não podem manter a mesma lógica de empresas que buscam apenas conseguir o maior lucro possível a seus acionistas (GARDNER et al, 2004). Quando a saúde está em pauta, a definição política sobre seu funcionamento deve estar comprometida, portanto, com uma “direção ética e humanista” (SILVEIRA, 1988, p. 223). Movimentos nesse sentido estão surgindo a partir da própria crítica à desumanização que ocorre no setor, a qual acaba por promover uma reação inversa, de reumanização das práticas (MARTINS, 2003). Estas, por sua vez, apenas se efetivam “mediante o entendimento e a abertura ao outro como legítimo, numa relação que se produz quando consideramos suas diversas formas de ser, seus saberes e necessidades.” (BARROS, 2008, p. 284). Essa construção, que ocorre nos encontros, sempre é coletiva, pois remete ao que será construído em conjunto com o outro. Portanto, para dar conta dessa tarefa, o trabalho em saúde deverá ser realizado por equipes que estejam dispostas a construção de valores comuns, tendo o Cuidado como Valor enquanto orientação ética de suas práticas.

2.2 Do trabalho em saúde: a equipe buscando afirmar o cuidado como valor

O trabalho na saúde requer o encontro com a face humana em todas suas dimensões. Aqueles que sofrem, males físicos ou psíquicos, reconhecem sua própria fragilidade ao ter que buscar no outro – o profissional de saúde – amparo para sua dor. Os profissionais que os recebem, encontram o tempo todo, além das questões de saúde daqueles que os procuram, os limites de sua própria atuação. Não há tecnologia, transformada em técnica ou equipamento, capaz de dar conta da complexidade de lidar com a vida humana. Portanto, o apelo que essa constatação provoca é por algum movimento que valorize a vida e a reconheça enquanto finalidade última das ações de saúde. Arendt (2012a) traduz essa importância da seguinte forma:

“Se o homem como usuário é o mais alto de todos os fins, ‘a medida de todas as coisas’, então não somente a natureza [...], mas as próprias coisas ‘valiosas’ tornam-se simples meios e, com isso, perdem seu próprio ‘valor’ intrínseco” (p.194). É dado, assim, o merecido destaque para o indivíduo como finalidade das ações humanas, nas quais estão colocadas também as ações que ocorrem no campo da saúde.

A articulação dessas ações requer um arranjo de indivíduos que irão trabalhar em equipe para fornecer saúde. No entanto, um conjunto de profissionais, ainda que disponham de formações consistentes em diversas áreas do conhecimento reconhecidamente úteis para a saúde, não garante que o cuidado gerado por essa justaposição de trabalhadores seja alinhado com o princípio da integralidade. Nem mesmo a sequência dos atendimentos dentro de uma equipe garante aos usuários que seu cuidado será contínuo, pois, apesar de diferentes profissionais e procedimentos compondo as práticas de assistência, estas podem estar compondo um trabalho fragmentado, não comprometido com um cuidado integral (GOMES et al, 2010). A articulação desses profissionais – com seus diversos saberes e práticas – consiste no maior desafio para o funcionamento desse conjunto de trabalhadores, uma vez que o cuidado integral requer a atenção ao aspecto processual do trabalho dos profissionais, significando mais do que a simples soma dos procedimentos específicos de cada categoria profissional.

Louzada et al (2007) afirmam que essa processualidade, característica do trabalho em equipe, pode ser alcançada quando estas ações estiverem direcionadas por “um princípio, uma postura ético-política capaz de guiar as práticas em saúde no sentido da defesa da vida, da potencialização dos coletivos, da valorização dos espaços públicos” (p. 38). Essa superação da fragmentação pode ser obtida, de acordo com Gomes et al (2009), quando o trabalho em equipe ocorre como em uma orquestra, em que diferentes conhecimentos, técnicas e ações concorrem para um trabalho em harmonia. Nas palavras dos autores, “é o agir em concerto desses profissionais, respeitando suas especificidades e responsabilidades que garante a execução da sinfonia” (p. 110). Responsabilidade que, no campo da saúde, consiste em uma responsabilidade moral, ainda que o materialismo contemporâneo queira lhe atribuir caráter penal ou civil (MEYER, 2002). Utilizando a metáfora da orquestra, podemos afirmar que a harmonia e a bela execução da tarefa ocorrem quando a partitura, compartilhada pelos profissionais, apresenta em comum, para todos os instrumentos, valores que coloquem a vida como o bem maior a ser cuidado por todos.

O compartilhamento desse valor é fundamental para lidar com uma característica do trabalho em saúde: a necessidade de criar novas formas de cuidado que não estavam estabelecidas à priori, ou mesmo de inventar novas normas e protocolos, a partir das diferentes situações que podem surgir nos serviços de saúde. Essa necessidade é justificada pelo fato de que o trabalho em saúde é “corporificado por sujeitos reais, em face de situações reais, marcadas pela imprevisibilidade” (LOUZADA et al, 2007, p. 41). São as renormalizações – criação de novas formas de agir diante da inadequação das normas antecedentes – que irão efetivar, portanto, o princípio de integralidade no cuidado em saúde. Entretanto, essas invenções de novas regras não ocorrem por atitudes isoladas de profissionais, pois é necessário que exista um terreno coletivo – uma equipe – capaz de atribuir a elas novas significações. Esse constante processo de normalização ocorre através da consolidação dos valores caros ao coletivo de trabalhadores, e é uma exigência para a efetivação da integralidade (LOUZADA et al, 2007).

Essas normas antecedentes e esses valores dimensionáveis marcam o trabalho em saúde: os códigos, as regras, os protocolos, os saberes corporativos, a relação de quanto cada usuário custa ao serviço, as metas esperadas pelo serviço, impregnam, norteiam os espaços de atuação. Mas não são suficientes. Cada ator ressignifica as normas antecedentes e os valores dimensionáveis. Cada um escolhe, o que não significa solidão do agir, uma vez que essa escolha está pautada nas normas antecedentes que são produção coletiva. Reinventa os códigos, em nome de valores não-prescritivos, não-dimensionáveis. (LOUZADA et al, 2007, p. 45/46)

Os valores comuns assumem, portanto, um papel central na ordem das renormalizações, assim como as partituras que traduzem a mesma sinfonia aos diversos músicos da orquestra (GOMES et al, 2010). Essa orquestração do trabalho não ocorre, contudo, isenta de conflitos, pois a ruptura de valores tradicionais no campo da saúde, como a hierarquia entre profissionais e a divisão de procedimentos é tensionada em nome de uma direção ética. O debate que ocorre entre as normas antecedentes e os valores que proporcionarão a subversão delas fazem parte, portanto, do trabalho de uma equipe comprometida com valores comuns, entre os quais está o reconhecimento da vida humana como um importante valor não dimensionável (BONALDI et al, 2007).

No campo das políticas sociais, reconhecer o homem como objetivo das políticas gerou alguns avanços no campo da saúde no Brasil. O estabelecimento da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), em que a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado, modificou uma forma de entender o beneficiário dos serviços

de saúde no país. Não apenas aqueles que participavam do mercado de trabalho – como acontecia no modelo previdenciário anterior ao SUS – teriam direito a assistência à saúde, mas todos os brasileiros, por sua condição de cidadãos. Essa passagem, de reconhecer o direito de quem participa do mercado de trabalho para reconhecer o direito de cidadania, revela valores que coletivamente puderam ser sustentados a partir de sua carta constitucional. É possível pensar em alguma relação entre o reconhecimento de direitos comuns a uma população com aquilo que Hannah Arendt destaca como o erro básico de todo materialismo em política: “ignorar a inevitabilidade com que os homens se desvelam como sujeitos, como pessoas distintas e singulares” (ARENDR, 2012a, p. 229). Os direitos de cidadania, conquistados pelos indivíduos na condição de sujeitos, revelam a presença de valores comuns na sociedade e contrastam com a lógica do funcionamento do mercado, no qual apenas aquilo que está à serviço do lucro tem espaço.

A afirmação desses valores, no entanto, ocorre no campo das práticas de saúde. A cidadania reconhecida em lei orienta a organização do sistema de saúde, assim como oferece linhas gerais sobre o modo de funcionamento dos serviços. Trata-se de um respaldo legal fundamental para que certos direitos possam ser exercidos. Contudo, os valores também são expressos nas atitudes cotidianas, e a peculiaridade do campo da saúde exige que esses valores atuem constantemente, em função dos muitos interesses comerciais presentes nesse campo e da fragilidade da vida que está sempre em questão no cuidado em saúde.

Afirmar um valor ético-político, com o compromisso de afirmar a saúde como um bem comum ao viver, significa confirmar um estatuto legal já estabelecido na constituição brasileira, que tem o direito a saúde como uma questão de cidadania. Ou seja, seu significado também poderá consistir em cuidar para que sua efetivação ocorra no cotidiano, local em que convivem lutas e interesses e distintos – como a valorização da vida e a lógica utilitarista. Isto porque é no dia a dia dos serviços de saúde que precisamos nos presentificar alinhados com os valores que julgamos importantes. Caso contrário, corre-se o risco de, por desconhecimento ou omissão, atuarmos de acordo com éticas alheias a esses valores que consideramos importantes.

O valor que elejo imprescindível para uma prática de saúde alinhada com o direito humano a saúde é o Cuidado como Valor. Penso que o cuidado entendido dessa forma oferece elementos importantes para a compreensão do acolhimento como fonte de saberes e práticas de saúde na afirmação da vida. Contudo, esse valor só terá sentido no momento em que se transformar em práticas. Não se trata apenas de uma alternativa aos valores imputados pelo

utilitarismo, ou de um desprendimento de questões de mercado, mas de uma possibilidade de contribuir para a transformação de uma ética, capaz de influenciar as relações com a técnica e de cuidado que possibilitem a melhora da atenção à saúde.

A partir do momento em que se reconhece a presença de modos de guiar a vida não direcionados pela ética utilitarista, pode-se lutar por uma reformulação de práticas ancoradas nessas bases. As práticas que se estabelecem no campo da saúde, ao lidarem com a fragilidade da vida e o sofrimento humano, exigem que valores inspirados pela vida, pelo respeito à diferença e pela solidariedade sejam noções estruturantes das ações (LUZ, 2004). O campo da saúde, em particular, requer um imperativo ético com um caráter socializante (PINHEIRO, 2010). Defendemos o entendimento de que o trabalho em equipe nesse campo deve ter a função primordial de reintegrar o pensar e o agir na saúde, a partir da ideia do Cuidado como Valor dos valores do direito humano a saúde, na medida em que “ênfatiza o diálogo, a reflexão e a crítica responsável sobre as questões que nos inquietam e nos desassossegam em nossas atividades, na pesquisa, no ensino e nos serviços” (PINHEIRO, 2010, p. 19). Se nos angustiamos diante de situações de descaso, de omissão e de desrespeito, essa noção surge como uma fonte de reflexão sobre essas situações, de modo que se coloque o trabalho em equipe como potência de transformar realidades, ultrapassando, assim, a o caráter queixoso que comumente surge ao lidar com frustrações no trabalho.

De acordo com Pinheiro (2010), a prática guiada pelo Cuidado como Valor dos valores do direito humano a saúde não se limita a ideia do cuidado como nível de atenção, procedimento técnico específico ou conduta assistencial simplificada. A breve revisão sobre as práticas de acolhimento demonstra isso, pois as situações relatadas ocorrem em diversos espaços, com diferentes pessoas e de variadas maneiras. A permanente reflexão que esse alinhamento ético exige faz com que a noção do Cuidado como Valor expresse mais do que um valor único, replicável em qualquer momento ou lugar. Suas ações serão diversas, pois seu valor “está intrinsecamente ligado à constituição de sentido” (PINHEIRO, 2010, p.32). Estes sentidos serão abertos no encontro mais pleno com o outro, a partir de “um ethos de cuidado, [...] [uma] ética definidora de práticas e identidades” (DESLANDES, 2010, p. 392).

Para Pinheiro (2010), o *ethos* do Cuidado como Valor é a “responsabilidade, pois se aninha à visibilidade e ao sentimento de pertencimento público, aos quais valores são atribuídos e corporificados” (p. 32). É a demonstração de que a construção de sentidos de uma prática cuidadora está amparada no encontro com o outro, e no respeito a alteridade. Esse cuidado se presentifica, ainda segundo a autora, no “agir responsável, e, por isso, como

experiência do mundo vivido” (PINHEIRO, 2010, p. 27). Implica, portanto, uma noção de responsabilidade coletiva, que “consiste no desenvolvimento de uma capacidade de se deixar afetar por aquilo que é público, ou seja, exige um agir desinteressado diante do outro”, assim como o “cultivo de sentimentos públicos no cotidiano das práticas dos sujeitos” (PINHEIRO, 2010, p. 30).

Uma vez que sua efetivação ocorre na prática, nos contextos em que os sentidos dependerão dos sujeitos envolvidos, a dimensão da experiência torna-se fundamental.

Desprezar a experiência humana como fonte de valores éticos impõe-nos redefinir nossas ações como um processo dinâmico de (re)contextualização da vida em sociedade, pois é a partir dela que construímos e reconstruímos o mundo que habitamos. (PINHEIRO, 2010, p. 24)

O cotidiano é, assim, entendido como o espaço público capaz de visibilizar as relações intersubjetivas entre os sujeitos em ação, permitindo expressar as afetações provocadas pelo contato com a alteridade. Essas relações expressam sentimentos de pertencimento público, de responsabilidade com o comum, de uma ética de cuidado. Refletir sobre essas relações exige que pensemos sobre as experiências concretas de (des)cuidado, como as que ocorrem nos espaços dos serviços de saúde. Essa reflexão, por sua vez, deve estar embasada em categorias conceituais que dialoguem com essa ideia de Cuidado como Valor.

Na esteira da discussão sobre conceito de Cuidado como Valor no âmbito das práticas de saúde, será requerida a utilização de ferramentas de análise alinhadas com determinado posicionamento epistemológico, coerente com a visão de mundo adotada pelo pesquisador, assim com a natureza do campo de conhecimento inserido – neste caso, da saúde coletiva. A construção dessas ferramentas de análise deve demonstrar, portanto, certo engajamento com os valores que estão auxiliando a refletir. É a partir desse entendimento que são consideradas como possibilidades na operação da discussão as categorias Responsabilidade e Julgamento, baseadas nas obras de Hannah Arendt (2004, 2012a, 2012b). O pressuposto comum às categorias mencionadas é o de que a vida acontece em coletividade, na qual não somos indivíduos isolados dos outros, pois dependemos deles para nossa constituição enquanto sujeitos. A importância atribuída às relações entre os homens, por sua vez, faz com que tenhamos uma concreta parcela de responsabilidade com as pessoas e com o mundo, pois, como afirma Arendt (2012a), “Nenhuma vida humana [...] é possível sem um mundo que [...] testemunhe a presença de outros seres humanos” (p. 31). Entretanto, esta mesma presença de

outros seres humanos, que permite nossa constituição psíquica, também é disparadora de uma importante questão para a filosofia.

Nesse sentido nos parece pertinente destacar a ideia de contrato como forma de normatizar as regras de convívio social entre os membros do Estado. A preocupação com uma sociedade em que todos os indivíduos lutariam – uns contra os outros – pelos seus interesses particulares, numa disputa pela sobrevivência, é antiga na filosofia. Tal estado de natureza foi o ponto de partida de diversos pensadores para estabelecer formas como o homem poderia se estabelecer enquanto indivíduos membros de um Estado, preocupados com questões relativas à coletividade. O contrato foi a solução mais frequente encontrada para solucionar esse problema, seja por uma questão de prudência (HOBBS, 2003) ou como um postulado da moral – para Kant e Fichte (HONNETH, 2003).

Arendt (2012a) indica que a preocupação da obra de Hobbes, ao apontar o contrato como solução à problemática do convívio entre os homens, estava em uma necessidade anterior, pré-política e de origem privada. Não havia sido, portanto, uma demanda da esfera pública a instituição de um contrato social. Axel Honneth (2003) retoma essa questão: como, em uma situação social marcada por relações de concorrência recíproca, o homem chegou um dia a uma ideia de direitos e deveres intersubjetivos? Ele diverge, no entanto, da visão monológica de indivíduo, fundada pela teoria contratualista e que constitui um dos pilares do utilitarismo. Para o autor, mesmo antes do estabelecimento do contrato já havia – e este só foi possível por essas condições – relações ancoradas em um acordo intersubjetivo, com algum padrão moral. Arendt (2012a) já havia argumentado que “o simples fato de Adam Smith introduzir a ‘mão invisível’ a guiar as transações econômicas mostra que as relações de troca envolvem algo mais do que a mera atividade econômica” (p. 232).

Essa ideia encontra apoio no texto *Ensaio sobre a Dádiva*, de Marcel Mauss (2003). Ao estudar a vida social de sociedades primitivas, ele percebeu traços de obrigações morais nas relações entre tribos que não estavam submetidas a contratos. Tais obrigações estavam associadas a trocas entre tribos e indivíduos e podem ser sintetizadas da seguinte forma: ao dar um objeto, obrigava-se aquele que recebia a retribuir com algum outro objeto de maior valor a um terceiro, em uma próxima transação. Essas trocas envolviam por vezes rituais, festas e cerimônias, e foram percebidas em sociedades de diversos locais do mundo, como Melanésia, América do Norte e Oceania. Ao não se enquadrarem em um contrato comercial, tais trocas também escapavam de uma economia utilitarista de objetos, visando à recompensa

ou ao lucro nas transações. Tais modificações na economia só ocorreram posteriormente, como afirma o próprio autor:

Foram os romanos e os gregos [...] que inventaram a distinção dos direitos pessoais e dos direitos reais, separaram a venda da dádiva e da troca, isolaram a obrigação moral e o contrato, e sobretudo conceberam a diferença entre ritos, direitos e interesses [...] por uma verdadeira, grande e venerável revolução, ultrapassaram uma moralidade envelhecida e uma economia da dádiva demasiado incerta, demasiado dispendiosa e suntuária, atulhada de considerações pessoais, incompatível com um desenvolvimento do mercado, do comércio e da produção, e, no fundo, na época, antieconômica. (MAUSS, 2003, p. 276)

O reconhecimento pelo autor (ainda no início do século XX) da característica ‘ultrapassada’ da economia da dádiva não significa que ela não ocorra ainda nos dias atuais. Essa moralidade – como a moral que Axel Honneth (2003) demonstrava nas relações anteriores ao contrato – sempre esteve presente. Foi sua oposição ao desenvolvimento de um mercado e de uma economia liberal, contudo, que a deixou menos aparente, em meio às mais vistosas e espetaculares relações comerciais que visam ao lucro e a interesses utilitaristas. De acordo com Arendt (2012a), os próprios teóricos liberais lançaram mão de supor a existência de um único interesse da sociedade, apenas direcionado para o fim que lhes aprazia: “uma mão invisível que guia o comportamento dos homens e produz a harmonia de seus interesses conflitantes” (p. 53).

Um aumento de visibilidade sobre moralidades não utilitárias pode contribuir na construção de padrões de relação um pouco menos submetidos à acumulação financeira. Apesar de pouco visíveis, é possível resgatá-las mesmo em um mundo cada vez mais mercantilizado, em que as relações estão submetidas ao capital.

O autor francês Georges Bataille faz uma releitura do texto de Marcel Mauss reconhecendo que o objetivo da humanidade nas transações não seria a acumulação, mas a sim a despesa ou destruição dos bens e da riqueza. Para o autor, “A dádiva deve ser considerada como uma perda e assim como uma destruição parcial, sendo o desejo de destruir remetido em parte para o donatário” (BATAILLE, 1975, p. 35). A realização de operações deficitárias, a fim de dissipar riquezas, provocaria, portanto, o movimento que anima a energia na Terra. Tais situações são ilustradas, na história, por demonstrações de grandes prejuízos e destruições admitidos pelos países, como nas guerras e nos gastos com o luxo. É possível ainda hoje reconhecer Estados que possuem, em suas despesas nacionais, grande parcela de gastos com a indústria bélica; assim como outros que mantêm no luxo boa parte da dissipação de suas receitas. Em *A Condição Humana* é apontado um exemplo da posição

defendida por Bataille, quando Arendt (2012a), ao argumentar sobre a recuperação alemã após a Segunda Guerra Mundial, não apenas destaca o papel da produção bélica para a prosperidade financeira, mas reconhece o

fenômeno comum e excêntrico de que a prosperidade está intimamente conectada com a ‘produção inútil’ dos meios de destruição, de bens produzidos para serem desperdiçados, seja porque são utilizados para a destruição – e esse é o caso mais comum –, seja porque são destruídos assim que se tornam obsoletos. (ARENDR, 2012a, p. 315)

A distinção da leitura de Bataille aponta para a existência de uma outra lógica não determinada pela acumulação: “O benefício não corresponde de modo algum ao desejo de ganho. Em sentido oposto, o receber incita – e obriga – a dar mais, pois, por fim, é necessário suprimir a obrigação que daí resulta” (BATAILLE, 1975, p. 108).

