

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ACOLHIMENTO NA GESTÃO E O TRABALHO EM SAÚDE



Brasília - DF
2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde

ACOLHIMENTO NA GESTÃO E O TRABALHO EM SAÚDE



Brasília - DF

2016

2016 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2016 – 10.000 exemplares – OS 2016/0058

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Política Nacional de Humanização
Setor de Administração Federal Sul, Trecho 2, bloco F,
Edifício Premium - Torre II - 1º andar - sala 102
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Site: www.redehumanizaus.net
E-mail: humanizaus@saude.gov.br

Organização e elaboração de texto:

Ana Paula Silva da Costa
Andreia Maria Thurler Fontoura
Carlos Alberto Gama Pinto
Elaine Machado López
Eliane Benkendorf
Jimeny Pereira Barbosa Santos
Marilene Wagner
Olga Vânia Matoso de Oliveira

Colaboração:

Sheila Rodrigues de Souza

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos
Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação
e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Francisca Martins
Pereira
Revisão: Silene Lopes Gil e Tatiane
Souza
Capa, projeto gráfico