O reconhecimento de outros valores que possam estar presentes na sociedade, orientando as ações humanas – para além daqueles cujo objetivo é a acumulação – também é feito por Karl Polanyi (2000). A defesa que o autor faz de uma regulação da economia, contrastando com ideias liberais, é uma demonstração disso. Polanyi afirma que o modo de economia dirigida exclusivamente pelos preços de mercado produz efeitos deletérios na sociedade:

Permitir que o mecanismo de mercado seja o único dirigente do destino dos seres humanos e do seu ambiente natural, e até mesmo o árbitro da quantidade e do uso do poder de compra, resultaria no desmoronamento da sociedade. Esta suposta mercadoria, a ‘força de trabalho’, não pode ser impelida, usada indiscriminadamente, ou até mesmo não utilizada, sem afetar também o indivíduo humano que acontece ser o portador dessa mercadoria peculiar. Ao dispor da força de trabalho de um homem, o sistema disporia também, incidentalmente, da entidade física, psicológica e moral do ‘homem’ ligado a essa etiqueta. Despojados da cobertura protetora das instituições culturais, os seres humanos sucumbiriam sob os efeitos do abandono social; morreriam vítimas de um agudo transtorno social através do vício, da perversão, do crime e da fome. (POLANYI, 2000, p.94/95)

A defesa que o autor faz, diante desse cenário, é da existência de alguma regulação por parte do Estado na economia. Essa posição está baseada na defesa de alguns valores expostos por Polanyi, possíveis de serem investigados na ‘entidade psicológica e moral do homem’. No entanto, como é possível defender um padrão de moral sem entrar na difícil seara das normativas morais e diminuição das liberdades? A história nos oferece exemplos de situações em que a defesa de certos pontos de vista sobre a moral proporcionou regimes autoritários –

tema muito caro a Arendt, sobre o qual construiu o conceito de banalidade do mal⁹. A moral já foi utilizada para justificar o Terror, durante a Revolução Francesa, assim como os Totalitarismos do século XX (CHÂTELET, 2000). Contudo, Polanyi (2000) afirma que

chegamos assim à conclusão inexorável de que está em questão a própria possibilidade de liberdade. Se a regulação é o único meio de difundir e fortalecer a liberdade numa sociedade complexa e, no entanto, utilizar esse meio é se opor à liberdade *per se*, então uma tal sociedade não poderia ser livre. (POLANYI, 2000, p. 298)

É atacada, assim, a liberdade enquanto bandeira liberal. A posição do autor desmonta a ideia de que a possibilidade de liberdade é consequência do estabelecimento do contrato, pois este não modificaria o que há de mais desigual nessa relação: o uso do poder. Celso Lafer (2003), aluno e pesquisador de Hannah Arendt, diferencia a liberdade enquanto liberação da necessidade biológica da liberdade moderna; esta última corresponde a liberdade na esfera privada de ação individual, que tem limites colocados pelas normatizações impostas pelo contrato social, em nome do bom convívio intersubjetivo. É uma liberdade dentro de um contrato, o qual, na maioria das vezes, está a serviço da manutenção de um status de sociedade desigual. Segundo Martins (2009), a maior visibilidade sobre as consequências desse modelo de regulação capitalista – desigualdades e injustiças sociais – provoca um crescimento do número dos críticos a esse sistema, para os quais se torna cada vez mais evidente a proposição de alternativas que não deixam apenas ao cargo do próprio mercado o papel de sua regulação.

Ao levantarmos a possibilidade do Estado enquanto promotor dessa regulação – especificamente no campo da saúde – podemos pensar enfaticamente em práticas eficazes em detrimento à reificação dos modelos ideais que nos remete a sistemas de acesso universal, dentro de um projeto de bem estar social. Ao retornarmos às relações da saúde, podemos, por sua vez, pensar numa relação não utilitária do profissional com o paciente. Essa relação, ao buscar valores que escapam a lógica da acumulação, pode proporcionar situações de valorização do outro, de cuidado e de responsabilização.

A dimensão do outro – àquele que nos dirigimos – preenche de sentido nossas ações, e está presente no trabalho desses autores que reconhecem uma moralidade anterior ao contrato. Bataille (1975) reconhece que a despesa é feita na presença do outro, com o intuito de

⁹ Banalidade do Mal é o termo atribuído por Arendt para o fenômeno percebido, após assistir ao julgamento de Adolf Eichmann (ARENDR, 2008), de que o mal não era necessariamente praticado por pessoas intencionalmente más ou perversas, mas também poderia acontecer quando pessoas comuns não são capazes de compreender a imoralidade de suas ações, devido a uma falta de reflexão sobre o que fazem.

provocar nesse interlocutor uma reação. Mauss aponta que “as pessoas se dão, e, se as pessoas se dão, é porque se ‘devem’ – elas e seus bens – aos outros”. Trata-se, logo, de uma relação que envolve mais do que bens materiais, pois há também efeitos simbólicos (MAUSS, 2003, p. 263). Honneth (2003) apresenta uma perspectiva dialógica na construção dessas relações, em que a presença de mais indivíduos, além do que está em questão, é fator fundamental para a constituição do mesmo. Esse aporte faz pensar que as ações em saúde, ao escaparem de uma lógica utilitarista, não podem ser regidas apenas por um contrato em que valores e ações são determinados exclusivamente pelo mercado. O significado que esse outro pode despertar em nós deve, portanto, minimamente questionar nosso direcionamento moral, porque essas relações não são apenas instrumentais e técnicas, mas essencialmente humanas.

Essa visão sobre a realidade não deixa de reconhecer que há mazelas que afligem a sociedade atualmente, como a falta de solidariedade e de compromisso com as pessoas. Podemos inferir, assim, que tais situações seriam consequências dos processos de privatização da vida pública, em que valores da coletividade deixaram de ocupar a esfera comum, e “foram paulatinamente se adelgando até se transformarem em valores tais como reputação ou prestígio” (ASSY, 2012, p. 37). No entanto, devemos reconhecer que

uma parcela considerável da nossa satisfação [ainda] seria fruto do compromisso com a comunidade na qual vivemos, por meio do reconhecimento da superioridade do cuidado com o mundo e com o bem-estar coletivo sobre os caprichos e interesses individuais. (ARENDR, 2004, p. 45)

Esse sopro de solidariedade em nossa sociedade repleta de valores egoístas sustenta a aposta em uma ética da responsabilidade, que poderia ser entendida como

essa responsabilidade vicária por coisas que não fizemos, esse assumir as consequências por atos de que somos inteiramente inocentes,[que] é o preço que pagamos pelo fato de levarmos a nossa vida não conosco mesmos, mas entre semelhantes, e de que a faculdade de ação, que, afinal, é a faculdade política *par excellence*, só pode ser tornada real numa das muitas e múltiplas formas de comunidade humana. (ARENDR, 2004, p 224)

É na confiança da existência de um senso de responsabilidade e no uso do juízo como atributos habilitadores de práticas eficazes de acolhimento que essa dissertação se apoia em dois conceitos chaves: responsabilidade e julgamento. Vejamos.

2.3 Responsabilidade e Julgamento: sobre os nexos axiológicos do cuidado como valor do direito humano ao acolhimento.

O subtítulo acima corresponde ao nome de uma obra de Arendt que reúne uma coletânea de textos produzidos pela pensadora durante a década de sessenta e setenta do século passado sobre o tema. O título também revela que os dois conceitos estão de alguma forma conectados. O conceito de Responsabilidade foi abordado por Arendt (2004, 2008) ao refletir sobre o julgamento de nazistas que participaram da morte de judeus e outras minorias durante o Holocausto. A autora relata que houve aqueles que atuaram promovendo ações de morte, outros que se omitiram e ainda alguns que se opuseram àquele terror. Entre assassinos e omissos, a tese de suas defesas era a de que se tratavam apenas de ‘dentes de engrenagem’ de um sistema maior. Suas eventuais ações contra as atrocidades que testemunhavam seriam, portanto, inócuas. Para a Arendt, no entanto, cada ‘dente’ possuía sua parcela de culpa na ação maior, pois sempre resta aos indivíduos alguma ação possível que destoe daquilo que é praticado pela maioria.

O agir responsável – expressão do Cuidado como Valor – em determinadas circunstâncias pode significar ir contra o que está sendo praticado, mesmo “quando o registro dos acontecimentos se torna demasiado assustador, [e] a maioria das pessoas foge para a confiança renovadora da vida cotidiana com suas demandas urgentes e constantes” (ARENDR, 2004, p 339). Agir com responsabilidade pressupõe, então, uma capacidade de refletir sobre seu cotidiano, o que se faz e com quais consequências. Essa competência, entretanto, que Arendt (2004) denomina de Julgamento, frequentemente acaba esquecida diante do “fenômeno moderno muito comum: a tendência difundida da recusa a julgar [...] Nisso reside o horror e, ao mesmo tempo, a banalidade do mal” (ARENDR, 2004, p 212).

A relação da Responsabilidade com o Julgamento coloca o segundo termo, portanto, como uma consequência do primeiro, pois a operação do julgamento é motivada pelo sentimento de responsabilidade. Neste sentido, sentir-se responsável “é ser capaz de responder por algo, de maneira prospectiva, voltada aos efeitos e resultados futuros de um ato, ou retrospectiva, voltada a reparação ou punição ou reconhecimento de atos praticados no passado” (JONAS, 2006 apud NORMANDO, 2012, p. 46).

Podemos identificar contribuições importantes sobre o conceito de responsabilidade que ocorreram antes das reflexões feitas por Arendt. Este conceito já aparecia como uma

diferença importante em nossa constituição, segundo a obra de Max Weber (2000). O autor entendia que a ética da responsabilidade¹⁰ deveria ser um elemento fundador de um homem autêntico. Para ele, a responsabilidade deveria ser uma das três qualidades do homem político, assim como a paixão e o senso de proporção. O homem político, para ter o direito moral de “introduzir os dedos entre os raios da história”, deveria, sobretudo, ter interesse pelo futuro, assim como responsabilidade para com o futuro (p. 104). Weber expõe sua posição da seguinte forma:

Perturbo-me, ao contrário, muito profundamente, diante da atitude de um homem maduro – seja velho ou jovem – que se sente, de fato e com toda a alma, responsável pelas consequências de seus atos e que, praticando a ética da responsabilidade, chega, em certo momento, a declarar ‘Não posso agir de outro modo; detenho-me aqui’. Tal atitude é autenticamente humana e é comovedora. (WEBER, 2000, p. 122)

Weber exalta a atitude de uma pessoa que age conforme a ética da responsabilidade, destacando-a como comovente. Reconhecer e estranhar a banalidade com que valores utilitários, por sua vez, aviltam as relações humanas, não é uma tarefa simples, porque “aqueles que desafiam essas plausibilidades, os portadores de más notícias, que insistem em ‘contar as coisas como elas são’, nunca foram bem-vindos e frequentemente não são nem mesmo tolerados” (ARENDDT, 2004, p 331). Se o fazem, é em função de seu julgamento, que não os permitiu calar.

O conceito de Julgamento – ou Juízo – constitui importante ferramenta para reflexão sobre o campo dos valores. Como uma ferramenta operatória da categoria central deste trabalho – Cuidado como Valor –, possibilita ir além de uma direção epistemológica estabelecida a priori, na medida em que afirma o respeito a diversidade de sentidos que podem ser reconhecidos em cada sujeito, em cada encontro. Por conseguinte, o Juízo também está alinhado com a Integralidade, pois o Julgamento parte do entendimento de que “a dignidade dos homens exige que eles sejam vistos, cada um deles... em sua particularidade, refletindo enquanto tais – mas sem qualquer comparação e independente do tempo – a humanidade em geral” (ARENDDT, 2012b, p. 530).

Essa atenção aos particulares exige uma complexa experiência cognitiva. É pressuposta, portanto, a capacidade humana de julgar:

¹⁰ Max Weber contrapõe em sua obra dois tipos de ética: a ética da responsabilidade e ética da convicção. Esta última, formulada em termos religiosos, coloca as intenções do indivíduo mais importantes do que as consequências de suas ações. Dessa forma, consequências desastrosas de atos bem intencionados seriam relevados em nome da ética da convicção. Já a ética da responsabilidade preza pelos resultados das ações, sem considerar as intenções que as motivaram (THIRY-CHERQUES, 1997).

apenas se supomos que existe uma faculdade humana que nos capacita a julgar racionalmente, sem nos deixar arrebatado pela emoção ou pelo interesse próprio, e que ao mesmo tempo funciona espontaneamente, isto é, não é limitada por padrões e regras em que os casos particulares são simplesmente subsumidos, mas, ao contrário, produz os seus princípios pela própria atividade de julgar, apenas nessa suposição podemos nos arriscar nesse terreno moral muito escorregadio com alguma esperança de encontrar um apoio para os pés. (ARENDDT, 2004, p. 89)

O Juízo é entendido como a mais política das faculdades mentais, em função da capacidade de julgar um particular sem subsumi-lo ao geral (LAFER, 2003). Isto significa que uma pessoa pode fazer um entendimento de alguma situação sem necessariamente ter que enquadrá-la em alguma categoria anteriormente concebida, nos moldes já colocados por uma sequência de experiências anteriores – sem que houvesse a possibilidade de que uma nova categoria pudesse ser criada especialmente para ela, conforme suas características únicas.

A manifestação dessa faculdade mental está apoiada em uma estrutura proposta por Arendt (2012b) composta por Alma e Espírito. Da Alma surgem as paixões, emoções e sentimentos, que interagem caoticamente e com grande intensidade, podendo, até mesmo, vir a nos dominar – como em situações de ira, prazer ou dor intensas. Já o Espírito apresenta uma vida distinta. A Vida do Espírito “é a pura atividade”, que pode, ao contrário da Alma, ser iniciada e parada quando quisermos (p. 90). A característica maior da Vida do Espírito é “estar sozinho e estabelecer um relacionamento consigo mesmo” (ARENDDT, 2012b, p. 92). Isso significa afirmar que um indivíduo sozinho – sem a presença de outros – consegue manter um diálogo mental consigo mesmo levando em consideração outros que não participam dessa conversa, no qual “a pluralidade é reduzida à dualidade já implícita no fato e na palavra ‘consciência’” (ARENDDT, 2012b, p. 92). O advento dessa consciência faz com que eu não seja apenas um para os outros, mas também sou um para mim mesmo. Esse fato, de acordo com Arendt, instaura uma diferença dentro de minha unicidade:

Em poucas palavras, a realização, especificamente humana, da consciência no diálogo pensante de mim comigo mesmo sugere que a diferença e a alteridade, características tão destacadas do mundo das aparências tal como é dado ao homem, seu habitat em meio a uma pluralidade de coisas, são também as mesmas condições da existência do ego mental do homem, já que ele só existe na dualidade. (ARENDDT, 2012b, p. 209)

A ideia de consciência trazida por Arendt remete a Sócrates, que já havia formulado a dualidade do *dois-em-um*¹¹ de nossa consciência. O fato de conversarmos silenciosamente dentro de nossa consciência sugere alguns cuidados, pois é recomendável que esses parceiros de diálogo estejam em bons termos, a fim de que sejam amigos. “O parceiro que desperta novamente quando estamos alertas e sós é o único do qual nunca podemos nos livrar – exceto parando de pensar”. Nunca poderemos nos livrar, portanto, desse nosso companheiro de interlocução silenciosa. Essa relação, por sua vez, apresenta algumas implicações éticas, como entender que “é melhor sofrer uma injustiça a cometê-la, porque se pode continuar amigo de um sofredor; quem gostaria de ser amigo e de ter que conviver com um assassino?” (ARENDR, 2012b, p. 210). Ou, ainda, “É melhor se desavir com o mundo todo do que com aquela única pessoa com quem se é forçado a viver após ter-se despedido de todas as companhias” (ARENDR, 2012b, p. 211).

Ao passar do tempo esse interlocutor que nos espera para uma conversa da qual não podemos fugir passou a se chamar de consciência moral. Uma característica importante dessa consciência é o fato de ela não ser prescritiva ou normativa, pois ela não diz o que temos que fazer. Ela não impõe diretamente qual nosso repertório de ações, pois sempre nos deixa a possibilidade de escolha. Entretanto, “o que faz um homem temê-la [e, portanto, considerá-la em nossas decisões] é a antecipação da presença de uma testemunha que o aguarda apenas se e quando ele voltar para casa” (ARENDR, 2012b, p. 213). A simples referência a essa conversa futura já é suficiente para que nossas ações a levem em consideração. Além disso, essa referência não é prescritiva porque o critério desse diálogo não é a verdade – como se houvesse uma verdade única que direcionasse as ações – mas a conformidade, a fim de não estar em desacordo consigo mesmo e vir a se tornar seu próprio adversário.

Outra referência trazida por Arendt neste assunto é Immanuel Kant (ARENDR, 2004, 2012b). Ambos reconhecem o caráter democrático do julgamento, pois esta atividade está ao alcance de qualquer pessoa. Portanto, se a abrangência do julgamento é ampla pelo fato de seu

¹¹ A essência do *dois-em-um* pode ser encontrada em *Górgias*, no diálogo com Cálicles, em que Sócrates afirma que “destes dois males, praticar a injustiça e ser vítima dela, afirmamos que o maior é praticar a injustiça, o menor sofrê-la”, pois no diálogo silencioso com nossa consciência sempre seremos testemunha do mal que praticarmos (PLATÃO, 1973, p.164). Arendt (2012b) entende que o dois-em-um não se refere ao eu, mas às questões e experiências que esse eu escolhem para investigar.

acesso ser universal, o critério de seu funcionamento deve ser o da comunicabilidade pública¹² (LAFER, 2003). Arendt chega a esse critério a partir do entendimento de que

Não é mais o objeto o que apraz, mas o fato de que o julgamos prazeroso; se relacionamos isto ao todo da natureza ou ao mundo, podemos dizer: nos apraz o fato de o mundo da natureza nos aprazer. O próprio ato de aprovação dá prazer; o próprio ato de desaprovação causa desprazer. Daí a questão: como escolher entre a aprovação e a desaprovação? Um critério podemos arriscar, considerando os exemplos: o critério é a comunicabilidade ou o caráter público. (ARENDR, 2012b, p.524)

O caráter público mencionado por Arendt aproxima-se daquilo que muito cedo Kant percebeu: apesar de parecer um sentido privado e subjetivo, existia algo naquilo que chamamos consciência que não é subjetivo, pois faz referência a um sentido de sociedade. Ao avaliarmos as questões de gosto, ou simplesmente questionarmos “o que é belo?”, o sentido de respondermos essa pergunta apenas surge diante da perspectiva de uma convivência em sociedade. Ao colocarmos de outra forma, podemos afirmar que “o juízo [...] sempre se reflete sobre outros [...] e leva seus possíveis juízos em conta” (ARENDR, 2012b, p.523).

A confiança na existência desse *sensus communis*¹³ a toda a humanidade é condição, portanto, para essa ideia sobre um juízo que, em sua reflexão, leva em consideração o modo de representação das outras pessoas. Seria como se colocássemos o juízo individual à consideração do que supomos como a “razão coletiva da humanidade”, comparando nossos juízos com possíveis julgamentos dos outros (ARENDR, 2012b, p.525). Aguiar (2009) o caracteriza como a condição da civilidade, de respeito às outras pessoas que também compõem nossa comunidade. Esse funcionamento caracteriza o *pensamento alargado* de Kant, que ultrapassa o âmbito privado de sua reflexão para colocar-se em um ponto de vista universal – o qual apenas pode ser alcançado ao se colocar no lugar dos outros, ainda que imaginariamente (FRY, 2009). Tal operação não significa assumir a posição de outros, ou

¹² Para Lafer (2003), “o modo de asserção desta comunicabilidade é a persuasão – e não o despotismo da verdade – dada a intersubjetividade do mundo das aparências, no qual o discurso requer, por dar-se no plural, a concordância potencial dos outros da qual depende o agir conjunto” (p. 103).

¹³ *Sensus communis* é uma expressão trabalhada por Kant (2008) que Arendt (2012b) resgata para afirmar a ideia de um sentido comum a todos, que subsidiará a capacidade de julgamento, uma vez que é necessário recorrer ao sentido plural para essa operação. Este termo “não tem nenhuma relação com a visão comum que o concebe como sinônimo de vulgar, inculto, preconceituoso, etc.” (AGUIAR, 2009, p. 85). Assy (2007) destaca que o *sensus communis* “envolve a capacidade de nos sensibilizar, de nos deixar afetar pela satisfação diante de ações intersubjetivas comunitárias, remete um laço entre ética e felicidade pública” (p. 116).

substituir suas próprias concepções, mas ter outras posições em mente quando ao tomar alguma decisão, ao julgar determinada situação. Em outras palavras,

O 'pensamento alargado' resulta, primeiramente, de uma abstração das limitações que se juntam contingentemente ao nosso próprio juízo, da 'desconsideração de suas condições subjetivas privadas...', que a tantos impõem limites; isto é, da desconsideração daquilo que normalmente chamamos de interesse próprio, e que, segundo Kant, não é esclarecido ou capaz de esclarecer, mas é, na verdade, limitador... [Quanto] maior a região em que o indivíduo esclarecido é capaz de mover-se, de ponto de vista a outro ponto de vista, mas 'geral' será seu pensamento... (ARENDR, 2012b, p.514).

Arendt destaca esse 'alargamento do espírito' como o ponto crucial na *Crítica da Faculdade do Juízo* (KANT, 2008), pois permite comparar o juízo individual com o possível juízo dos outros. Dessa forma, ainda que estejamos sozinhos, nunca estaremos em completa solidão porque a consideração aos outros estará presente em nossos julgamentos (ARENDR, 2012b).

O conceito de Julgamento apresenta, então, sua potencialidade em construir ações inspiradas em uma moral individual que tem como pressupostos valores comuns, da esfera pública, movido pela noção de responsabilidade e que reconhece a experiência como fonte de aprendizagem. No entanto,

infelizmente, parece ser muito mais fácil condicionar o comportamento humano e fazer as pessoas se portarem da maneira mais inesperada e abominável do que convencer alguém a aprender com a experiência, como diz o ditado; isto é, começar a pensar e julgar em vez de aplicar fórmulas que estão profundamente arraigadas em nossa mente, mas cuja base de experiência foi esquecida há muito tempo, e cuja plausibilidade reside antes na coerência intelectual do que na adequação a acontecimentos reais. (ARENDR, 2004, p 100)

Arendt (2012b) aponta, assim, o principal desafio do Juízo: a faculdade de julgar o particular. Essa dificuldade é originada da contradição que tal operação encontra com o pensamento, pois pensar significa generalizar. Generalizamos entendimentos a fim de que, ao menor estímulo, já possamos fazer uma ideia do todo, sem ter que passar pelo esforço cognitivo de compreender cada situação nova que enfrentamos. Esse funcionamento tem uma explicação evolutiva: ao enxergarmos algum animal que possa representar ameaça a nossa vida, logo o classificamos e tomamos medidas a fim de eliminar a ameaça. Ao menor estímulo, portanto, já os entendemos como ameaça e tomamos as medidas necessárias para a

preservação de nossas vidas. O problema, contudo, é que essa operação – tão bem sucedida na tarefa evolutiva do homem – também é a responsável pela manutenção de estereótipos e pela dificuldade em julgar algo de maneira diferente do que sua primeira impressão nos trouxe. O Juízo apresenta, portanto, essa difícil solicitação: combinar o particular e o geral.

Isto é relativamente fácil se o geral é dado – como uma regra, um princípio, uma lei – de modo que julgar seja simplesmente subsumir lhe um particular. A dificuldade cresce ‘se somente o particular é dado e é preciso descobrir o geral relativo a ele’. Pois o padrão não pode ser importado da experiência e não pode ser derivado do exterior. (ARENDDT, 2012b, p. 528)

A despeito dos desafios de julgar, uma vez que ocorre um julgamento, ele implicará na disposição a alguma ação. Essa ação terá no resultado da operação de julgar o amparo para as lutas que forem consideradas necessárias.

Seu critério de ação não será o das regras usuais, reconhecidas pelas multidões e acordadas pela sociedade, mas a possibilidade de eu viver ou não em paz comigo mesmo quando chegar a hora de pensar sobre meus atos e palavras. [...] Esse efeito moral colateral [...] não cria valores; ele não encontrará o que é o ‘bem’ de uma vez por todas; ele não confirma regras de conduta; ao contrário, dissolve-as. (ARENDDT, 2012b, p. 214)

Os valores – entendidos como o substrato que motiva as ações – seriam colocados em evidência, assim, a partir das categorias mencionadas. Se reconhecemos uma dívida com a coletividade – por nos permitir existir enquanto sujeitos – e exercemos o julgamento em relação as situações que vivenciamos, estamos aptos a ingressar no delicado universo moral das práticas de saúde com algumas ferramentas que auxiliam nossa compreensão. Ao tomarmos as experiências como foco de nosso olhar, e as categorias mencionadas como dispositivos para uma reflexão, podemos questionar os valores que embasam as práticas de saúde, e de forma mais aprofundada, sobre as práticas de acolhimento em uma equipe de saúde.

O próximo capítulo apresentará a metodologia empregada nessa pesquisa, que foi motivada pela experiência do pesquisador e utiliza de suas narrativas para refletir sobre os conceitos apresentados. Ao propor uma metodologia, esta deve estar alinhada com os pressupostos que o referencial teórico escolhido aborda, a fim de não fazer surgir incoerências na estrutura do trabalho. Na linha colocada pelos argumentos de Sócrates – não contradição a

si mesmo – e Kant – não desprezar a si mesmo –, as pistas metodológicas buscadas tem os mesmos propósitos.

3. PERCURSO METODOLÓGICO: OBJETIVOS, ABORDAGEM E CENÁRIO DA PESQUISA

O objetivo principal dessa dissertação consiste em compreender os valores que sustentam as práticas do acolhimento no trabalho em equipe na oferta da integralidade do cuidado. Existem também objetivos específicos a serem alcançados. Entre eles está a articulação das práticas executadas pelos sujeitos no cotidiano do serviço de saúde sobre o acolhimento, relacionando-os com os conceitos de responsabilidade e julgamento propostos por Arendt (2004, 2012a, 2012b). Também compõe os objetivos específicos a identificação, nas narrativas e experiências de trabalho em equipe, dos elementos dificultadores e potencializadores do entendimento do acolhimento como uma prática que tem o Cuidado como Valor como orientação ética, assim como os conceitos de julgamento e responsabilidade como nexos axiológicos de sua prática.

A abordagem adotada consiste em uma prática investigativa de natureza interdisciplinar, coerente com o campo da saúde coletiva, que, se apoiando em contribuições das áreas das ciências sociais e humanas em saúde, utiliza uma bibliografia multireferenciada de modo a alargar a análise sobre o caráter híbrido deste objeto - as práticas de acolhimento, implicando numa relação dialógica entre elementos tecnológicos e culturais. Nas referências buscadas para esta investigação está contemplada a análise de implicação do pesquisador, pois esta consiste em importante ponto de partida para suas reflexões. Para Lourau (1993):

Se realmente compreendemos que a análise de implicação do pesquisador deva estar no âmago da pesquisa, talvez isso possa levar a produção de um novo tipo de intelectual [...] [interessado] apaixonadamente pela contradição, ao invés de 'levar ao povo' a verdade universal (p. 92).

A contribuição de áreas como a filosofia e as ciências sociais permitiram ao campo da Saúde Coletiva uma variedade de técnicas de pesquisa que divergem do clássico modelo positivo de investigação em saúde. A construção desses novos métodos está em sintonia com as exigências que a diversidade e complexidade características desse campo apresentam. No entanto, são grandes os desafios que a pesquisa qualitativa encontra dentro da Saúde Coletiva – como lidar com a existência de paradigmas e a dificuldade em aferir a qualidade de sua produção (BOSI, 2012). A fim de avançar nesses desafios, a Saúde Coletiva caminhou no

resgate da subjetividade, ultrapassando mensurações clássicas em nome da busca por compreender significados que eventos singulares recebem pelos indivíduos, sem, contudo, perder o rigor metodológico que caracteriza a pesquisa científica (NUNES, 2005). Esta pesquisa apresenta características desse movimento atual da Saúde Coletiva, pois propõe uma abertura ao diálogo com a filosofia; destacadamente neste trabalho, a contribuição de Hannah Arendt (2004, 2012a, 2012b). A referência a Arendt também está presente na construção de uma metodologia porque este escrito é composto por histórias do próprio pesquisador; e, “se o juízo é a nossa faculdade para lidar com o passado, o historiador é o homem que indaga sobre esse passado e que, ao relatá-lo, preside seu julgamento” (ARENDR, 2012b, p. 239).

O percurso teórico-metodológico desta dissertação se constitui das experiências de vida, que inclui aquelas do próprio pesquisador. A discussão sobre os valores que sustentam as práticas do acolhimento em equipe se dá por meio da análise dos relatos de minha inserção no campo de pesquisa. Os questionamentos partiram, portanto, de minha própria inquietação – que a questão sobre valores que sustentam o trabalho na saúde provocou em mim – a necessidade de recorrer à escrita, em diversos momentos.

Há uma semelhança com o que é colocado na tese de Cabral (2011), ao afirmar ser portadora do que viveu,

porém produzindo compreensões, como interpretações possíveis do real experimentado, na expectativa de que estimulem e/ou facilitem fluxos, transas, negociações, esmaecimento e reconstrução de fronteiras, contanto que se preserve – ou delinieie – a permeabilidade ao novo como característica básica... (p. 14).

Alguns pressupostos sustentam essa possibilidade de investigação, como uma visão sobre o conhecimento que não deixa de reconhecer o sujeito enquanto participante da realidade que pretende estudar. Tal postura coincide com a colocada na dissertação de Cabral (2004), ao questionar

Como seria possível eliminar o homem e os fenômenos da subjetividade do processo de construção do conhecimento? A proposta de assumir que o sujeito – enquanto ser singular e plural – e os seus estados de ânimo constituem peça fundamental na engrenagem que produz conhecimento e ciência está implicada na atitude fenomenológica (Cabral, 2004, p. 70).

Esse posicionamento aproxima-se também com o que Honorato (2007) afirma:

A produção de conhecimento é historicamente determinada, e o pesquisador/analizador está também inserido em um mesmo contexto que produz o objeto de conhecimento. O trabalho intelectual é sempre um ponto de vista – interessado, parcial – sobre um certo objeto, mas nunca uma leitura definitiva, final. (Honorato, 2007, p.83).

Martins (2012), ao abordar os esforços metodológicos para tratar da complexidade de contextos sociais, menciona as escolas sociológicas que produziram diferentes lógicas binárias para a compreensão da realidade: agência e estrutura na tradição anglo-saxônica, holismo e individualismo na francesa. Estes modelos, segundo o autor, são atualmente reinterpretados

num nível de maior elaboração através de múltiplas expressões fenomenais (...) Regras, valores, representações e normas jurídicas – quando pensamos o lado da objetivação da ação – ou, diferentemente, motivos, percepções, sensações, memórias – quando pensamos o lado da subjetivação da ação – são mobilizados mediante modelos cada vez mais complexos e necessários para se explicar a conduta humana na atualidade (p.15).

No entanto, a busca por modelos que apreendam essa complexidade provoca a difusão de diversas técnicas de pesquisa qualitativa. Uma relevante discussão sobre o uso de técnicas de pesquisa foi realizada por Gomes e Silveira (2012). Em revisão de literatura sobre o uso de metodologias qualitativas no contexto da saúde coletiva, os autores perceberam a ausência de referências teóricas que justifiquem o uso das técnicas aplicadas, escondendo, assim, racionalidades que não eram anunciadas em outros momentos da pesquisa. Contudo, os autores reconhecem que

a proliferação e a aceitação desses estudos têm ocorrido pela força da racionalidade instrumental que os orienta e com a qual são conduzidos. Em geral, estudos desse tipo descrevem detalhadamente os procedimentos utilizados de modo a conferir confiabilidade aos resultados alcançados, e para fazer crer que os possíveis vieses de seleção e de informação foram controlados pelos pesquisadores. Quanto aos critérios de interpretação, justamente os que mais se ressentem de bom e sólido respaldo teórico, são apresentados de maneira difusa, muitas vezes nublada por certo entendimento a respeito de fenomenologia, como se houvesse somente uma vertente que legitimasse aquela *única* interpretação que, dessa forma, se torna tacitamente aceita (GOMES; SILVEIRA, 2012, p. 161).

Para os autores, falta estabelecer com clareza os motivos das escolhas das técnicas que optamos. Nessas escolhas, a visão do próprio pesquisador precisa ser identificada, pois demonstra seu posicionamento em relação às teorias com as quais discute e terá interferência, portanto, no uso de seus métodos e técnicas. O posicionamento do pesquisador reflete,

também, seu próprio percurso de formação (GOMES; SILVEIRA, 2012). Este posicionamento está de acordo com o entendimento de Teixeira (2005), para quem deve-se evitar a imposição dos valores do pesquisador no objeto estudado, fato que cria zonas de resistência do objeto pesquisado, perceptíveis na própria construção do texto.

Uma saída encontrada para lidar com essa questão foi a Análise de Implicação, presente na forma como ocorreu a relação com os escritos que compõem essa dissertação. Esta ferramenta está colocada para auxiliar o pesquisador a problematizar os efeitos que percebe em si, a partir do contexto que estuda. Tal postura, de reconhecer estar implicado com o objeto e o mundo que pretende descrever significa “admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc.” (LOURAU, 1975, p.88). Conforme Honorato (2004), o essencial para manter a ética da pesquisa não é a implicação, mas a análise dessa implicação, pois

o sujeito pesquisador também é portador de uma linguagem própria, de uma cultura que lhe dita hábitos, maneiras de proceder, normas a seguir, preferências, e outras coisas. É a ele que cabe, portanto, refletir sobre as condições da criação de suas próprias ideias (GOMES; SILVEIRA, 2012, p. 163).

Entre os riscos de não fazê-la estaria a incoerência de defender um grupo de valores no discurso e ter outros (até mesmo opostos) representados pela efetivação do método de pesquisa. Essa é uma realidade comum nas técnicas qualitativas, pois o “não-dito [sobre o as bases do método] transfigura os meios em fins e impregna de utilitarismo a construção e as finalidades de pesquisas qualitativas no campo da saúde, sem uma reflexão crítica e consequente a respeito das escolhas” (GOMES; SILVEIRA, 2012, p. 162). Logo, não resta alternativa para a coerência (e por que não, honestidade?) na pesquisa senão atingir as suposições nas quais o método está baseado, para esclarecer seu papel na construção do conhecimento.

Esse conhecimento, por sua vez, possui enquadramentos necessários para que seja considerado válido no meio acadêmico. Ao explorar a dimensão da experiência, reconhece-se que este não se trata de um dado exato e invariável, tal como nas ciências positivistas espera-se encontrar. Isso não retira dele, entretanto, o valor de constituir uma justificativa válida de pesquisa:

A pesquisa nasce da curiosidade e da experiência tomados como processos sociais e intersubjetivos de fazer uma experiência ou refletir sobre uma experiência. Podemos chamá-la

de uma experiência disciplinada pelas práticas de uma coletividade, seja esta uma comunidade agrícola, um movimento de parteiras tradicionais ou de bolsistas do CNPq (SPINK, 2003, p. 9).

3.1 Narrativa, Memória e Experiência

Em relação ao campo de estudo, essa pesquisa revisitou as experiências a partir de um material já escrito. O campo de pesquisa propriamente dito – a unidade básica de saúde em questão – não foi objeto de novas incursões. Peter Spink (2003) nos auxilia a aceitar essa perspectiva ao afirmar que

Quando fazemos o que nós chamamos de pesquisa de campo, nós não estamos ‘indo’ ao campo. Já estamos no campo, porque já estamos no tema. O que nós buscamos é nos localizar psicossocialmente e territorialmente mais perto das partes e lugares mais densos das múltiplas interseções e interfaces críticas do campo-tema onde as práticas discursivas se confrontem e, ao se confrontar, se tornam mais reconhecíveis. Para fazer isso, não há métodos bons ou ruins; há simplesmente maneiras de estar no campo-tema, incluindo a poltrona da biblioteca (p.19).

Espera-se, assim, que as narrativas recolhidas nesse campo possam demonstrar as relações e intervenções dos profissionais de uma equipe de saúde da família em sua dinâmica de trabalho: a forma como se organizam e como se posicionam em sua relação com as outras pessoas da equipe e com os usuários do serviço, diante da tarefa do acolhimento. O cuidado com a coerência do método faz com que a escolha pelo uso das narrativas – exploradas a partir das próprias anotações do pesquisador – também seja justificada. Além de consideradas apropriadas aos estudos que se fundamentam nas ideias fenomenológicas, “a modalidade da narrativa mantém os valores e percepções presentes na experiência narrada” (DUTRA, 2002, p. 373). Dessa forma, o acesso aos valores que se pretendeu investigar é o mais fiel possível, dadas todas as contingências que o entendimento sobre pesquisa já explanado permite confiar.

Serão apresentadas narrativas em primeira pessoa, reconhecendo minha implicação com o campo de estudo. Esta dimensão da narrativa admite a inseparabilidade do pesquisador de seu campo de pesquisa, aceitando que o primeiro faz parte do processo de construção de conhecimento e deve, portanto, ter uma atitude de responsabilidade com aquilo que está sendo estudado e apresentado na pesquisa (FRANCO; SZYMANSKI, 2010). Ao contar nossa própria história, assumimos o papel de protagonista das situações em que nos encontramos.

Quando nos colocamos neste lugar, é aberta a possibilidade de uma reconciliação com nossas próprias experiências de vida, assim como o surgimento de novas maneiras de compreender o que se passou (ASSY, 2008). A reconciliação carrega uma conotação de compreensão, pois pretende aceitar e entender a forma como um evento aconteceu (SCHITTINO, 2012). Dessa forma, constitui como um elemento chave para a discussão da integralidade nas práticas de saúde, uma vez que promove o encontro entre o pensamento e as coisas humanas. Para Aguiar (2009), “o pensamento narracional não está preocupado com a história do ser, mas, sim, em encontrar significação nas contingentes ações humanas” (p. 27).

A forma de apresentação através de narrativas assume, também, uma aposta de que há características dos resultados que serão apresentados que não seriam captáveis por outras formas de discursos, especificamente a forma descritiva de tipo científico (OLIVEIRA, 2013). A narração – e publicação – de experiências individuais, carrega conteúdo da esfera privada para a esfera pública, provocando, assim, uma transposição que contribui para vida política – tão cara à Arendt (FERIGATE, 2006). Apesar da narrativa ocorrer a partir de um relato individual, em seu relato está uma experiência compartilhada por outras pessoas, que integravam uma equipe de saúde dentro de uma comunidade (MENDOZA, 2011).

A narrativa é um instrumento de pesquisa muito valioso para Arendt, pois – além de nossos atos – é através das palavras a maneira como nos inserimos no mundo (ARENDR, 2012a). Além disso, as narrativas são tudo o que resta da vida de uma pessoa quando esta já está morta. São as histórias e narrativas que os outros contarão sobre seus feitos individuais, conferindo-lhes significados para a comunidade, o que sobra após a vida de uma pessoa. E esses significados atribuídos sofrerão mudanças ao longo do tempo, sendo reinterpretados à luz do momento histórico em que forem lembrados (FRY, 2009). Arendt entende, contudo, que apenas após a retirada do homem da cena dos acontecimentos é que realmente poderá se atribuir significados a seus atos:

Só se pode detectar algum sentido por meio da sabedoria da visão retrospectiva quando os homens deixam de agir e começam a contar a história do que aconteceu; então é como se os homens, ao perseguir seus propósitos sem se entender, sem a menor lógica, tivessem sido levados por uma ‘intenção da natureza’, pelo ‘fio condutor da razão’ (ARENDR, 2012a, p. 421)

Portanto, se o próprio ator – personagem principal das narrativas – não está apto a compreender a lógica de suas histórias, caberá a outra figura essa tarefa:

A ação só se revela plenamente para o contador da estória [*storyteller*], ou seja, para o olhar retrospectivo do historiador, que realmente sempre sabe melhor o que aconteceu do que os próprios participantes [...] Aquilo que o contador da estória narra deve necessariamente estar oculto para o próprio ator, pelo menos enquanto estiver desempenhando [suas ações] [...] embora as estórias sejam resultado inevitável da ação, não é o ator, e sim o contador da estória que percebe e ‘faz’ a estória. (ARENDR, 2012a, p.240)

Além da figura do contador de histórias, confiou-se, também, na memória, uma vez que essa é o alimento da narrativa. Para Arendt, esta desempenha um papel crucial na vida do espírito, pois a morada do espírito está localizada na memória (LAFER, 2003). Enquanto ferramenta oferecida pela análise hermenêutica, a narrativa possibilita uma abertura para revivificar e ao mesmo tempo recriar o vivido (CARVALHO, 2003). No entanto, todo este material ora acessado através da narrativa traz um conteúdo presente na memória.

A memória, o poder que o espírito possui de ter presente aquilo que irrevogavelmente já passou e que está, portanto, ausente dos sentidos, foi sempre o exemplo paradigmático mais plausível do poder que o espírito tem de tornar presentes os invisíveis (ARENDR, 2012b, p.272)

Nesse processo de tornar vivo o que se passou, a narrativa assume “um tipo específico de construção do discurso, que apresenta uma trama e um enredo próprio; a consideração da memória como matéria e objeto de interesse do historiador” (PERELMUTTER apud FERREIRA e GROSSI, 2002). A escolha pela narrativa está amparada no fato de que ela é capaz de organizar crenças e ideias através de um relato, que dá pistas sobre os processos que organizam escolhas e tomada de decisões. Exemplifica, assim, princípios que orientam a vida pessoal e instauram relações intersubjetivas (CARVALHO, 2003).

Como um método de investigação, o uso das narrativas afirma uma maneira de se posicionar diante do processo de construção de conhecimento, no qual “recorre-se à experiência como fonte primeira, na perspectiva de construção de sentido – o qual será sempre *contextual*, ou seja, relacionado à experiência vivida” (CABRAL, 2011, p. 74). No entanto, esse processo exige uma profunda reflexão sobre o que foi narrado, pois “não é o relato pelo relato que contenta o pesquisador, mas as possíveis inferências que pode fazer a partir das narrativas” (FERREIRA e GROSSI, 2002, p. 130). Nesse sentido, Arendt afirma que “o que fica manifesto quando falamos de experiências psíquicas nunca é a própria experiência, mas o que quer que pensemos quando falamos sobre ela” (ARENDR, 2012b, p. 48). Repetimos, assim, a experiência – agora em nossos espíritos – depois de termos abandonado a cena em que as experiências ocorreram.

A principal característica dos relatos produzidos é a reflexão sobre experiências no cotidiano do serviço de saúde. Enquanto experiência, fala-se das práticas que puderam ser observadas. Nelas não são buscadas verdades, mas sentidos para os atores. Para Ayres,

A hermenêutica debruça-se sobre o mundo da práxis, ou prática. Sua busca de verdade é menos da ordem da certeza e da utilidade do que da virtude e da correção, da busca da Vida Boa e do bem viver, isto é, das verdades continuamente redescobertas e reconstruídas na e pela experiência humana de estar vivendo (AYRES, 2011, p 31).

Mesmo em uma base epistemológica distinta, podemos verificar que a narrativa apresenta também um caráter de preciosidade dialógica, uma vez que, de acordo com Benjamin (1985), são cada vez menos frequentes esses tipos de relatos sobre a experiência. Seria esta uma consequência da racionalidade instrumental que predomina nas pesquisas qualitativas, deturpando meios e fins a partir de uma razão utilitária? Ao acreditarmos no diagnóstico de Benjamin em relação à diminuição da experiência narrada, podemos indagar se a causa desse desaparecimento é devida a sua impossibilidade de verificação em relação a uma verdade. Afinal, nunca sabemos se o que alguém relata é realmente verdadeiro ou não; se, de fato, aconteceu. A história apresenta sua importância pelo retorno à situação que gerou a experiência, sem que saibamos com certeza se há mesmo fato ou apenas a interpretação deste (MENDOZA, 2011).

No estudo que se apresenta, questionamos, entretanto, a importância dessa verdade única dos fatos, pois

Quando escrevemos sobre as histórias que ouvimos há um momento em que as histórias ainda não nossas, mas também já não são mais apenas do narrador. (...) precisamos encontrar nosso próprio mito em um processo de tecitura composto por inúmeras linhas: costurar/analisar/cortar/ emendar/ interpretar/compreender/compor/refazer/outra vez costurar, em suma, desconstruir para poder reconstruir a história de vida que no final – verdade ou ficção? Não importa – se torna finalmente nossa. (MENEGHEL, 2007, p. 124).

Arendt corrobora esse entendimento, como podemos observar no texto *Verdade e Política* (ARENDR, 1967), no qual a autora ressalta que a diferença entre verdade e opinião reside na forma como reivindicam sua validade.

Mas existirá algum fato independente de opinião e de interpretação? Não demonstraram gerações de historiadores a impossibilidade de constatar fatos sem os interpretar, na medida em que têm de começar por ser extraídos de um caos e puros acontecimentos (e os princípios de escolha não são certamente dados de fato) serem em seguida organizados numa história

que não pode ser contada a não ser numa certa perspectiva, que nada tem a ver com o que aconteceu originalmente? (ARENDDT, 1967, p.11)

A desistência, portanto, de uma confrontação com uma verdade cede espaço para que sejam explorados os sentidos despertados pela experiência:

não é o fato literal que importa, mas a vivência mágica e poderosa que o contador de histórias despertou no ouvinte ao narrar uma genealogia, ao recuperar pedaços de uma identidade perdida, ao denunciar as iniquidades sofridas por um povo e preservadas no repertório do historiador oral (MENEGHEL, 2007, p. 125).

Esse entendimento sobre o que é narrado surge como o mais apropriado para tratar do acolhimento, objeto de estudo desta pesquisa. Tanto a narrativa da experiência quanto o dispositivo acolhimento requerem a escuta atenta e responsável do outro. Nos dois, a interpretação da experiência – a partir do encontro – será o elemento central para a atribuição de sentidos. Este é o trabalho que pretende ser realizado: ressignificar minha própria experiência, assim como o Acolhimento reconhece os significados da experiência do outro.

É bem provável que os homens, se viessem a perder o apetite pelo significado que chamamos pensamento e deixassem de formular questões irrespondíveis, perdessem não só a habilidade de produzir aquelas coisas-pensamento que chamamos obras de arte, como também a capacidade de formular todas as questões respondíveis sobre as quais se funda qualquer civilização (ARENDDT, 2012a, p. 80)

Neste momento é importante ressaltar que a escolha de uma determinada abordagem metodológica apresenta consequências para as finalidades da pesquisa. Esta, em particular, visa a promover a reflexão sobre experiências já ocorridas, mas que não tem em si a finalidade de sua reflexão. Logo, seu caráter generalizador é uma qualidade apreciada para sua escolha. De maneira semelhante, Ferigate (2006) destaca o papel desempenhado pela obra de Bertold Brecht, afirmando que “não era propriamente o resultado artístico da obra e sim as relações humanas e históricas aprofundadas pela encenação” o que interessava ao autor. Ludwig (2013) afirma, ainda, o papel que as narrativas têm em “reavivar experiências comprometidas com seu tempo, [...] [proporcionando] a defesa de um mundo comum” (p. 521). Arendt confia nessa generalização ao tratar de situações que se repetem em diversos momentos históricos, tal como nos mitos gregos fundadores de nossa civilização:

Mas até que os filósofos descobrissem a perenidade do Ser, que não tem nascimento e morte, o tempo e a mudança no tempo não constituíam problema. Os ‘anos circulares’ de Homero forneciam apenas o passo de fundo em que a notável história aparecera e era narrada. Além de Homero, Aristóteles também destacou as ‘circunstâncias acidentais (*tychai*) que ‘voltam muitas vezes na vida de uma pessoa’. (ARENDDT, 2012b, p. 277)

A menção a essa circularidade ressalta que os momentos específicos narrados a seguir não têm sua importância apenas enquanto eventos específicos, mas constituem narrativas que retornam no campo da saúde em diversos locais, com um número incontável de participantes que poderão já ter passado por essas mesmas questões.

Diante da circularidade – e repetição –, a função da reflexão sobre essas narrativas é questioná-las sobre sua continuidade, ou disposição em construir diferenças, tal como na epígrafe dessa dissertação, que aqui retomo para apresentar o cenário desta pesquisa.

E se um dia, ou uma noite, um demônio te seguisse em tua suprema solidão e te dissesse: ‘Essa vida, tal como a vives atualmente, tal como viveste, vai ser necessário que a revivas mais uma vez e inúmeras vezes; e não haverá nela nada de novo, pelo contrário! A menor dor e o menor prazer, o menor pensamento e o menor suspiro, o que há de infinitamente grande e de infinitamente pequeno em tua vida retornará e tudo retornará na mesma ordem – essa aranha também e esse luar entre as árvores e esse instante e eu mesmo. A eterna ampulheta da vida será invertida sem cessar – e tu com ela, poeira das poeiras!’ – Não te jogarias no chão, rangendo os dentes e amaldiçoando esse demônio que assim falasse? Ou talvez já viveste um instante bastante prodigioso para lhe responder: ‘Tu és um deus e nunca ouvi coisa tão divina!’ Se este pensamento te dominasse, tal como és, te transformaria talvez, mas talvez te aniquilaria; a pergunta ‘queres isso ainda uma vez e um número incalculável de vezes?’, esta pergunta pesaria sobre todas as tuas ações com o peso mais pesado! E então, como te seria necessário amar a vida e amar a ti mesmo para não desejar mais outra coisa que essa suprema e eterna confirmação, esse eterno e supremo selo! (NIETZSCHE, 2006, p.201/202).

Esta provocação tem a finalidade de comprometer aqueles que pensam sobre o futuro, a fim de construir caminhos fora do eterno retorno de situações. Reforçam, ainda mais, a necessidade de refletir sobre elas, tal como argumenta Arendt:

Somente pela capacidade do espírito tornar presente o que está ausente é que podemos dizer ‘não mais’, e constituir um passado para nós mesmos, ou dizer ‘ainda não’, e nos preparar para um futuro. Mas isso só é possível para o espírito depois de ele ter se retirado do presente e das urgências da vida cotidiana. (ARENDDT, 2012b, p. 94)

3.1 Cenário de pesquisa

O cenário que foi objeto desta pesquisa é uma unidade de saúde da rede de atenção básica do município de Porto Alegre – RS. Essa unidade integra um dos sete distritos sanitários que dividem a distribuição dos equipamentos de saúde municipais. O bairro em que está localizada fica na zona leste da cidade, e desponta como uma região de grande vulnerabilidade social, urbanização recente (registro de primeiros moradores na década de 1950) e carência de serviços de esgoto e pavimentação. O terreno da área de cobertura da unidade é acidentado, abrangendo grande parte de um morro da região.

O município de Porto Alegre conta com uma população de 1.409.351 habitantes (IBGE, 2007). A cobertura de equipes de saúde da família (ESF), segundo dados da prefeitura municipal (PORTO ALEGRE, 2012), no terceiro quadrimestre de 2012, alcançou 44,3% da população. Esse número vem aumentando nos últimos anos, período em que muitas unidades passaram a adotar a estratégia de saúde da família.

A composição dos profissionais que trabalham nesse local é de duas equipes de saúde da família. No período analisado, de fevereiro de 2010 a janeiro de 2012, ocorreu a transição para o aumento da equipe. Ocorreram mudanças na estrutura – construção e reforma de espaços físicos – e na equipe – chegada de profissionais para compor a terceira equipe de saúde da família. Essas modificações fazem parte do plano municipal de saúde (PORTO ALEGRE, 2010), de expandir a cobertura da estratégia de saúde da família no município. Esse incremento inclui, no formato estabelecido pela gestão municipal, a mudança de todo o quadro de profissionais preexistentes e substituição por outros, pois as contratações dos profissionais para as equipes de saúde da família (USF) ocorreram, no período estudado, através de contratos terceirizados.

Essa equipe, sobre a qual será estudado seu trabalho enquanto coletivo, atua em uma unidade de saúde com uma história peculiar no processo de municipalização da atenção básica no município de Porto Alegre. Até o final da década de 2000, essa unidade de saúde era uma unidade básica de saúde de responsabilidade do governo estado do Rio Grande do Sul, e fazia parte das unidades de assistência do Centro de Saúde Escola Murialdo, vinculado a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Este local, assim como outras unidades da região, foi palco de ações de formação profissional em programas pioneiros no Brasil na ênfase da saúde comunitária (SILVA, 2002). O processo de municipalização tardio, que culminou na passagem da unidade para a gestão municipal e adoção da estratégia de saúde da família, foi um processo complexo que deixou marcas na instituição (ROSSONI, 2010). A passagem das unidades do Murialdo para o município não aconteceu sem que ocorresse sofrimento por parte

dos funcionários ali envolvidos, assim como situações de desassistência pela população das áreas atingidas, como consequência da disputa infrutífera por responsabilidade entre a esfera estadual e municipal.

Na esteira dessas marcas – e como reação à fama que já se estabelecia entre essas unidades repassadas pelo poder estadual – o início da estratégia de saúde da família nesse local entrou como uma aposta da gestão municipal em novos processos de atenção à saúde. A maior parte dos profissionais médicos e enfermeiros que compuseram a primeira equipe lotada nessa unidade eram ex-residentes desse mesmo programa de formação profissional. Alguns, inclusive, já tinham conhecimento da área e contato prévio com a comunidade. A consciência sobre a história recente do processo de municipalização e de suas consequências negativas para a população tornou a vontade de superá-las motor de novos processos de trabalho em equipe.

É nesse contexto que ocorreu minha inserção no campo: durante o segundo e terceiro ano de atuação dessa equipe de ex-residentes, que agora se colocavam como preceptores de novos residentes, dispostos a um trabalho reflexivo que os distanciassem das práticas que criticavam em seus antigos tutores. O trabalho construído por essa equipe foi baseado nas diretrizes da política de atenção básica¹⁴, e contrastava com práticas de assistência observadas em outras unidades da região. Um dos maiores contrastes desse modo de funcionamento da equipe era justamente o acolhimento.

A forma como o acolhimento ocorria parecia carregada de uma responsabilização pelo usuário. Durante o período em que permaneci na equipe, entretanto, presenciei modificações na forma como aquela postura/prática de acolhimento ocorria. Em alguns momentos, o acolhimento deixou de funcionar da maneira como pactuado inicialmente. Em outros momentos, o acolhimento deixou de existir, ainda que não fosse possível verificar diminuição dos problemas de saúde da comunidade atendida. Essas situações despertaram meu interesse em compreender como essa concepção de acolhimento – como uma disposição de responsabilizar-se pelo usuário – se transformava em função de diferentes momentos do trabalho em equipe.

¹⁴ A Política Nacional de Atenção Básica, na época regulada pela portaria GM 648 (BRASIL, 2006), dispunha orientações sobre o trabalho no território, que deveria ocorrer por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais é assumida a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. A atual política sobre a AB, portaria GM 2488 (BRASIL, 2011b), manteve essa mesma direção, apenas incorporando à política instrumentos já existentes em outras portarias, como os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua e outras disposições.

Ao analisar o material empírico que inclui um diário de memórias (de campo), assim como os relatórios produzidos à luz do referencial teórico apresentado, são apontadas aproximações conceituais práticas que os conceitos de Responsabilidade e Julgamento (ARENDR, 2004, 2012b) oferecem para a discussão sobre os valores sustentaram as práticas de acolhimento no trabalho em equipe. Os relatórios totalizam seis produções escritas (que serão apresentadas no próximo tópico), que constituíram tarefa obrigatória da formação e foram objeto de posterior discussão com a equipe, em função das questões que provocaram. O conteúdo desses escritos foi produzido a partir de minha própria observação direta, em um contexto em que eu também era participante, narrando os fatos em primeira pessoa. Essas características fazem com que, para o estudo desse material, este autor precise se tornar ‘outro’ para mim, a fim de que essa releitura – com olhos que já não são os mesmos que observaram e vivenciaram o primeiro momento – possam apresentar possibilidades de construção de novos conhecimentos, dentro dos limites que os aportes teóricos explicitados permitem.

Retornar às experiências permitiu buscar nelas os sentidos e significados antes não captáveis pela indistinção do olhar de quem está mergulhado na situação. Dessa forma, a releitura de minhas memórias/narrativas pretendeu encontrar pontes de natureza histórica e política sobre o modo de agir do trabalho dessa equipe. Esse processo, em que o próprio caminho da pesquisa aparece tão importante quanto os dados coletados, visa a coerência com os valores e pressupostos assumidos, como a coerência dos procedimentos e a honestidade de reconhecer a própria condição de participante do processo que busco compreender. Uma situação que coloca à prova os valores que se procurou investigar é encontrada nos momentos em que usuários do serviço tensionam os protocolos existentes na unidade de saúde, exigindo que, para a construção de seu atendimento, algumas das ações pré-estabelecidas sejam deixadas de lado. A postura da equipe – sustentando ou não valores alinhados com o Cuidado como Valor – diante de situações que desafiam os formatos ‘prontos’ do acolhimento, revela-se como um exemplo de situação de interesse para essa pesquisa.

3.3. Diários de memórias: os relatórios de ensino e as observações do campo

Dois materiais serviram de apoio à construção desta escrita: seis relatórios de ensino (RE) e um diário de campo (DC). A elaboração de relatórios consistia em uma atividade obrigatória da Residência Integrada em Saúde (RIS). Todos os residentes, portanto, desenvolviam relatórios e os entregavam em suas unidades de ensino, como requisito curricular da RIS. Em meu primeiro ano de residência, a frequência dos mesmos era trimestral. Com a adequação do programa de residência às diretrizes nacionais (no ano de 2011), a frequência passou a semestral. Os textos deveriam ser entregues até 15 dias após o término do período em questão. Meu período de residência iniciou em fevereiro de 2010 e terminou em janeiro do ano de 2012. O material de pesquisa pode ser sintetizado da seguinte forma:

Nome do material	Período de abrangência	Nº de páginas	Contexto geral
Relatório de ensino nº1	fevereiro a abril de 2010	10	Ingresso na RIS, no contexto da AB. Destaque para as primeiras impressões sobre o acolhimento.
Relatório de ensino nº2	maio a julho de 2010	14	Saída de profissionais da equipe e modificação na forma como o acolhimento ocorria na unidade.
Relatório de ensino nº3	agosto a outubro de 2010	13	Atividade de territorialização. Início dos questionamentos quanto a responsabilidade do profissionais com o acolhimento.
Relatório de ensino nº4	novembro de 2010 a janeiro de 2011	10	Continuidade da discussão sobre responsabilidade, em que são apontados alguns valores que defendo.
Relatório de ensino nº5	fevereiro a junho de 2011	10	Momento de sofrimento, após período e que estive acompanhando o gerenciamento da unidade.
Relatório de ensino nº6	Julho de 2011 a janeiro de 2012	9	Reflexões sobre o período de término da residência, em que é realizado um balanço sobre essa experiência. Satisfação em ver o acolhimento tornando a acontecer.
Diário de Campo	fevereiro de 2011 a janeiro de 2012	2 volumes com 80 páginas cada (aproximadamente)	Anotações que acompanharam todo o percurso da residência, reuniões de equipe, reflexões, incômodos. Material bruto a partir do qual foram elaborados relatórios, e que também serviu de referência para esta escrita.

Minha construção de relatórios não utilizou modelos oferecidos pela instituição, que prezavam pela enumeração das ações, cargas horárias e descrições de tarefas, contemplando as diversas atividades da residência. Minha opção foi privilegiar o campo de práticas, assim como a equipe nele inserida. Em parte, essa escolha ocorreu por saber que nesse espaço os profissionais leriam o relatório, e não seria apenas um instrumento formal de avaliação. Outras duas funções tiveram os relatórios: promover intervenções a partir da escrita, em meu cenário de práticas, e poder refletir sobre minha trajetória naquele local deslindando surpresas, sofrimentos e afirmações de valores, como substrato analítico capaz de consubstanciar os argumentos reflexivos sobre essas práticas. Após a leitura do relatório por parte da equipe, o conteúdo do mesmo era discutido comigo, como parte da avaliação do residente. Neste sentido, os relatórios de ensino tiveram a função de um diário institucional, pois “quando este trabalho for difundido internamente no estabelecimento, o diário tornar-se-á ferramenta de intervenção, método de análise e, talvez, de mudança no lugar onde ele é também discutido, visto, contestado” (HESS, 1988 apud PEZZATO; L'ABBATE, 2011, p. 1302). Também é característica comum ao diário institucional e ao processo de registro desta pesquisa “não [anotar] diariamente todos os acontecimentos, somente o especial, aquele que tenha tocado a pele” (LOURAU, 1993, p. 82).

Já o diário de campo consistia em um amplo material escrito conforme minhas inquietações surgiam. Fisicamente, foi construído nas agendas de uso diário dos anos de 2010 e 2011, as quais – sempre à mão – eram depositárias das angústias e espantos que ocorriam com o pesquisador. Esse conteúdo, que aproxima-se do termo “fora do texto” de Lourau (1993, p. 71), o qual vem recentemente ganhando espaço no meio científico, já que permaneceu durante muito tempo distante dos resultados finais e publicizados das pesquisas que envolviam a ida ao campo. São estes, contudo, os textos que mais revelam as implicações do pesquisador (LOURAU, 1993). Nas palavras do autor,

O diário nos permite o conhecimento da vivência cotidiana do campo (não o ‘como fazer’ das normas, mas ‘como foi feito’ da prática). Tal conhecimento possibilita compreender melhor as condições de produção da vida intelectual e evita a construção daquilo que chamarei ‘lado mágico’ ou ‘ilusório’ da pesquisa (fantasias em torno da cientificidade, gerada pela ‘asséptica’ leitura dos ‘resultados’ finais). Sem as condições de emergência dos ‘dados’ da pesquisa, o leitor vai ter sempre muitas ilusões sobre a cotidianidade da produção científica. (LOURAU, 1993, p. 77)

Se efetivamente acreditamos na análise de implicação, não podemos nos abster da utilização desse tipo de material de pesquisa. Este foi o material bruto do qual foi extraído e elaborados os relatórios, e do qual ainda se retirou fragmentos que serão apresentados a seguir.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), sob o número CAAE 23717513.8.0000.5260.

4. FRAGMENTOS DIALÓGICOS SOBRE PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO: CONFIGURANDO RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados dialógicos desta pesquisa, que consistem na análise das narrativas do próprio pesquisador em um momento específico de sua formação profissional. Tal proposta está de acordo com o que Arendt acreditava, que o pensar era inspirado pela experiência pessoal (FRY, 2009). As narrativas são apresentadas da seguinte maneira: uma aproximação com o campo, a fim de familiarizar o leitor com o cenário em que ocorreu a pesquisa, já com os participantes e seus movimentos; a evolução – e retrocesso – do acolhimento na unidade de saúde; e recortes de elementos que subsidiem a aposta em uma prática de acolhimento orientada pelos conceitos de Responsabilidade e Julgamento, nos moldes do que foi colocado por Arendt (2004, 2012b). À propósito da apresentação dos resultados, destaco da obra *A Vida do Espírito* um poema de W. H. Auden, citado por Arendt (2012b, p. 235) e que serviu de inspiração ao montar este capítulo da dissertação:

Lidei aqui com esses fragmentos do passado após a transformação marinha por que passaram. Devemos à trilha intemporal que o pensamento vai pavimentando no mundo do espaço e do tempo, o fato de podermos usar esses fragmentos. Se algum de meus ouvintes ou leitores se dispuserem a tentar a sorte com a técnica de desmontagem, que sejam cuidadosos para não destruir o 'rico e estranho', o 'coral' e as 'pérolas' que provavelmente só poderão ser salvos como fragmentos.

4.1 Primeiras impressões do campo: o objeto acolhimento

Apresento o relato de meu ingresso na Residência Integrada em Saúde (RIS), com ênfase sobre primeiras impressões do campo da Atenção Básica em que estava me inserindo – uma unidade de Saúde da Família com duas equipes. Foram diversas as percepções desse momento: o grande engajamento dos profissionais; a ausência de sistema de fichas para atendimento; a sensação de insuficiência de minhas ferramentas da psicologia para esse novo cenário de práticas; a dureza da realidade precária de vida de alguns moradores; e a surpresa e angústia diante do acolhimento praticado na unidade de saúde.

A recepção no USF confirmou tal impressão [de ser um ótimo local de formação]. Todos os residentes ingressantes nesse local foram muito bem recebidos. Chamou minha atenção em meu primeiro dia o fato de que uma agente comunitária de saúde, que estaria de folga naquele dia, foi trabalhar. De forma semelhante, uma residente mais antiga que estava de férias foi até o local para participar de nosso almoço de recepção. O que haveria naquele local para que mobilizasse pessoas em seus horários de folga ou férias para participar na chegada dos novos residentes? (Relatório de Ensino nº 1)

A USF já parecia, na primeira impressão que provocou, acolher aos trabalhadores que ali chegavam de maneira bastante afetiva. No entanto, apesar de ainda não estar claro naquele momento, tal envolvimento requeria destes profissionais uma grande disponibilidade e uma aposta no trabalho que lá ocorria, a ponto de fazer com que pessoas em férias ou em seus momentos de folga estivessem lá para receber os que chegavam.

Esse acolhimento, entretanto, não se restringia apenas aos seus profissionais:

A USF Estrela¹⁵ foi apresentada a mim como um lugar diferente de outras unidades de saúde. Lá não havia fichas para atendimento, a equipe era reconhecida pelo engajamento com a proposta de Saúde da Família, aquela foi a primeira unidade do Murialdo a ser municipalizada¹⁶, havia um longo histórico de residência no serviço, todos os profissionais da equipe fixa passaram pela residência, proporcionando um cuidado com a formação dos residentes que passavam por ali. Diversas características credenciavam, portanto, esta USF como um local ótimo para minha formação.

Em minha primeira semana de trabalho questioneei uma preceptora¹⁷ o motivo daquela unidade ser a primeira a adotar a Estratégia de Saúde da Família, já que o CSEM tinha outras unidades que ainda não funcionavam com aquele modelo. A resposta que obtive foi de que essa transição ocorreu inicialmente naquela unidade por ser considerada a ‘mais complicada’ das unidades, a que apresentava mais problemas em seu funcionamento. O zelo pela formação dos residentes e o funcionamento de acordo com as diretrizes mais atuais da política de saúde apareciam, então, como uma resposta diretamente proporcional aos problemas que antes enfrentava e estigmas que carregava.

¹⁵ O nome da Unidade de Saúde da Família, assim como de todas as pessoas citadas nos relatórios, foram modificados a fim de preservar a identidade dos envolvidos. A escolha do nome “Estrela”, no entanto, não é aleatória. Este mesmo nome foi usado ao relatar um atendimento individual enquanto psicólogo da unidade, em um momento de ensino. A inspiração provém da obra de Clarice Lispector (1999), *A Hora da Estrela*, que conta a história de uma imigrante nordestina em uma vida desajustada na cidade grande. Destaca-se, no entanto, a reflexão sobre a condição humana que a personagem, em sua narrativa, nos faz pensar.

¹⁶ As unidades de saúde do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) sofreram um longo e desgastante processo de municipalização. A unidade de saúde Estrela foi passar para o controle municipal apenas no ano de 2009, mais de uma década após o início da transferência da administração da saúde para a esfera municipal. Este processo foi especialmente difícil para os funcionários da instituição (ROSSONI, 2010).

¹⁷ Os termos preceptores e tutores são aqui utilizados para designar os profissionais do campo de atuação responsáveis pela condução do ensino dos residentes.

Aquele espaço repleto de histórias que eu estava começando a conhecer também era o local de algumas de minhas primeiras experimentações profissionais.

O ingresso nesta equipe de estratégia de saúde de família foi também minha primeira experiência como trabalhador na atenção básica de saúde. Apesar de ter passado por algumas experiências em serviços especializados, em estágios durante a graduação, a perspectiva da atenção básica se apresentou como um desafio para mim. Muitas formas de trabalho já adquiridas, que serviam como ferramentas para diversas situações típicas de intervenções para a psicologia, não se aplicavam na realidade que encontrei. Este novo espaço surgiu para mim, portanto, como uma fonte de descobertas e invenções de minha prática profissional. (Relatório de Ensino nº 1)

Alguns contrastes se tornaram evidentes em um primeiro olhar. A chegada à unidade de saúde requeria um percurso no qual fazia parte uma subida íngreme, até chegarmos praticamente ao topo de um dos morros da cidade.

Entre minhas primeiras impressões também estão a beleza da vista que pode ser observada do alto do morro. O prédio do posto, apesar de pequeno, fica localizado em uma região bastante elevada da cidade. De diversos pontos de sua área de abrangência é possível ter uma linda visão de Porto Alegre, pois do alto é possível ver uma extensa parte da cidade, o que inclui uma bela vista do lago Guaíba¹⁸, especialmente quando o sol reflete em suas águas.

Toda essa beleza contrastava com algumas situações extremamente precárias de moradia, que puderam ser observadas na medida em que conheci o território, especialmente a partir das visitas domiciliares. A vista para o Guaíba, que em alguns bairros da cidade agrega muito valor ao custo de seus imóveis, ali podia ser obtida através das janelas de barracos que sequer banheiro tinham. Muitos desses casebres abrigavam pessoas em situação de extrema pobreza. Aquelas pessoas tinham uma bela vista, mas não contavam com saneamento e tinham muita dificuldade no acesso a serviços, o que favorecia o agravamento de suas condições de saúde. (Relatório de Ensino nº 1)

A difícil situação de vida dos moradores da região também está entre minhas primeiras impressões. Muitos dos usuários daquele posto estavam em grande vulnerabilidade social, e contavam com a frágil rede de assistência social presente no morro. Eram as casas dessas pessoas os principais alvos das visitas domiciliares – ferramenta de intervenção em saúde que conheci durante a residência –, pois sua vulnerabilidade requeria da assistência à saúde um olhar não apenas ao doente, mas a todo funcionamento familiar.

A riqueza das visitas domiciliares consolidou esse recurso como forma de intervenção. Michel Foucault, em *O Nascimento da Clínica*, coloca que ‘o médico de hospital só vê doenças distorcidas, alteradas, toda uma teratologia do patológico; o que atende a domicílio adquire em pouco tempo uma verdadeira experiência fundada nos fenômenos naturais de todas as espécies de doenças’. A possibilidade de conhecimento da família, seu funcionamento e de suas condições de moradia fornecem elementos potentes para a construção de intervenções na saúde desses indivíduos. A experiência com visitas nos domicílios dos usuários do USF Estrela possibilitou esse aprendizado.

¹⁸ Lago que banha a cidade de Porto Alegre.

Para além dos domicílios, a apropriação do território também foi outra atividade desenvolvida de grande importância para intervenções sobre a saúde dessa população. Conhecer a área de abrangência do posto, seu relevo, as facilidades e dificuldades dos acessos e seus pontos de maior vulnerabilidade permitem compreender sobre o processo saúde-doença¹⁹ da população. Da mesma forma, esse conhecimento permite a elaboração de estratégias de ações de saúde, que melhoram a condição de saúde a partir da modificação de fatores de risco aos quais está exposta a comunidade. A realização do trabalho de territorialização envolveu essas atividades.

No processo de territorialização, conhecemos sobre a área, o terreno e a população, assim como também aprendemos com as pessoas. Percebemos que há muitos recursos da comunidade que podem ser explorados, no intuito da promoção da saúde. A invenção ou descoberta desses recursos é um grande aprendizado que tivemos com a comunidade. Conseguimos obter esse conhecimento, pois criamos um vínculo estreito com a população. Essa possibilidade de aprender formas de promover saúde a partir de elementos da própria comunidade é um privilégio do trabalho na atenção básica. Se por um lado, o desafio de trabalhar neste nível de atenção à saúde se colocou como desafio diante das práticas tradicionais que havia adquirido em minha formação, por outro, há a possibilidade de construir novas formas, com o auxílio da população. (Relatório de Ensino nº 1)

A impressão causada pelo processo de territorialização acabou sendo bastante positiva, visto que esta delimitou melhor o cenário das práticas que ocorreriam e também aplacou a ansiedade ao revelar recursos e possibilidades de intervenção até então não conhecidos por mim.

Após o conhecimento do território, pessoas e fluxos, destaco aquele que se tornou o objeto desta dissertação: o acolhimento. O acolhimento foi a prática que mais instigou minha busca por conhecimento: motivou a comparação com a forma que ocorria em outras unidades de saúde, exigiu – para sua melhor compreensão – a busca por referências teóricas, gerou discussões dentro do núcleo de psicologia²⁰ e dentro da própria equipe da USF Estrela. Essa prática questionou a forma como eu buscava – como em uma equação matemática – identificar os problemas e os recursos disponíveis para aplicar alguma intervenção. Minha tentativa consistia em aplicar intervenções nos diversos problemas que eu identificava, seja a partir das visitas domiciliares, das intervenções que a psicologia poderia oferecer, e dos recursos que o território ofertava. Essa tentativa, no entanto, estava se apresentando muito limitada.

A relação que a comunidade mantém com o USF também chamou minha atenção. A proposta de trabalho com uma população específica e a valorização do vínculo com a população faz da estratégia de saúde de família uma proposta diferenciada de atenção à saúde. A relação estreita, por vezes, também acaba por se tornar intensa. Em alguns momentos, pessoas criticavam a demora ou a falta de algum serviço que buscavam. Nessas reclamações, muitas vezes desrespeitavam os profissionais. Já em outros momentos, ocorriam manifestações de

¹⁹ Há diversos modelos que se propõem a explicar o processo saúde-doença, desde visões mágico-religiosas ao atual modelo biomédico. Para maiores informações, consultar Barros (2002).

²⁰ O núcleo de psicologia era o momento da atividade de ensino em que os profissionais psicólogos inseridos em diversos espaços de atuação reuniam-se para tratar de suas especificidades, dividir experiências e estudar conteúdos pertinentes a formação do psicólogo na Saúde Coletiva.

agradecimento e até mesmo alguns presentes já foram dados à equipe. A prática que mais permitiu vivenciar essa interface, principalmente com as limitações, foi o acolhimento.

A vivência do acolhimento no USF Estrela permitiu o contato direto com diversas demandas da população. Inicialmente, essa era a prática que mais causava ansiedade para mim. Eu não conseguia imaginar a utilidade de um psicólogo diante de pedidos de saúde inegavelmente orgânicos. Receava ser apenas um intermediário entre o usuário e o médico que forneceria supervisão ao acolhimento. Entretanto, o início dessa prática mostrou que há espaço para escutar demandas de saúde para além daqueles pedidos exclusivamente orgânicos. Em alguns momentos, minha contribuição se limitou a levar e trazer informações, mas gradualmente minha apropriação de conhecimentos sobre o fluxo de certas demandas e o funcionamento do USF permitiu que eu fosse mais conclusivo e trabalhasse com mais autonomia. (Relatório de Ensino nº 1)

A ideia de um acolhimento amplo e realmente interessado nos sujeitos que buscavam o serviço surgiu como desafiadora para mim. Levou algum tempo até perceber a importante função do testemunho – ou do espectador – a quem o sujeito que sofre pode direcionar suas questões. Arendt afirma que essa percepção não poderia ser obtida “se não houvesse um espectador para cuidar dele, admirá-lo, endireitar as histórias e pô-las em palavras” (ARENDR, 2012b, p. 153).

Acalmava-se, assim, um pouco de minha inquietação por respostas rápidas diante dos sofrimentos que observava. Ao receber algum usuário do serviço em acolhimento, o simples fato de escutá-lo já promovia, em si, saúde, pois possibilitava o vínculo e a confiança. Além disso, minha preocupação com os problemas orgânicos – para os quais não havia recebido formação específica – desmanchava-se muitas vezes nas primeiras palavras que a pessoa acolhida pronunciava. Lidar com situações que apresentam manifestações orgânicas visíveis ou não e sua relação com o sentido atribuído pelas pessoas acometidas por essas situações pode nos remeter a uma citação que Arendt faz de Epíteto: “Se aquilo que nos afeta existe ou é mera ilusão depende de nossa decisão de reconhecê-lo ou não como real” (ARENDR, 2012b, p. 177). Terminava ali, portanto, meu receio de ser apenas um intermediário – que leva informações sobre o estado de saúde do paciente ao médico e volta ao usuário com as orientações daquele profissional. Meu papel enquanto psicólogo que recebia em acolhimento pessoas com queixas orgânicas já apresentava sua função de contribuir com o trabalho em equipe, pois reforçava o vínculo necessário para um trabalho, especialmente em serviços da atenção básica²¹.

²¹ Ressalto, no papel que a atenção básica deve desempenhar, estar próxima da vida das pessoas, ser o contato preferencial e prezar pela criação e manutenção do vínculo (BRASIL, 2011).

Descobri que o acolhimento não se restringe ao turno da manhã em que recebemos pessoas que buscam atendimento no USF²². O acolhimento deve ser uma postura ética, de responsabilização sobre as pessoas que acolhemos. Essa responsabilidade exige que informemos o usuário sobre as limitações do atendimento (e isso acontece com frequência) e tenhamos o compromisso pelo cuidado integral dos usuários que buscam o serviço, com atenção ao cuidado longitudinal que devemos desempenhar. O acolhimento pode acontecer, portanto, em um telefonema que atendemos no posto, no momento que somos interrogados por alguém no território, assim como nos atendimentos agendados²³ que realizamos. (Relatório de Ensino nº 1)

No trecho acima são destacadas as principais características do acolhimento, que mantém relação estreita com o que é proposto por Arendt ao tratar do juízo. A motivação para esse comprometimento deve ser o próprio homem, finalidade em si de todas as ações. Nas palavras já citadas de Arendt, “a dignidade dos homens exige que eles sejam vistos, cada um deles... em sua particularidade, refletindo enquanto tais – mas sem qualquer comparação e independente do tempo – a humanidade em geral.” (ARENDR, 2012b, p. 539). É admitida, assim, uma confiança típica dos revolucionários: a paixão da compaixão (ARENDR, 2011).

O destaque do acolhimento não se deve apenas às características apresentadas, mas pela raridade com que parecia ocorrer, ao saber da forma como acontecia em outras unidades de saúde:

O contato, em diversos momentos do ensino, com residentes de outras unidades, permitiu que conhecêssemos outras formas de acolhimento. Apesar de o termo ‘acolhimento’ ser usado em todos os serviços, nem sempre ele tem o mesmo significado. Em certos momentos, esse nome pode designar simplesmente a triagem que ocorre nas unidades de saúde. Ao conhecer outras formas de acolhimento, percebi que o acolhimento que existe na USF Estrela é o de acesso mais facilitado, em comparação a outras unidades da gerência distrital. Foram diversos os motivos: a USF está localizado dentro e próximo do centro de seu território, o horário de atendimento é amplo, há diversos dias durante o mês para marcações de consulta e, principalmente, a escuta dos pedidos de saúde dos usuários que buscam o posto é a mais comprometida com o atendimento integral que pude conhecer. (Relatório de Ensino nº 1)

A própria comparação com a forma como o acolhimento ocorria em outras unidades – através dos relatos de outros residentes – permitiu situar o contexto em que estive inserido. Contudo, aquela prática que provocava até mesmo inveja de outros residentes, em função do preço pela qualidade e comprometimento com o usuário, não se manteve por muito tempo.

Alguns atravessamentos políticos, por seu turno, não nos permitiriam enxergar aquela unidade como uma ilha de excelência, isolada dos efeitos de seu entorno. Além disso, um

²² As atividades do residente obedeciam, preferencialmente, a uma “semana típica” que pretendia inserir o profissional em formação nas variadas atividades do serviço de saúde. Uma dessas atividades, para a qual era designado um turno específico, consistia em participar do acolhimento dos usuários do serviço.

²³ Todos os residentes tinham turno designados para atendimentos individuais de sua especialidade. Psicologia, fisioterapia, odontologia, enfermagem e medicina eram as categorias profissionais de residentes daquela unidade.

ambiente livre e democrático que proporcionasse aquelas práticas de acolhimento apenas aparece quando existe um espaço que o enseja (LAFER, 2003).

Esse cuidado com a formação dos residentes do USF Estrela serve a apoio para o trânsito muitas vezes complicado entre as diversas instituições envolvidas na residência da ESP. Realizamos uma formação pela Escola de Saúde Pública, diretamente atravessadas pelos momentos políticos do Estado do Rio Grande do Sul; a ênfase, por sua vez, ocorre no Centro de Saúde Escola Murialdo, que ainda mostra consequências do processo de municipalização de suas unidades; passamos a maior parte do tempo nas unidades de saúde, dentro de um distrito do município e sujeito aos acontecimentos no âmbito municipal. É lá na ponta que trabalhamos com a Estratégia de Saúde da Família, estratégia de âmbito nacional para a atenção básica. (Relatório de Ensino nº 1)

A complexidade das articulações e vínculos institucionais mencionados revelam que as disposições externas não seriam facilitadoras para a aplicação de um modelo de práticas único. No entanto, são as disposições dentro da equipe que se apresentam como as maiores responsáveis pela continuidade ou não de daquela prática de acolhimento.

4.2 Modificação do acolhimento: o ‘encolhimento’

Ocorreram mudanças na forma como as pessoas eram recepcionadas na unidade de saúde. Anunciar modificações no funcionamento de determinado serviço pode sugerir, partindo-se do senso comum, de que as modificações são evoluções ou melhorias no atendimento. No entanto, as mudanças que serão apresentadas a seguir não significaram melhora no funcionamento do serviço, como se poderá observar. Após a saída de alguns profissionais da equipe, a proposta de acolhimento não foi mais sustentada coletivamente. O acolhimento chegou a ser apontado como causa de reclamações por parte da população, e então, deixou de funcionar como antes. Agora eram disponibilizados um certo número de atendimentos para profissionais médicos. Os demais profissionais, por sua vez, não mais os tomariam em acolhimento, escutando as queixas dos usuários. Cheguei a demonstrar minha insatisfação com essa modificação, apontando para possíveis causas no relacionamento da equipe. Este foi o momento em que afirmo, mais explicitamente, os valores que defendo.

‘Primeiro estranha-se, depois entranha-se’ foi o *slogan* criado por Fernando Pessoa, no início do século passado para uma campanha publicitária. Uma marca de refrigerante acabara de

entrar em Portugal e precisava de divulgação. Na frase, o poeta traz o estranhamento diante de algo surpreendentemente novo, ao mesmo tempo em que aposta na imersão que tal experiência pode proporcionar. A experiência de meu segundo trimestre na unidade de estratégia de saúde da família Estrela já não conta apenas com primeiras impressões. Esse período foi marcado por experimentações novas, assim como a repetições de situações já vividas nos meses anteriores. Foi um período de muita reflexão sobre essas práticas, uma vez que diversas delas mobilizaram minha capacidade de entendê-las cognitivamente, de senti-las no corpo e de suportá-las pelos afetos que produziram.

O ato de “entranhar-se” se refere ao que tornamos comum, aquilo que deixamos de perceber como novidade e alheio a nós. São práticas que adquirimos e passamos a não mais percebê-las. Para quem está aprendendo, apresenta duas faces: é a naturalização de algumas práticas, tornando mais fácil a convivência e deixando mais à vontade aqueles que se integram em determinado local; por outro lado, essa naturalização das práticas impede que muitos fenômenos sejam observados. Quando nos naturalizamos em determinado local deixamos de reconhecer diversos problemas que poderíamos reconhecer antes, assim como os méritos não são mais tão facilmente observados. É com esse viés, assumidamente parcial, a partir de minha inserção na equipe e dos eventos que ocorreram nos últimos meses que reflito sobre algumas de minhas vivências dentro da USF Estrela. (Relatório de ensino nº 2)

O período de reconhecer atividades como habituais também foi o período em que o acolhimento deixou de ser reconhecido enquanto tal. É sobre ele que dedico a maior parte do relatório de ensino.

A atividade do acolhimento é possivelmente sobre a que eu mais gostaria de escrever. Há um turno na semana típica do residente para estar no acolhimento. Lamentei desde o início o término da forma como essa prática era realizada na USF Estrela. Costumávamos afirmar com orgulho, diante de residentes de outras unidades, que lá em nossa unidade havia acolhimento, e ele funcionava. O acolhimento foi a prática que mais me causou angústia no início da residência. Como poderia um psicólogo receber em um primeiro atendimento uma pessoa buscando atendimento médico? Essa angústia me mobilizou e me fez pesquisar, discutir, estudar, até que me tornei um defensor dessa prática. Além de uma ação, é uma postura, uma posição ética. Enquanto houve acolhimento aprendi muito sobre os fluxos, sobre as práticas dos outros profissionais, sobre como responsabilizar-se sobre casos e fugir da lógica do encaminhamento a outros serviços sem se responsabilizar pelos usuários. Era um espaço privilegiado para a escuta, em que muitas vezes acabávamos gerando demandas de atendimento para além daquilo que o usuário buscava no posto.

Essa abertura da escuta e o comprometimento com a integralidade me fascinaram na forma como o acolhimento ocorria. Era a prática de algo que por muitas vezes apenas encontrava em escritos, como os relacionados com a Política Nacional de Humanização (PNH), a Estratégia de Saúde da Família (USF) e o SUS. Sua prática, no entanto, tinha como consequência a geração de demandas para o trabalho da equipe. Praticar a integralidade de forma interdisciplinar, ofertando um espaço rico para a aprendizagem de residentes, causava um custo elevado para a equipe. Como sustentar essa proposta de trabalho diante de uma demanda que extrapola a capacidade de atendimento? Apesar de fazer parte do acolhimento a colocação dos limites do próprio atendimento para o usuário, essa forma de atendimento foi entendida como uma das responsáveis pelo desgaste da equipe com a comunidade. (Relatório de ensino nº 2)

No escrito endereçado à equipe, busco reconhecer que há dificuldades estruturais para a realização do acolhimento: há muita demanda por atendimentos e o espaço da unidade de saúde é pequeno. Soma-se a isso a precariedade de recursos sociais na área de abrangência, o que faz com que o posto de saúde seja frequentemente solicitado. A frequência e intensidade dessas demandas fizeram com que a equipe não sustentasse mais o acolhimento no formato

anterior, o de querer saber da vida das pessoas que buscavam o serviço. No entanto, esta mudança parece ter ocorrido antes por motivos de dificuldades da equipe em mantê-la do que pelo diagnóstico de saúde daquela comunidade.

Atualmente não vemos mais o número de pessoas na frente do posto como havia antes. É possível observar nas últimas semanas cenas inimagináveis em momentos anteriores, como profissionais da equipe sem atender usuários enquanto o posto está aberto, pois são vários os momentos em que não há pessoas para serem atendidas na USF Estrela. O que isso pode significar? Diminuíram os problemas de saúde da população? Acredito que não, mas muitos dos problemas que antes eram reconhecidos hoje não são mais vistos. Hoje não tomamos conhecimento de grande parte dos problemas de saúde da população porque não mais a escutamos como antes. Imagino que, aqueles que são atendidos pelas categorias profissionais que ainda prestam o atendimento inicial de quem chega no posto sejam cuidados integralmente. Contudo, é importante reconhecer a perda que há ao limitar a escuta multiprofissional para o acolhimento daqueles que estão buscando a unidade de saúde. (Relatório de ensino nº 2)

No momento em que o acolhimento foi modificado, apenas os profissionais médicos recebiam os usuários, após triagem dos técnicos de enfermagem. De maneira distinta do que ocorria anteriormente, as pessoas que anunciavam sua necessidade de atendimento médico, mas que ultrapassavam a quantidade pré-estabelecida para aqueles profissionais, eram encaminhados para outros serviços, sem ter suas queixas escutadas por outros profissionais da equipe. É pertinente aproximar essa situação de uma outra, proveniente de um contexto muito distante, a fim de estabelecer algumas comparações.

Após assistir pessoalmente o julgamento de Adolf Eichmann – nazista responsável pela logística dos transportes de judeus para campos de extermínio – uma das principais conclusões realizadas por Arendt foi constatar que ele não aparentava ser um monstro, como as condições iniciais poderiam indicar, já que ele foi acusado pela morte de milhares de pessoas. De uma maneira geral, regimes totalitários não geram necessariamente monstros, mas engendram pessoas incapazes de pensar sobre o que estão fazendo, ou sobre possíveis atributos imorais de suas ações, pois tudo o que fazem está sancionado por uma lei – totalitária – e apoiado pelo regime em vigência (FRY, 2009). Para Arendt (2008, 2012b), o caso de Eichmann não se tratava de estupidez, mas irreflexão.

Ao retomarmos a realidade da unidade de saúde, podemos pensar que no momento em que encaminha-se uma pessoa a um outro serviço de saúde – cumprindo a lei estabelecida de não ultrapassar determinado limite de atendimentos e de acordo com a grade de referência dos serviços de saúde do município –, sem ao menos escutá-la de forma pormenorizada, não se atenta ao possível mal que pode estar sendo praticado, ao deixá-la à própria sorte com um problema de saúde insuficientemente esclarecido dentro de uma rede de saúde sabidamente

frágil. Ainda que a distância para as ações de Eichmann seja imensa, as duas situações assemelham-se por uma característica: a ausência de pensamento. Não questionar uma lei estabelecida, e praticá-la impensadamente, implica em assumir os riscos de suas consequências.

Karin Fry (2009) continua, afirmando que “ações [...] perversas não são sempre realizadas por monstros, mas podem acontecer por extrema insensibilidade e falta de reflexão, mesmo entre pessoas que, no começo, não são particularmente más” (p. 48). É importante questionar, nessas reflexões dentro do campo da saúde, em quais parâmetros ou leis estas ações deveriam estar amparadas. Uma situação extraída do Diário de Campo permite colocar esse questionamento em prática:

As reuniões de equipe aconteciam toda semana no mesmo dia, durante o período da tarde. Uma vez que a equipe reconhecia este momento como importante para articular seu funcionamento, o posto fechava para atendimento, e todos reuniam-se no mesmo local. Em uma dessas reuniões, no entanto, foram ouvidos gritos solicitando a presença de alguns profissionais da equipe. Como era costume chamarem a equipe durante a reunião, não foi dada muita atenção àquele fato, pois já estava estabelecido que o momento da reunião de equipe deveria ser respeitado. No entanto, diante do não atendimento das solicitações que faziam do lado de fora da unidade, uma pessoa entrou no posto e ingressou no meio da reunião. Aos gritos, explicou que uma parente sua – gestante em seu período final – estava parindo, e que precisava de acompanhamento médico urgente.

Aquela intromissão, além de interromper a reunião, provocou diferentes reações dentro da equipe. Houve aqueles que afirmassem ser necessário o deslocamento imediato de profissionais para atender a parturiente. De outro lado, foram lançadas considerações de que o profissional que fosse atendê-la em casa, ao assumir o risco de atendê-la sem a estrutura ideal, estaria correndo o risco de ser responsabilizado pelo fracasso do procedimento. Além disso, a orientação para esse tipo de situação deveria ser chamar o SAMU ou levá-la com o transporte disponível para atendimento no hospital.

O impasse gerou grande mal estar na equipe, que não chegou a um consenso sobre como proceder. Alguns profissionais, por conta própria, foram à casa da parturiente, que já havia ido ao hospital, onde teve seu filho com saúde. (Diário de Campo)

Independente da atitude tomada pela equipe, o caso está à serviço do questionamento sobre as bases que sustentariam as atitudes que foram elencadas no momento em que havia uma demanda por atendimento de urgência. Não questionar a norma que estabeleceu a prioridade da reunião de equipe, em detrimento de uma pessoa que precisa de auxílio, está tão errado – do ponto de vista do mal que a irreflexão pode causar – quanto não colocar em questão o protocolo que estabelece que esses casos devem ser resolvidos acionando o SAMU. Esta situação não busca encontrar a solução adequada, mas ilustrar que o maior problema é não questionar as normas estabelecidas à priori. Nas palavras de Fry, “A completa incapacidade de pensar é um problema político porque leva as pessoas a manter-se presas ao

que quer que as normas de conduta prescritas possam ser em determinado tempo e em dada sociedade” (FRY, 2009, p. 125).

Posteriormente, ao analisar em reunião de equipe as diversas perspectivas dessa questão, foram elencados novos códigos possíveis (ética médica, políticas de saúde, regras de funcionamento particulares da comunidade) para orientar as práticas em situações como essa. Quando estes novos códigos foram oferecidos à discussão, percebeu-se que algumas das pessoas que antes haviam defendido com vigor um ponto de vista, em um outro momento, aderiram a uma posição distinta do que haviam defendido anteriormente, em função de um novo código que lhes pareceu mais convidativo para seguir. É possível aproximar este fenômeno do seguinte trecho escrito por Arendt:

Quanto maior é a firmeza com que os homens aderem ao velho código, maior a facilidade com que assimilam o novo. Na prática, isso significa que os mais dispostos a obedecer serão os que foram os mais respeitáveis pilares da sociedade, os menos dispostos a se abandonarem aos pensamentos – perigosos ou de qualquer outro tipo –, ao passo que aqueles que aparentemente eram os elementos menos confiáveis da velha ordem serão os menos dóceis. (ARENDR, 2012b, p. 199)

Não é objetivo da discussão desta experiência a crítica àqueles que mudaram de opinião, ao perceberem que seus pontos de vista anteriores não eram mais adequados diante de uma nova situação. Pelo contrário: permitir-se mudar de opinião, conforme o juízo de uma experiência, está entre as atitudes mais louváveis e raras de se observar. Questiona-se, entretanto, a rápida adesão a novos códigos – quando não é o juízo, mas a conformidade a uma nova lei, o que orienta condutas.

Meu posicionamento diante dos diversos códigos que se ofereciam para serem seguidos, contudo, era o de não aceitá-los rapidamente. Ao não me acomodar cognitivamente às normas que eram oferecidas, era inevitável o sentimento de angústia diante da ausência de respostas prontas, pois “clichês, frases feitas, adesão a códigos de expressão e conduta convencionais e padronizados têm a função socialmente reconhecida de proteger-nos da realidade, ou seja, da exigência de atenção do pensamento” (ARENDR, 2012b, p. 18).

Entre as leituras que busquei para amenizar minha angústia gerada pelo acolhimento encontrei um trecho que destaquei: ‘Os processos de “anestesia” de nossa escuta e de produção de indiferença diante do outro, em relação às suas necessidades e diferenças, têm-nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento. Entretanto, esses processos nos mergulham no isolamento, entorpecem nossa sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade. Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos,

mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado'. (Relatório de ensino nº 2)

A suposta sensação de salvaguarda e proteção ao sofrimento que supomos ter ao não escutar os outros e pensá-los singularmente está amparada no fato de que pensar significa estar disposto a enfrentar problemas de frente, admitir colocar em evidência situações difíceis que não teriam luz caso evitássemos o pensamento. O pensamento, de acordo com Arendt (2012b), possui um efeito “destrutivo e corrosivo sobre todos os critérios estabelecidos, valores, padrões para o bem e para o mal, em suma, sobre todos os costumes e regras de conduta com que lidamos em moral e ética” (p. 197). Evitar o pensamento, portanto, é uma atividade de economia cognitiva. Por outro lado, suas consequências apresentam riscos, pois “ao proteger contra os perigos da investigação, [a ausência de pensamento] ensina a aderir rapidamente a tudo o que as regras de conduta possam prescrever em uma determinada época por uma determinada sociedade” (ARENDR, 2012b, p. 199). Se a conduta escolhida para um certo período de tempo na USF Estrela era de adotar uma postura não acolhedora, muitos sofreriam as consequências por essa norma instituída, a qual passo a chamar por um nome diferenciado.

Passo a chamar esse processo de ENCOLHIMENTO²⁴. É aquilo que faz com que muitas das demandas da população deixem de ser acolhida, escutadas, recebidas. No início, ouvíamos todos os que conseguíamos. Depois, com as letrinhas “M” e “E”, separávamos na fila aqueles que deveriam ser acolhidos pelos profissionais da medicina ou enfermagem. Em um terceiro momento, deixamos de perguntar a queixa da pessoa, uma vez que ela estava “naturalmente” buscando apenas o atendimento médico. A gravidade de sua situação era quase irrelevante; o mais importante era assegurar aos mais fortes, àqueles que conseguiram madruguar na fila (ou pagaram alguém por esse serviço) o seu atendimento com o médico. Acredito que o “encolhimento” é um dos processos que torna as potentes equipes de USF em adoecidos funcionários burocráticos de UBS's²⁵. (Relatório de ensino nº 4)

No trecho acima, na comunicação com a equipe, faço um resgate histórico de como ocorreram as modificações no acolhimento na unidade de saúde, e passo a chamá-lo pejorativamente de ‘encolhimento’. Depois do momento inicial, em que todos os usuários que

²⁴ A palavra ‘encolhimento’ faz uma clara alusão à diminuição da escuta, da responsabilização e do interesse da equipe em saber do usuário que busca a unidade de saúde. Afirmo, assim, que o acolhimento encolheu, retraiu, diminuiu, dificultando o acesso dos usuários à saúde.

²⁵ A boa qualidade do processo de trabalho da equipe na USF Estrela, que reconhecia-se como uma unidade diferenciada das demais – e tinha semelhante reconhecimento por parte dos integrantes da Escola de Saúde Pública, instituição de formação dos residentes – afirmava-se, contudo, a partir da comparação com outros profissionais e equipes de trabalho. Nessa comparação, havia um claro preconceito amplamente conhecido entre os profissionais que atribuía aos trabalhadores das UBS, unidades que não haviam aderido à Estratégia de Saúde da Família, estereótipos de pessoas não comprometidas com o trabalho, burocratas e descompromissadas.

buscavam a unidade eram acolhidos, o acolhimento passou por diferentes momentos. Em um deles, o profissional que estava na recepção atribuía – conforme sua breve avaliação individual – a letra ‘M’ para aqueles atendimentos que demandariam consulta com o profissional médico, e a letra ‘E’, para os casos que necessitassem de consulta com alguma das enfermeiras do posto. Neste momento, ainda eram escutadas minimamente as queixas dos pacientes na recepção, sem, contudo, acolher a todos os que buscavam atendimento. Em um momento posterior, tais anotações deixaram de ser feitas, pois o critério de atendimento era exclusivamente o lugar que a pessoa ocupava na fila, dentro ou fora do número de atendimentos médicos previstos para o dia.

Lembro da frase, dita em sala de espera²⁶: ‘Não quero ter que escolher quem eu vou atender!’. Como assim não queremos escolher? Nós vamos nos isentar disso? Devemos esquecer a cartilha da Humanização, que coloca o “Acolhimento com classificação de risco” como um dos seus dispositivos?

Será que atendemos melhor a população sem o acolhimento? Eu acredito que não. Se a nossa capacidade física e mental de atender sempre foi o que nos limitou a atender mais pessoas, por que não atendê-las melhor do que fazemos hoje? No entanto, isso nunca foi explicitamente colocado nas reuniões de equipe, momento em que pudéssemos nos posicionar e encaminhar mudanças. (Relatório de ensino nº 5)

Ao assumir que não se quer escolher, reconhece-se que o pensamento – e juízo – não tem lugar neste modo de funcionamento do acolhimento. Tal preferência aproxima-se do que Arendt comenta sobre uma pesquisa realizada com trabalhadores de uma fábrica, em que se constata que os operários preferiam o trabalho repetitivo ao trabalho criativo. “Preferem-no porque é mecânico e não requer atenção, de sorte que, ao executá-lo, podem pensar em outra coisa” (ARENDR, 2012a, p. 182). O que surpreende no trecho do relatório de ensino mencionado, contudo, é o fato de não estarmos lidando com máquinas e peças, para as quais nossa ausência de pensamento não é capaz de produzir danos – como frequentemente faz às pessoas quando não pensamos.

4.3 Inquietações sobre o acolhimento: valores assumidos?

²⁶ Sala de espera não se referia apenas ao espaço em frente a unidade de saúde na qual os usuários do serviço aguardavam seu atendimento. Também era o nome do momento, antes do horário de abertura do posto, em que alguns dos profissionais de saúde da unidade conversavam com as pessoas que aguardavam a abertura da unidade, passando informações sobre campanhas de vacinação, sobre outros informes pertinentes, assim como sobre o fluxo dos atendimentos na unidade.

A contextualização da forma como o acolhimento ocorreu, assim como de sua desconstrução no cotidiano do trabalho em equipe, nos leva a algumas hipóteses para seu funcionamento. Esse panorama pode ser melhor entendido ao final de um percurso, quando já abandonamos a cena em que a situação ocorreu, e a repetimos apenas em nossos espíritos (ARENDDT, 2012b). Tal compreensão foi possível ao término do período da residência, época em que fiz alguns balanços dessa experiência.

No saldo dessa experiência, entendi que as teorias só têm valor na prática, nos locais onde elas efetivamente acontecem. Todo o conteúdo teórico que acompanhou o processo de aprendizagem sobre a territorialização, por exemplo, apenas fazia sentido ao pensar uma área de verdade, com seus espaços, pessoas e fluxos. Qualquer intervenção nesta área deveria apresentar, portanto, conexão com esses elementos, sob pena de tornar-se uma ação inócua. Essa avaliação pode ser realizada ao pensar uma tentativa de intervenção em uma microárea, para a qual os residentes haviam planejado – após a leitura de textos sobre o tema – algumas ações de promoção de saúde.

Nossa proposta de intervenção constitui-se em uma ação de promoção de saúde. Esse tipo de ação exige que a população alvo dessas ações se tornem também sujeitos para sua transformação, e aí reside nossa principal dificuldade de comunicação. Ayres (2001, p.68) afirma que ‘verificamos que nossa limitada capacidade de alcançar o acalentado ideal de que as pessoas se tornem sujeitos de sua própria saúde é sempre interpretada pela pobre versão de um ‘fracasso’. Fracasso nosso em comunicar, ou das pessoas em compreender e aderir às nossas propostas. E a versão do fracasso nos mantém imobilizados, ou quase. Na melhor das hipóteses repetimos, com alguma cosmética remodeladora, as velhas estratégias mobilizadoras’. De que maneira podemos, então, criar estratégias de ações que não caiam em velhas repetições de ações inócuas para a comunidade? (Relatório de ensino n° 2)

Martins (2007) observou – assim como foi a percepção da situação relatada – que em experiências de ações de saúde territorializadas, frequentemente o paradigma da promoção não ultrapassa o nível retórico, e não atinge as práticas do cotidiano. No entanto, as percepções dos fracassos – leitura realizada a partir do resultado esperado – de ações na comunidade não se confirmam enquanto tal, na perspectiva do processo de aprendizagem. Fracassos eram momentos que me faziam refletir sobre os processos. Essa reflexão, por sua vez, gerava questionamentos.

Questionar, então, foi minha maior prática. Nos momentos em que me lembrava que era psicólogo, ao questionar e possibilitar pequenas modificações em modos cheios de sofrimento de levar a vida. E nos momentos em que eu não lembrava que era psicólogo (a maior parte do

tempo), ao questionar os fluxos da unidade, relações com comunidade, entre profissionais, com a residência ou gerência distrital.

Os últimos meses de residência são marcados pela perspectiva de saída, do término, das despedidas [...] Contudo, não foi um período sem questionamentos. Questionamentos, por sua vez, costumam surgir a partir de incômodos. (Relatório de ensino nº 6)

Formular questões reflete a necessidade da busca de algum significado, e não difere da necessidade que o homem apresenta ao contar uma história sobre algum acontecimento do qual foi testemunha ou protagonista (ARENDDT, 2012b, p. 96). Logo, questionar constantemente não apenas nossas práticas, mas também nossas convicções – e dessa forma, colocá-las à prova – nos auxilia a defender melhor nossas posições, tarefa imprescindível em um cenário de afirmação e defesa de valores.

Não eram poucas as afirmações de valores demonstrados pela equipe da USF Estrela.

Os profissionais que pude encontrar nessa unidade parecem ter uma grande preocupação com a população do posto, e se esforçam para manter um atendimento com qualidade. Como resultado desse comprometimento, é fácil perceber os momentos em que a equipe deixa em segundo plano sua própria saúde. Muitos usam seu carro particular para deslocamentos, mesmo quando esse deslocamento é uma solicitação do serviço, a fim de ter mais tempo para desenvolver as atividades. O trabalho com relatórios e comunicação por e-mails acontece nos momentos fora da unidade, tomando tempo do que deveria ser para o descanso ou para convívio familiar. Algumas reuniões de trabalho acabam acontecendo nesses momentos também. Folgas e férias parecem estar sujeitas a acontecimentos no USF, a ponto de serem interrompidas pelas demandas incessantes do trabalho. A implicação com o trabalho na USF Estrela, sempre comprometida com a saúde da população, coloca em questão a saúde de seus próprios trabalhadores. (Relatório de Ensino nº 1)

O compromisso – que aqui aproximamos do conceito de responsabilidade – fazia com que os valores defendidos por aquela equipe fossem também exigidos das outras pessoas, como dos próprios residentes.

Exigentes consigo próprios, há muita exigência para aqueles se agregam ao trabalho. Enquanto residentes, recebemos um grande cuidado e atenção com nossa formação, assim como também somos cobrados em nossas atividades. É quase impossível cometer algum erro, falhar em alguma rotina do posto ou colocar algo fora de seu lugar sem sermos advertidos pela equipe. Não podemos deixar furos sem que nos chamem a atenção. (Relatório de ensino nº 1)

Tal exigência partia do pressuposto de que também acreditávamos em alguns valores comuns, pois somente essa suposição permitiria uma cobrança tão intensa, e ao mesmo tempo, afetiva. Esta relação, ao mesmo tempo em que exigia, também permitia assumir

posições de questionamento perante a equipe, como sugerir, nos relatórios, o retorno do acolhimento da maneira como foi praticado anteriormente naquela unidade.

Seria muita ousadia de um serviço de saúde propor o acolhimento como postura e prática em seu cotidiano de serviço, uma vez que as dificuldades de pessoal, espaço, recursos, gestão, etc. são muitos? Franco e Merhy (2005, p.189) afirmam que “é possível termos trabalhadores de saúde que trazem em si atitudes acolhedoras com os usuários, produzindo cuidado independentemente da orientação das instâncias gestoras de determinado serviço, bem como há outros que produzem procedimentos em relações sumárias e burocráticas com os usuários, fazendo-os se sentir desprotegidos nas relações de cuidado. O que estrutura um comportamento e outro, isto é, a atitude de cada um em relação ao usuário e aos outros trabalhadores, é notoriamente a sua subjetividade, expressão do desejo de atuar no mundo de um certo modo”. (Relatório de ensino nº 3)

Minha intervenção ocorria, portanto, em duas frentes: em uma delas, eu defendia os valores e as formas de trabalho próximas daquilo em que acreditava. Na outra, buscava a mobilização, através de constantes questionamentos àqueles que conseguiam escutá-los.

Talvez um dos fatores que permitisse que as práticas que encontrei nessa unidade fossem tomadas como referência seja o constante questionamento de suas práticas. Ainda que na maioria das vezes parecesse difícil contestar algum modo de funcionamento dessa unidade, essa possibilidade sempre esteve colocada. Era necessário, contudo, árdua argumentação e persistência. Algo da natureza de uma força instituinte, como aquela que sustenta o SUS diante de tantas adversidades que enfrenta. (Relatório de ensino nº 1)

Ao destacar que minha contribuição tenha sido questionar, reforço que nela estava a busca por significados. É ela que “implacavelmente dissolve e reexamina todas as doutrinas e regras escritas” (ARENDR, 2012b, p.198). Dessa forma, ao fazer questionamentos, eu também contribuía, ainda que singelamente, para o retorno do acolhimento, pois, quando fazia perguntas à equipe, realizava convites ao pensamento. Podemos aproximar esse posicionamento – de questionar e provocar a reflexão da equipe – com aquilo que, para Arendt, pode ser entendido como um tipo de ação, visto que

quando todos estão deixando-se levar, impensadamente, pelo que os outros fazem e por aquilo em que creem, aqueles que pensam são forçados a mostrar-se, pois sua recusa em aderir torna-se patente, e torna-se, portanto, um tipo de ação. (ARENDR, 2012b, p. 215)

Existe uma metáfora da qual Arendt particularmente apreciava para ilustrar essa situação: a arraia-elétrica. A ilustração não era original, pois resgatava Sócrates: a “arraia-elétrica paralisa os outros apenas por estar ela mesma paralisada [...] Não é que eu deixe os outros perplexos [...] A verdade é que eu lhes transmito a minha própria perplexidade” (ARENDR, 2012b, p.194). Esse estranhamento diante de algumas situações, no entanto, era

tão grande a ponto de impossibilitar a indiferença a ele. O incômodo que provocava – em função da operação do juízo – obrigava-me a não calar, manifestando à equipe as situações consideradas injustas.

Incômodos ocorriam sempre que via algo de nossa autonomia perdendo espaço. Uma vez que acredito que a potência da produção do cuidado ocorre no encontro do trabalhador com o usuário, preciso defender a autonomia e a capacidade de invenção desse trabalhador. Essa defesa me fez enxergar muitas vezes as orientações prescritivas de uma forma atravessada, sem muita vontade de segui-las. Eu sempre precisei ser conquistado, convencido da importância de uma ação, para conseguir executá-la com todo o potencial que imagino conseguir colocar em prática. Apostar na autonomia, para mim, é acreditar que a equipe conseguirá resolver se vai querer ou não almoçar junto em um dia de trabalho ao sábado; deixar que as pessoas acomodem seus pertences nos armários conforme sua conveniência e possibilidade de negociação; respeitar os pactos estabelecidos pela equipe para fluxos internos de atendimentos; enfim, apostar radicalmente na potencialidade que cada trabalhador tem de produzir saúde para si e, conseqüentemente, para os outros. (Relatório de ensino nº 5)

Acreditar nas capacidades individuais implica, portanto, na crença de que somos pessoas livres. Arendt (2012b) considerava a liberdade enquanto uma virtude importante para o homem, e a caracterizava enquanto o oposto da necessidade. O diferencial de um ato livre seria, para a autora, a consciência de que sempre poderíamos ter escolhido fazer outra coisa, ou simplesmente deixado de fazê-lo. A liberdade surge, então, como um elemento importante para as práticas de saúde, especialmente o acolhimento. Barros (2008), ao defender a produção de novos sentidos para o trabalho em saúde, que aumente o protagonismo dos sujeitos, destaca, também, que essa autonomia os torna mais responsáveis pela situação da qual participam.

Entretanto, alguns de meus incômodos, como ‘enxergar muitas vezes as orientações prescritivas de uma forma atravessada, sem muita vontade de segui-las’, não era compartilhado por parte da equipe da unidade de saúde. Em alguns momentos de reunião, enquanto discutíamos a possibilidade de tornarmos a acolher, chegou-se a conversar sobre como se daria, então, esse novo acolhimento. Nessas discussões, ganhavam espaço as propostas que previam orientações normativas, como a definição de alguns fluxos fixos para os atendimentos. Não é difícil, contudo, compreender a facilidade com que tais propostas adquiriam simpatizantes dentro da equipe de trabalhadores, uma vez que

Até mesmo hoje em dia, quando ouvimos uma discussão entre dois filósofos em que um deles defende o determinismo e o outro a liberdade, será sempre o determinista que parecerá estar com a razão [...] [Os espectadores] sempre concordarão que ele é simples, claro e verdadeiro. (ARENDR, 2012b, p. 293)

Era diante desse cenário, em que muito facilmente diversos profissionais aderiam ao estabelecimento de protocolos fechados de atendimento, que eu defendia posições pouco confortáveis e que exigiam a constante disposição de lutar por elas. Essas discussões, entretanto, sempre privilegiavam o espaço do coletivo, o espaço público em que a equipe se reunia e conversava sobre suas práticas.

A construção coletiva desses vínculos e formas de construir relações com a comunidade passa necessariamente pela equipe. A própria PNH, que tem o acolhimento como uma de suas práticas preconizadas, reconhece a necessidade da humanização das relações das equipes. O trabalho com os usuários e comunidade deve estar apoiado em uma equipe que também recebe apoio para uma melhor relação entre seus integrantes. Apenas uma equipe saudável poderá proporcionar saúde para quem atende, da mesma forma que a autonomia e o protagonismo dos usuários só podem ser construídos a partir de relações com profissionais de saúde que também gozem dessas condições. (Relatório de ensino nº 2)

Ao revisitar os relatórios, percebo que à época, no afã de indicar alguma saída para o retorno do acolhimento, fiz calorosas defesas de alguns valores. Ao rever essas posições, é necessária uma crítica sobre a forma como foi colocada: há valores comuns a serem compartilhados; entretanto, certos direcionamentos que propus à equipe eram tão normativos quanto os protocolos que eu insistentemente combatia. O mais importante para mim nesse processo, contudo, não era o de provar estar do lado da verdade, mas provocar a discussão e a participação das pessoas – entendido nesta escrita como fundamental para sustentar um tipo de acolhimento alinhado com o Cuidado como Valor e os conceitos de Responsabilidade e Julgamento.

Possivelmente os momentos privilegiados para observar as relações da equipe são as reuniões. Nesse espaço são discutidos e combinados alguns parâmetros para o atendimento, a fim de acertar a unidade da equipe no atendimento à população. Há possibilidade de se colocar questões, e acredito estar conseguindo utilizar esses momentos de equipe para levar situações que incomodam a mim. No entanto, percebo que muitas pessoas deixam de se manifestar durante a reunião, mesmo discordando daquilo que está sendo discutido. Por que as pessoas deixam de manifestar suas opiniões durante a reunião? Acredito que aquilo que é pactuado coletivamente, através do exercício de argumentar e construir a partir das divergências entre as pessoas terá um impacto muito maior do que aquilo que apenas acatamos como orientação. Uma prática precisa fazer sentido para quem a está exercendo, e essa é uma das bandeiras que defendo. (Relatório de ensino nº 2)

Expor opiniões em um espaço público pode significar coloca-las à prova, uma vez que outras pessoas podem reunir argumentos que as refutam. Neste caso, uma sincera abertura ao diálogo envolve o risco de ser destituído de seus argumentos mais consistentes, quando estes se mostram invalidados por algum interlocutor. Seria o receio dessa intervenção externa em

seus conceitos pré-concebidos o motivo para não os exporem na reunião? Se acreditamos que sim, podemos entender que, de certa maneira, a preguiça cognitiva – que se assemelha à perigosa ausência de pensamento – é a responsável pela falta de diálogo nas reuniões. Perde-se, assim, um importante espaço democrático em que regras coletivamente consentidas poderiam engendrar um agir em conjunto, criativo e solidário.

Assim como no início do meu primeiro relatório afirmei que escolhi essa unidade e essa proposta de trabalho porque isso é o que fazia sentido pra mim, não posso abster-me de continuar defendendo minha posição durante os momentos de discussão, pois o que sustenta meu trabalho nessa unidade é entender que isso faz sentido. Até mesmo nosso sofrimento de trabalhar com a saúde das pessoas precisa ter algum sentido. É preciso mencioná-lo, discuti-lo, e nunca calá-lo. Se é difícil sofrer, e, portanto, parece complicado falar sobre isso, muito mais adoeceador é não querer saber dele. (Relatório de ensino nº 2)

Destaco no trecho acima relatado a sensação de dificuldade existente na equipe de transformar em palavras seus próprios sofrimentos. Lafer defender que “este contar [...] permite o acordo e a reconciliação, ao revelar o sentido, sem incidir no erro de defini-lo” (LAFER, 2003, p. 167). Isto porque “implícita no ímpeto da fala, está a busca do significado, e não necessariamente a busca da verdade” (ARENDRT, 2012b, p.118). Portanto, independentemente do valor de verdade – que, conforme vimos em Arendt (1967), não é mais evidente do que a opinião – a provocação que faço à equipe apresenta um caráter terapêutico, uma vez que a fala, transformando experiências em histórias narradas por um sujeito, tornam suportáveis os mais atrozes sofrimentos.

Já se passaram nove meses desde o início da residência. Tempo bastante para estranhamentos, empolgações, distanciamentos e aproximações. Os três trimestres que se completam contêm o tempo suficiente para que gestações chegassem ao final, e que os filhos ingressassem em nossa economia de afetos. Precisamos investir energia em nossas atividades profissionais, em nossas preferências de lazer, em nossa família, enfim, naquilo que nos convém – ou mesmo naquilo que não convém, mas nos sentimos compelidos a fazer. A entrada (ou saída) de outros elementos – situações de vida, companheiros, filhos²⁷ – faz com que a maneira como distribuíamos nossa energia em determinada tarefa se modifique. Essas alterações na forma como distribuimos nossas energias e afetos são momentos importantes para refletir o que temos como projetos e aspirações. Será necessária alguma modificação em nossas vidas a partir das reconfigurações que se estabelecem? Que valores vão sustentar nossas novas posições nesses momentos? (Relatório de ensino nº 3)

Assim são colocados os questionamentos sobre o que sustenta, afinal, as práticas da equipe. São questionados os motivos para que, em determinados momentos, seja possível acolher de maneira responsável e com o estabelecimento de vínculo, enquanto, em outros

²⁷ Há uma referência ao nascimento do filho de um dos profissionais da unidade, fato que ocorreu nesta época.

momentos, esse formato não é mais sustentado. Essas questões, entretanto, não são deixadas em aberto, pois minha postura – resultado do julgamento – é a de afirmar valores afins com o acolhimento que despertou, entre angústia e insegurança, a paixão pelo outro.

Nossos valores são comuns e particulares. No trabalho em saúde, os princípios que deveriam nos reger são os do SUS (integralidade, universalidade, equidade, etc.). Há especificidades da Atenção Básica que complementam esses princípios, sem, no entanto, contradizê-los (longitudinalidade, primeiro contato, coordenação do cuidado, etc.). Agregam-se a essas diretrizes as políticas relacionadas ao trabalho em saúde, como a Humanização, estatutos de igualdade, Promoção de Saúde e outras tantas portarias que deveriam reger o trabalho em saúde. A singularidade de nossos valores vem de nossas histórias pessoais, de nossas formações técnicas, das experiências que vivemos e da compreensão que pudemos ter dessas experiências. (Relatório de ensino nº 3)

A implicação com esses valores, por conseguinte, permitia intervenções às vezes bastante fortes, como a que realizei no terceiro relatório de ensino. Ao dialogar com a equipe, destaco o papel de nossas subjetividades na construção de práticas de saúde. Contudo, essa subjetividade não é o único fator que pode promover um acolhimento com responsabilidade.

Reconhecemos, portanto, que além da subjetividade dos usuários, a subjetividade dos trabalhadores de saúde também é fundamental para a construção de maneiras humanizadas de cuidado. Há, por um lado, as singularidades dessas constituições subjetivas – para as quais não me furto em recomendar a análise de suas questões pessoais, através da psicoterapia ou pelas vias que considerarem adequadas. Existe, contudo, o espaço das intersubjetividades, em que as relações entre diversas singularidades se atravessam a partir de questões comuns, como é no trabalho em equipe. (Relatório de ensino nº 3)

A relação que estabelecemos com os outros indivíduos terá um papel decisivo nessas construções coletivas – como aqui é entendido o acolhimento. Logo, “é a intersubjetividade do mundo, muito mais do que a similaridade da aparência física, que convence os homens de que eles pertencem à mesma espécie” (ARENDDT, 2012b, p. 67).

As interações dentro da equipe de profissionais de saúde também oferecem pistas de como está a relação da equipe com a comunidade, uma vez que as interações e possibilidade de construir um trabalho coletivo dentro da unidade de saúde interferem nos modos como os usuários do serviço serão recebidos. Se a equipe não mantém espaços de diálogo, nos quais resolvem conflitos e propõem estratégias conjuntas, o acolhimento à população – e a assistência à saúde, em última instância – também acaba prejudicado. No entanto, estas interações provocam repercussões até mesmo maiores do que a garantia de assistência ou não a saúde de uma população.

Lembro que em uma das reuniões que ocorreram para acompanhamento do Programa Bolsa Família, no momento em que conversávamos com as pessoas, expliquei quem eu era e o que fazia ali. Disse que eu era residente, que eu havia me formado e fazia ali no posto uma especialização em saúde pública. Eu estava, portanto, aprendendo com eles. Uma usuária do posto, então, completou: 'está aprendendo aqui para depois aplicar em um lugar melhor!'. Aquela afirmação me pegou de surpresa, e demonstrou o quanto aqueles sujeitos entendem sua posição diante do sistema de saúde.

A posição que as pessoas ocupam diante dos profissionais de saúde e o que demandam de serviços por parte do posto de saúde revela sua concepção de saúde e sua própria cidadania. No entanto, ninguém demanda algo que não é oferecido. Os usuários de serviços de saúde estão habituados a solicitar aquilo que sempre foram ensinados a pedir: o remédio, o curativo, o reparo. E se as pessoas mantêm uma determinada posição e solicitam determinados serviços, há uma parcela de responsabilidade do serviço de saúde na manutenção dessa relação. O que oferecemos hoje para a comunidade atendida pelo USF Estrela? Esses serviços são suficientes para contemplar os problemas e necessidades dessa população? (Relatório de ensino nº 3)

As consequências para a comunidade, portanto, são mais amplas do que a área da saúde. O lugar em que usuários dos serviços estão colocados – por estereótipos relacionados à sua condição financeira, de moradia ou educacional – pouco contribuem para que estes sejam protagonistas de mudanças em suas vidas. O lugar em que colocam os profissionais de saúde não é o daquele profissional que está à serviço de um direito seu – o direito à saúde. Pelo contrário, muitos veem médicos, enfermeiros e demais trabalhadores do posto como superiores, a quem devem obediência.

Diante dessas percepções, questiono o qual nossa responsabilidade na construção e manutenção dessa situação? A possibilidade de considerar naturais algumas desigualdades – principalmente as relacionadas a percepção dos direitos – coloca-se em questão, a partir do momento em que se admite o questionamento, o pensamento, e o julgamento das experiências. Ao questionarmos nossa responsabilidade, então, estamos já nos direcionando para adoção de práticas mais próximas do Cuidado como Valor, como substrato teórico-prático de nossas ações:

Se em algum momento responsabilizamos a população – por ter sua concepção de saúde pouco vinculada a ideia de prevenção e promoção de saúde – ao preferir o pronto-atendimento em detrimento do acolhimento como ocorria antes, não pontuamos de forma clara a nossa responsabilidade na manutenção dessa forma de acessar o serviço de saúde por parte da população. Sabemos, é claro, que a cultura de buscar o serviço de saúde apenas quando se está doente para resolver pontualmente aquela queixa é resultado de um longo aprendizado, e tal processo é realimentado por diversos serviços de saúde ao longo dos anos. Manter a população alienada de seu processo de saúde, em que apenas o saber do profissional é capaz de responder adequadamente ao que se deve fazer também contribui para a manutenção de relações de poder já estabelecidas. O conhecimento, enquanto mecanismo de manutenção desse tipo de relação, reforça as hierarquias e aliena as pessoas de seu protagonismo. Ao mantermos o mesmo papel nessas relações, reafirmamos velhas modalidades de afirmação de saber-poder. Diante de uma comunidade que demonstra dificuldades em protagonizar sua cidadania, uma postura não acolhedora acarreta cada vez mais um assujeitamento dessas pessoas. Fica cada vez mais difícil, portanto, promover autonomia, protagonismo, cidadania, e, conseqüentemente, saúde. (Relatório de ensino nº 3)

Esta relação, por mais que apresente diferenças de posições entre seus participantes, apresenta, também reciprocidades. A equipe, ao receber os usuários do serviço em acolhimento, é testemunha de suas histórias, pois auxilia a atribuir significado às suas experiências. De forma semelhante, a população que frequenta o posto também é testemunha dos movimentos da equipe, suas modificações, reformulações, acolhimento e encolhimentos. A função de testemunho parece ser, portanto, uma função de vários dos personagens desta escrita. Os residentes, por sua vez, não poderiam abrir mão de contar com testemunhas para seu processo de formação.

Outro dia os residentes foram solicitados a escrever o que pensavam sobre o que estava acontecendo na USF Estrela. Nessa solicitação, não deveríamos temer retaliações pelo que seria escrito, pois a equipe estaria pronta para escutar. Naquele momento, sequer as pessoas que leriam o relatório estavam definidas.

Como é que se escreve algo sem um destinatário? A quem remeter nossas questões?

Toda nossa escrita, fala, ou qualquer discurso que fazemos precisa de um destinatário. Nessa pessoa ou coisa depositamos nossa confiança de que algo possa ser feito com o que dissermos. O que depositamos a esse destinatário pode ser acolhido, recusado, negado ou ignorado. Dependemos, portanto, da confiança em alguém que possa receber o que colocamos, para que essa fala/escrita faça sentido para quem escreve. É a função da publicização, do reconhecimento da fala, que, em muitas ocasiões, é tudo o que nos sustenta no mundo. (Relatório de ensino nº 4)

Neste trecho foi destacado um importante valor para Arendt: o testemunho. A autora acredita que

nossa certeza de que o que percebemos tem uma existência independente do ato de perceber, depende inteiramente do fato de que o objeto aparece também para outros e de que por eles é reconhecido. Sem esse reconhecimento tácito dos outros não seríamos capazes nem mesmo de ter fé no modo como aparecemos para nós mesmos. (ARENDR, 2012b, p. 63)

É também testemunha, por conseguinte, o leitor desta dissertação, que acolhe fragmentos de histórias repletas de significados para quem as escreveu. As histórias compartilhadas são compostas em sua maioria pelos relatórios de ensino. Estes foram apenas uma das várias formas de intervenção, visando ao reestabelecimento do acolhimento, que este autor realizou. Nas discussões que ocorreram, estiveram sempre presentes os questionamento aos protocolos, assim como a defesa do julgamento e da responsabilidade, em nome do Cuidado como Valor.

Com base nos valores reconhecidos, a liberdade desponta como um importante requisito para a prática de um acolhimento responsável, que na época dos relatórios aparecia com o nome de autonomia. Esta liberdade é o resultado de agir com responsabilidade e pensar singularmente as situações, a despeito do que as regras ou convenções sociais possam exigir. É também consequência de julgar – faculdade de reunir, a partir da experiência, o geral e o particular, sem subsumir o último ao primeiro. Uma vez que esta faculdade estiver estabelecida, “nenhuma ideologia, opinião pública ou convicção pode substituir [...] o *selbstdenken*²⁸ [...] através do qual o homem se abre para o pensamento, descobrindo uma maneira de movimentar-se em liberdade, mesmo em tempos históricos obscuros” (LAFER, 2003, p. 85).

O fechamento dos relatórios não poderia ter sido outro: a retomada do tema do acolhimento, reconhecendo-o como um possível tema para uma caminhada acadêmica, como efetivou-se na construção desta dissertação.

Entendo que uma das expressões máximas dessa autonomia, enquanto tecnologia de cuidado, apareça no acolhimento. É impossível não retomar o assunto que perpassou todos meus relatórios, e se constituiu como a prática que mais me instigou durante a residência. Estou muito contente com o momento atual da equipe, que voltou a acolher. A experiência de passar por alguns momentos de maior e outros de menor (encolhimento) acolhimento permitiu pensar que essa postura de cuidado depende muito mais do que de fluxos que estabeleçam seu funcionamento. É preciso ocorrer discussão dos processos de trabalho, trabalhar as relações entre os profissionais, reconhecer de forma mútua os colegas e usuários do posto, assim como apostar firmemente na autonomia dos trabalhadores de saúde.

Reconheço o acolhimento como a tecnologia de saúde que mais disparou inquietações em mim nesse tempo de USF Estrela. A partir dele, muitas questões surgiram. Algumas delas poderão ser tratadas em meu próximo momento de formação, em uma via acadêmica. Essa possibilidade só aconteceu porque os questionamentos que naturalmente surgiram, durante o tempo de residência, puderam ser colocados para a equipe dessa unidade. Uma unidade em que fui instigado a embasar teórica e tecnicamente meus questionamentos, a defender minhas posições, a mudar de posicionamentos quando algum outro argumento parecia contemplar melhor às questões. Aprendi que assumir e defender posições é fundamental no trabalho dentro do SUS, principalmente quando os valores que embasam essas posições é a crença de que a vida de qualquer pessoa vale a pena. (Relatório de ensino nº 6)

²⁸ Pensar por si próprio. Canovan (1995) defende que o melhor que podemos fazer é julgar as situações a partir do nosso próprio entendimento delas, tentando não permitir que regras e máximas sobre as situações interfiram nessa avaliação.

5. À GUISA DE CONCLUSÕES

O material apresentado neste escrito tem na experiência do próprio pesquisador a motivação e a fonte de dados para a pesquisa. Esta escolha envolve alguns riscos, como o de perder-se nas histórias pessoais daquele que é portador de sua própria narrativa. A fim de diminuir essa chance, buscou-se na análise de implicação uma ferramenta. Contudo, os riscos existiam ao lado de uma aposta: encontrar significados de ações para sujeitos. Neste sentido, percorrer os caminhos que o acolhimento desenvolveu no trabalho em equipe, através das narrativas de um de seus participantes, permite estabelecer conexões entre valores e conceitos.

Os conceitos de Responsabilidade e Julgamento (ARENDR, 2004, 2012b) consistiram nos balizadores das reflexões que foram apresentadas. Como uma consequência da utilização desses conceitos, surgiu a crítica aos protocolos. O interesse em questionar protocolos (escritos ou não) ocorreu porque, nas leis estabelecidas, estão sustentadas as relações desiguais que mantêm aqueles que detém o poder acima dos desafortunados. Todos os contratos à serviço destas leis legitimam a diferença – não no sentido de alteridade –, mas como aquilo que não reconhece outras pessoas como sujeitos portadores de direitos

Ao questionar os protocolos, como a classificação de risco, não deixo de reconhecer, entretanto, que há um grande avanço na área da saúde ao estabelecer prioridades de atendimento. A classificação de risco é um dispositivo que propõe o ordenamento das portas de entrada, através de critérios de risco clínico. Existem diversos protocolos de classificação de risco no mundo (COUTINHO et al, 2012). Entre os mais utilizados no Brasil, encontramos o protocolo de Manchester, que representou um aumento no nível de prioridade dos pacientes, demonstrando ser protocolo bastante inclusivo (SOUZA et al, 2011). No entanto, um protocolo – por mais abrangente que possa ser – nunca poderá substituir a função do juízo, esta faculdade pela qual se juntam o geral e o particular, sem subsumir o último ao primeiro. Verificamos, assim, a incompatibilidade entre o ‘classificar’, proposto pelo protocolo e o ‘pensar’, exigência do julgamento.

Poderíamos, então, propor um ‘juízo de risco’ no lugar da ‘classificação de risco’, para os serviços de saúde? Provavelmente a pouca normatividade e a dependência de julgamentos individuais impossibilitariam a criação deste tipo de instrumento. No entanto, a provocação para que, ao classificar o risco clínico de um paciente, também sejam considerados os juízos que aquela singularidade requer, já aponta caminhos para a continuidade dessa discussão.

Ao estendermos a relação entre ‘classificação’ e ‘juízo’ para outros termos apresentados nesta escrita, podemos pensar nas diferenças entre o ‘acolhimento pronto’ – atendimento estritamente dentro de protocolos, em que não há espaço para juízo das singularidades – e ‘pronto acolhimento’ – imediata e responsável disposição em acolher, que tem o julgamento como etapa imprescindível de seu funcionamento. Ao propormos uma relação entre os quatro termos, teríamos a seguinte construção: a ‘classificação de risco’ está para o ‘acolhimento pronto’, assim como o ‘juízo de risco’ está para o ‘pronto acolhimento’.

Todos estes últimos termos – ‘juízo de risco’ e ‘pronto acolhimento’ – partem da necessidade de pensar, oriunda do sentimento de responsabilidade que podemos cultivar. A discussão sobre a responsabilidade, por sua vez, pode trazer algumas controvérsias, como a afirmação que alguém poderia fazer, de que a defesa de alguns princípios poderia isentar alguém de responsabilizar-se. Por exemplo: se alguém tem determinados valores, e age de acordo com eles, não seria responsável por eventuais más consequência de seus atos, uma vez que sempre agiu de acordo com seus valores.

A resposta para esta afirmação é negativa, como nos aponta Karin Fry (2009) em um episódio da vida particular de Hannah Arendt e sua relação com o movimento sionista. Arendt contribuiu com o sionismo, oferecendo seu apartamento para ajudar fugitivos judeus da perseguição nazista. Também coletava informações sobre o crescente antissemitismo em clubes privados na Europa. Chegou até mesmo a ajudar no transporte de crianças judaicas para a Palestina. Entretanto, apesar de demonstrar afeição ao sionismo, afastou-se deles quando estes não prezaram pela igualdade de direitos em sua política para um novo estado judeu, e se posicionaram contra os árabes na constituição do estado de Israel. O posicionamento de Arendt não ocorreu em consonância com o grupo que até então ajudava, e isso provocou rupturas em sua vida pessoal, como a perda de velhos amigos. Contudo, nem mesmo a pressão que sofreu a impediu de agir conforme seu *selbstdenken*. É possível inferir que, mantendo coerência com a teoria, o código de normas que o sionismo previa deixou de ser aplicável para Hannah quando violou o maior bem defendido por ela: o homem. Além do exemplo pessoal de Arendt, podemos lembrar que a afirmação inicial também poderia ser contestada através da comparação entre a ética da convicção e a ética da responsabilidade, de Weber (2000).

A contribuição deste importante pensador sobre a responsabilidade também acrescenta elementos à discussão proposta por Arendt no que tange ao pensamento sobre a regra geral e o particular, pois Weber reconhece um importante elemento dificultador dessa operação de

reconhecer singularidades: a tradição burocrática do Estado. É ampla a crença de que o estado brasileiro reconhece na burocracia uma de suas características mais marcantes. A máquina do Estado, ao exibir estruturas burocráticas que colocam a manutenção de seu próprio funcionamento acima dos supostos objetivos que uma organização poderia querer lograr, demonstra o quanto a proposta de um ‘juízo de risco’ ou outra qualquer ação que ouse questionar uma regra geral ao observar que um particular não se enquadra nela é desafiadora a um *status quo* institucional. Para Arendt (2004), “a burocracia é infelizmente o mando de ninguém, por essa mesma razão, talvez a forma menos humana e mais cruel de governo” (p.94).

Contudo, deve ser reconhecida a contribuição da burocracia para a manutenção da democracia, uma vez que a segunda não se mantém sem a primeira, capaz de proporcionar regras despersonalizadas e um universalismo de procedimentos. O objetivo desta dissertação não foi argumentar por um ponto de vista que derrube seu opositor. Pelo contrário. Nenhum ponto de vista pode ser derrubado, sob pena de cairmos em um mundo sem ideias contrastantes. A proposta, como colocada no trabalho, portanto, surge com o intuito de prover novas perspectivas sobre a questão do acolhimento, assim como os valores que poderiam fazê-lo menos atrelado a um sistema mercantil.

O contexto de um mundo mercantilizado, que reifica pessoas e relações, diminui a visibilidade para aquilo que escapa à sua lógica. Apenas as coisas consumíveis são reconhecidas e valorizadas como importantes. No entanto, esse funcionamento provoca uma monotonia de relações e pessoas, pois todas são homogeneizadas pelo mercado. A provocação que Nietzsche faz, na parábola *O peso mais pesado* – citado na epígrafe e na metodologia desta escrita, é perspicaz, pois provoca o pensamento daqueles que repetem, sem pensar, suas vidas. A sutileza de Nietzsche é tão grande que, com uma breve parábola, faz o leitor questionar aquilo que supostamente tem de mais valioso: sua vida, seu tempo, suas relações. Arendt (2012b) afirma que foi o choque da Vontade (outra atividade do Espírito) com o passado que fez com que Nietzsche fizesse esse experimento de pensamento. Não deixa de ser, contudo, uma alusão ao Imperativo Categórico de Kant, ou ao *dois-em-um* socrático. Enfim, pouco importa o modelo, mas sim a função que estes esquemas de pensamento exercem: provocar a reflexão das pessoas. Esta dissertação, ainda que menos pretensiosa, também tinha esse objetivo, o de convidar ao pensamento.

A fim de discutirmos sobre outra possível controvérsia desta escrita, tomemos a seguinte afirmação de Arendt sobre o juízo:

Seu critério de ação não será o das regras usuais, reconhecidas pelas multidões e acordadas pela sociedade, mas a possibilidade de eu viver ou não em paz comigo mesmo quando chegar a hora de pensar sobre meus atos e palavras. [...] Esse efeito moral colateral [...] não cria valores; ele não encontrará o que é ‘o bem’ de uma vez por todas; ele não confirma regras de conduta; ao contrário, dissolve-as. (ARENDDT, 2012b, p. 214).

Se o julgamento não cria valores, como poderíamos aliar o Cuidado como Valor enquanto uma referência desta escrita?

Precisamos ressaltar, contudo, que o Cuidado como Valor como constructo teórico não fecha seu conteúdo em prescrições e normas, como se admitisse a existência de uma verdade. Pelo contrário, ele valoriza a singularidade e respeita a abertura aos sentidos impressos pelos sujeitos, com o compromisso de garantir-lhes a vida em seu sentido mais amplo. Não é, portanto, um valor no sentido de prescrição de normas de comportamento e de pensamento; mas adequa-se aos sentidos dos sujeitos. Ele pode estar à serviço do questionamento das leis estabelecidas, uma vez que será na singularidade dos sujeitos que construirá sentidos e significados. A destituição dos códigos, que ditam os costumes de acordo com a moral, para a construção dessa moral individualizada, a partir da verdade comigo mesmo, questiona o caráter normativo das políticas que orientam como deve ocorrer o cuidado em saúde. Equivale a dizer que “na prática, pensar significa que temos de tomar novas decisões cada vez que somos confrontados com alguma dificuldade” (ARENDDT, 2012b, p. 199). Esse é o desafio e proposta de Arendt para nossas vidas em sociedade.

A contribuição de Arendt esteve presente na construção da estratégia metodológica, que propôs uma aposta no desafio da interdisciplinaridade, ao aproximar contribuições sociológicas e filosóficas ao campo da Saúde Coletiva. A forma de apresentação das narrativas esteve na esteira deste desafio, pois apareceu como uma variante do método fenomenológico hermenêutico. Assy (2008) afirma que a narrativa, ao (re)construir nossos passados – e promover a reconciliação com os eventos que ocorreram –, nos prepara para o futuro. É aberta, assim, a possibilidade de evitarmos repetições, como aquelas que Nietzsche (2006) nos convoca a pensar a partir do texto *O peso mais pesado*.

Contudo, evitar a repetição de situações que não nos agradem – ou consideradas não desejáveis – não se dá através de um aprendizado instrumental de como agir futuramente. Não se tratam de novos repertórios a aprender, novos protocolos a seguir. Se houver modificação das ações futuras, elas devem – para sermos coerentes com a referência teórica adotada nesta escrita – ter embasamento nos valores que temos como referência para nossas vidas. Young-Bruehl (1997) nos apresenta um texto publicado por Arendt em um jornal americano, poucos

meses antes de sua morte (no ano de 1975) e que demonstra sua compreensão sobre os eventos passados e seu papel para lidar com o presente e o futuro:

olhar para o passado de modo a encontrar analogias com que resolver nossos problemas presentes é, na minha opinião, um erro mitológico. Se você não puder ler esses grandes livros [grandes obras da literatura e filosofia ocidental] com amor e motivos puros, apenas porque lhe agrada a vida do espírito – a vida do homem –, isso não fará nenhum bem a você ou aos seus alunos (YOUNG-BRUEHL, 1997, p. 391)

Arendt destaca, ao fim de sua vida, que o sentido que as ações adquirem para o sujeito são mais importantes do que as ações em si. A motivação para a ação não deve ter origem, portanto, na instrumentalidade do mundo, com vistas à previsão e antecipação dos resultados em uma lógica utilitária. Sua motivação é válida quando parte de sentimentos puros, como o amor. Essa relativização também é trazida pela pensadora em um trecho de uma publicação mais antiga, no qual expressa um conceito chave desta dissertação:

Valores são bens sociais que não tem significado autônomo, mas, como outras mercadorias, existem somente na sempre fluida relatividade das relações sociais e do comércio. Através dessa relativização, tanto as coisas que o homem produz para seu uso como os padrões conforme os quais ele vive sofrem uma mudança decisiva: tornam-se entidades de troca, e o portador de seu ‘valor’ é a sociedade e não o homem que produz, usa e julga. O ‘bem’ perde seu caráter de ideia, padrão pelo qual o bem e o mal podem ser medidos e reconhecidos; torna-se um valor que pode ser trocado por outros valores, tais como eficiência ou poder. O detentor de valores pode recusar-se a esta troca e se tornar um ‘idealista’ que estima o valor do ‘bem’ acima do valor da eficiência; isso, porém, em nada torna o ‘valor’ do bem menos relativo. (ARENDRT, 1972, p. 60)

Até mesmo o ‘bem’ não é colocado por Arendt como um princípio inquestionável, pois sua construção ocorre através dos valores que a sociedade lhe atribui. No entanto, um indivíduo pode manter-se fiel àquilo que entende como um valor importante para si, apesar dos entendimentos diversos compartilhados na coletividade. Tal fenômeno apenas ocorre em decorrência da capacidade de julgar, que se apresenta como uma “instância fundamental para se pensar a possibilidade de resistência no mundo contemporâneo” (AGUIAR, 2009, p. 147), no qual a lógica utilitarista apresenta-se de forma massiva, imprimindo às relações as marcas do egoísmo e da indiferença ao outro.

Uma possível alternativa nos é sugerida através do “cultivo de sentimentos públicos”, que torna nossa motivação neste planeta menos individualista, reconhecendo satisfação nas coisas públicas e no amor ao próximo. Como a própria expressão permite inferir, esses sentimentos não são dados à priori, mas necessitam de um verdadeiro cultivo por parte das pessoas que se apazem ao perceber que existem satisfações desinteressadas, para além dos

proveitos individuais e dos interesses egoístas. De acordo com Assy (2007), esse tipo de “satisfação [...] implica a experiência de uma forma específica de felicidade: a felicidade pública” (p. 116). Essa felicidade está atrelada, portanto, aos nexos axiológicos defendidos nesta dissertação, pois tem o Julgamento e a Responsabilidade como condição e consequência da noção de cuidado com o espaço entre homens (NORMANDO, 2012). É apenas neste espaço – o espaço público – no qual se afirmam projetos intersubjetivos que garantem referências comuns à comunidade (LUDWIG, 2013). Esse caminho do comum constitui-se, então, em uma via para a construção de práticas alinhadas com a Integralidade, na qual o Cuidado como Valor aparece como uma possível orientação das ações em saúde.

REFERÊNCIAS

ARANHA, M. L. de A.; MARTINS, M. H. P. *Filosofando: introdução à Filosofia*. 3ª ed. revista. São Paulo: Moderna, 2003.

ARENDT, H. *Verdade e política*. Trad. Manuel Alberto. The New Yorker, 1967.

_____. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

_____. *Origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

_____. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

_____. *Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal*. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2008.

_____. *Sobre a revolução*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012a.

_____. *A vida do espírito*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012b.

Aristóteles. *Aristóteles*. São Paulo: Nova Cultural, 1996. (Coleção Os pensadores).

ASSY, B. *Sensus communis: exercício da condição humana*. Humanidades, Brasília, n. 53, p. 115-124, jun. 2007.

_____. Uma personalidade ética: a singularidade de que somos. In: *Hannah Arendt: Entre o passado e o futuro*. In: CORREIA, A. & NASCIMENTO, M. (Org). UFJF editora, 2008a.

_____. Vida insustentável e reconciliação da narrativa – espaço público como natalidade metafórica em Hannah Arendt. *Revista da Faculdade de Direito - UFPR*, Curitiba, n.47, p.81-99, 2008b.

_____. Invisibilidade social, reconhecimento e direito a saúde. In: PINHEIRO, R. et al (Org.). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. 1ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ-ABRASCO, 2012.

AYRES, J. R. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. In: PINHEIRO, R. et al (Org). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, 2010.

_____. O Cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. & SILVA JUNIOR, A. G. (Org). *Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, 2011.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARALDI, D.; SOUTO, B. G. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, Santo André, v. 1, n. 36, p.10-17, maio 2011.

BARROS, J. A. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, Jul. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 Jan. 2014.

BARROS, D. M.; SA, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010.

BARROS, M. E. B. De Amoladores de facas e cartógrafos: a atividade do cuidado. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Org). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

BATAILLE, G. *A parte maldita*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. *Texto contexto - enferm*. Florianópolis, v. 21, n. 1, Mar. 2012 .

BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política*. Brasiliense: São Paulo, 1985.

BENTHAM, J. *Uma introdução aos princípios da moral e da legislação*. São Paulo: Nova Cultural, 1989. (Coleção Os Pensadores)

BOBBIO, N. *Dicionário de política*. 5ª Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1993.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. & MATTOS, R. A. (Org). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Mar. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Jan. 2014.

BRASIL. *Resolução normativa RN nº 259*. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011a.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica* (Portaria GM 2488). Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2011b.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica* (Portaria GM 648). Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4º ed. Brasília: Editora do MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. *Constituição Federal* (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *XI Conferência nacional de saúde: relatório final*. Brasília, 2002.

BREHMER, L. C.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, Nov. 2010.

BRITO, L. et al. Perfil nutricional de pacientes com câncer assistidos pela casa de acolhimento ao paciente oncológico do sudoeste da Bahia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 58, p.163-171, abr./jun. 2012.

CABRAL, B. E. B. *Sustentando a tensão: um estudo genealógico sobre as possibilidades de ação transdisciplinar em equipes de saúde*. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

CABRAL, B. E. B. *Cartografia de uma ação territorial em saúde: transitando pelo Programa Saúde da Família*. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2004.

CAILLÉ, A. *Antropologia do dom: o terceiro paradigma*. Petrópolis: Vozes, 2000.

CAMARGO JR, K. R.; MENDONÇA, A. L. O. Complexo médico-industrial/financeiro: os lados epistemológico e axiológico da balança. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22 n. 1, p. 215-238, 2012.

CAMELO, S. H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, ago. 2000.

CANOVAN, M. *Hannah Arendt: a reiteration of her political thought*. Cambridge: University Press, 1995.

CARVALHO, I. C. M. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 9, n. 19, p. 283-302, jul. 2003.

CHÂTELET, F. *História das ideias políticas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

CECÍLIO, L. C. O. O “trabalhador moral” na saúde. Interface: *Comunicação, Saúde, Educação*, v.11, n.22, p. 345-363, 2007.

CNI – IBOPE: *Retratos da sociedade brasileira: saúde pública* – (janeiro 2012) – Brasília: CNI, 2012. Disponível em:

<<http://www.cni.org.br/portal/data/files/00/FF80808134CE96AF0134D22242451D75/Retratos%20da%20Sociedade%20Brasileira%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Janeiro%202012.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

CONEP. *RESOLUÇÃO Nº196/96 versão 2012*. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília, 2012.

COSTA, C. O. et al. Acolhimento no processo de trabalho da enfermagem: estratégia para adesão ao controle do câncer do colo uterino. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 3, n. 34, p.706-717, jul./set. 2010.

COUTINHO, A. A. P. et al. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Revista médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, 2011.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, Set. 2011.

DAMASCENO, R. F. et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Journal Of The Health Sciences Institute*, São Paulo, v. 1, n. 30, p.37-40, Jan. /mar. 2012.

DE CARVALHO TORRES, H.; BATISTA LELIS, R. Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para gestão do acolhimento com classificação de risco. *Cienc. enferm.* Concepción, v. 16, n. 2, ago. 2010.

DENIS, H. *História do pensamento econômico*. Lisboa: Livros Horizonte, 1978.

DESLANDES, S. O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde. In: PINHERO, R. & SILVA JR, A. G. (Org). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*. Campinas, n. 7 v. 2, 2002.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo Perspec.*, São Paulo, v. 18, n. 3, Sept. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Dez. 2013.

EIZIRICK, M. F. Poder, saber e práticas sociais. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v 37, n. 1, pp. 23-29, jan./abr. 2006.

FALK, M. et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: Percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Revista de APS*, América do Norte, v. 13, jan., 2010.

FERIGATE, A. A. Uma percepção estético-dramática da política em Hannah Arendt. *Revista Ética & Filosofia Política*, v. 9, n. 1, jun. 2006.

FERREIRA, A. C.; GROSSI, Y. S. A narrativa na trama da subjetividade: perspectivas e desafios. *Economia & gestão*, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 120-134, jan./jun. 2002.

FOUCAULT, M. *Ditos e escritos IV: Estratégia, poder-saber*. Forense Universitária: Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, T. B. et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. CEPESQ – UERJ – ABRASCO: Rio de Janeiro, 2010.

FRANCO, F. S.; SZYMANSKI, H. O método fenomenológico-hermenêutico na investigação de práticas educativas parentais. *Anais IV SIPEQ*. 2010.

FRY, K. *Compreender Hannah Arendt*. Petrópolis: Vozes, 2009.

GARDNER, H. et al. *Trabalho qualificado: quando a excelência e a ética se encontram*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GOMES, M. H. A.; SILVEIRA, C. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, Fev. 2012 .

HOBBS, T. *Leviatã; ou, A matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil*. 2. ed. São Paulo: Ícone, 2003.

HONNETH, A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34, 2003.

HONORATO, C. E. *O Trabalho Político do Profissional de Saúde Mental em um Processo de Desinstitucionalização: um estudo sobre integralidade e reforma psiquiátrica*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

IBGE. *Contagem populacional do município de Porto Alegre – RS*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431490#>> Acesso em 06 mar. 2013.

ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES. *Índice de queixas sobre operadoras privadas de saúde à ANS*. <<http://www.ans.gov.br/portal/site/indicadereclamacoes/indicadereclamacoes.asp>>. Acesso em 04 fev. 2012.

IPEA: *Sistema de indicadores de percepção social (SIPS)/ saúde – (fevereiro 2011) –*. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em 15 jan. 2012.

JONAS, H. O Princípio Responsabilidade: ensaio de uma ética para uma civilização tecnológica. Rio de Janeiro: PUC Rio, 2006.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, Jul. 2011.

KANT, I. *Crítica da faculdade do juízo*. Forense Universitária: Rio de Janeiro, 2008.

LEFÈVRE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.

LISPECTOR, C. *A hora da estrela*. Editora Rocco, Rio de Janeiro, 1999.

LOURAU, R. *A Análise Institucional*, Petrópolis: Vozes, 1975.

_____. René Lourau na UERJ- 1993. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1993.

_____. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: analista em tempo integral*. Hucitec: São Paulo, 2004.

LOUZADA, A.P.; BONALDI, C.; BARROS, M.E. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. & MATTOS, R. A. (Org). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

LUDWIG, C. Educar sem corrimões? A formação em tempos de ruptura com a tradição. *Inter-Ação*. Goiânia, v. 38, n. 3, 2013.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004.

LUZ, M. T. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Jan. 2014.

MACEDO, C. A. et al. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Revista Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 19, p.457-462, jul./set. 2011.

MAESTRI, E. et al. Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 1, Fev. 2012.

MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. Humanização para quem? Um olhar crítico sobre os cuidados a partir da fenomenologia da percepção. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Org). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

_____. Redes Sociais: Entre o simplismo da ideologia utilitarista e a complexidade das mudanças sócio-históricas contemporâneas. In: MARINS, P. H. & MEDEIROS, R. S. (Org). *América Latina e Brasil em perspectiva*. Recife: Editora Universitária, 2009.

_____. A dádiva como mediação no cuidado em saúde: implicações para o direito. In: PINHEIRO, R. et al (Org). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. 1ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ-ABRASCO, 2012.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MEADE, E. The commodification of values. In: MAY, L. & KOHN, J. (Org) *Hannah Arendt: Twenty years later*. MIT Press. Cambridge. London. 1997.

MENEGHEL, N. Histórias de vida – notas e reflexões de pesquisa. *Athenea Digital*. Barcelona, n. 12, 2007.

MENDOZA, V. L. F. O narrador e suas memórias: para deslembrar do esquecimento. *Revista Jurídica da UNED*. V. 1, n. 1, 2011.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Org). *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. p. 71-112, São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MEYER, P. *A irresponsabilidade médica*. São Paulo: UNESP, 2002.

MILL, J. S. *O utilitarismo*. São Paulo: Iluminuras, 2000.

MITRE, S. M. et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, Ago. 2012.

NEVES, C. A. B.; HECKERT, A. L. C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010.

NIETZSCHE, F. *A gaia ciência*. São Paulo, SP: Escala, 2006.

NORMANDO, P. C. *Responsabilidade política: um conceito a partir da obra de Hannah Arendt*. 2012. 116 f.; Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Filosofia, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, 2012.

NUNES, E. D. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Abr. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Jan. 2014.

OLIVEIRA, L. H. et al. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dez. 2009.

OLIVEIRA, R. C. A legitimação da hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur. *Ekstasis: revista de fenomenologia e hermenêutica*, v. 2, n1, 2013.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, v. 17, n. 3, p. 18-25, set-dez, 2005.

PLATÃO. *Gorgias + o banquete + fedro*. São Paulo: Verbo, 1973.

PEREIRA, A. D. et al. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 1, n. 31, p.55-61, mar. 2010.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. n 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PERELMUTTER, D. A história oral e a trama sensível da subjetividade. In: *Internacional Oral History Conference*. Rio de Janeiro, 1998 apud FERREIRA, A. C.; GROSSI, Y. S.. A narrativa na trama da subjetividade: perspectivas e desafios. *Economia & gestão*, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 120-134, jan./jun. 2002.

PESSANHA, P. B. *Análise do acolhimento no Centro de Atenção à saúde da mulher, criança e adolescente do Hospital Federal de Bonsucesso*. Curso Técnico de Saúde (Nível Médio em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2011.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, Dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Maio. 2013.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 36, Mar. 2011.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R. & SILVA JR., A. G. (Org). *Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, 2011.

_____. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007.

PINTO DOS SANTOS, P. L. Mercantilização da saúde e cidadania perdida: o papel do SUS na reafirmação da saúde como direito social. *Revista da UNIFEBE* - ISSN 1679-8708, [S.l.], v. 1, n. 11, Ago. 2013. ISSN 2177-742X. Disponível em: <<http://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/136/67>>. Acesso em: 19 Dez. 2013

POLANYI, K. *A grande transformação: as origens da nossa época*. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

PORTO ALEGRE. *Portal transparência*. Porto Alegre amplia cobertura de saúde da família, 2012. Disponível em http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_servidor/default.php?p_noticia=158694. Acesso em 06 mar 2013.

PORTO ALEGRE. *Plano municipal de saúde (2010-2013)*. Secretaria municipal de saúde, 2010. Disponível em <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf>. Acesso em 06 mar 2013.

QUEIROZ, M. V et al. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 2, Jun. 2010 .

RIBEIRO, L. C. et al. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, Dez. 2010.

ROSSONI, E. *Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde: processos educativos em tempos líquidos*. 2010. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev. salud pública*, Bogotá, v. 13, n. 4, Ago. 2011.

SANTOS, M. F. O. et al. Receptiveness and humanization from the perspective of anesthesiologists. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, Campinas, v. 62, n. 2, Abr. 2012 .

SANTOS JR, J. C. M. Avaliação médica: o consumo na medicina e a mercantilização da saúde. *Rev bras. colo-proctol.*, Rio de Janeiro , v. 26, n. 1, Mar. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802006000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Dez. 2013.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *1º Caderno de Apoio ao Acolhimento: Orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade*. Prefeitura Municipal de São Paulo, 2004.

SCHRAMM, F. R. Da bioética privada à bioética pública. In: FLEURY, S. (Org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

SCHEIBEL, A.; FERREIRA, L. H. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 4, n. 35, p.966-983, out./dez. 2011.

SCHITTINO, R. T. A escrita da história e os ensaios biográficos em Hannah Arendt. *História da historiografia*. Ouro Preto. n. 9, p. 38-56, 2012.

SILVA, E. M. R.; TRONCHIN, D. M. Acolhimento de usuários em um pronto-socorro infantil na perspectiva dos enfermeiros. *Acta paul. enferm.* São Paulo, v. 24, n. 6, 2011.

SILVA, C. Murialdo: história e construção na saúde coletiva do Rio Grande do Sul. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 16, n.2, p. 105-115, 2002.

SILVEIRA, P. F. Sobre a deontologia do intervencionismo estatal no setor saúde. *Rev. Saúde Pública*, vol.22, n.3, p. 221-232, 1988.

SMITH, Adam; CANNAN, Edwin. A riqueza das nações: Investigação sobre sua natureza e suas causas. São Paulo: Abril Cultural, 1983

SOARES NUTO, S., OLIVEIRA, G., ANDRADE, J., MAIA, M. O Acolhimento em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, Fortaleza-CE: um relato de experiência. *Revista de APS*, América do Norte, 13, nov. 2010.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, Fev. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Jan. 2014.

SOUZA, M. H. N. et al. Estratégia acolhimento mãe-bebê: aspectos relacionados à clientela atendida em uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Dez. 2011.

SPINK, P. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*; 15 (2): 18-42; jul./dez.2003.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, 2004. 725 p.

TEXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org). *A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

TEIXEIRA, F. C. Narrativa e fronteira cultural. *Revista de história e estudos culturais*, v. 2, n. 2, 2005.

TESSER, C. D. et al. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2012.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006.

THIRY-CHERQUES, H. *Max Weber e a ética nas organizações*: cinco hipóteses sobre a cultura e a moral a partir de conceitos de Max Weber. *RAP*, v. 31, n. 2, p.5-21, mar/abr 1997.

ULBRICH, E. M. et al. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para acolhimento às vítimas. *Cogitare Enfermagem*, América do Norte, 15, jun. 2010.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. Nov. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Dez. 2013.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, 2012 .

WEBER, M. *Ciência e política*: Duas vocações. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 2000.

YOUNG-BRUEHL, E. *Por amor ao mundo*: a vida e a obra de Hannah Arendt. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

ZANELATTO, D. M.; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 2, n. 9, p.358-365, abr./jun. 2010.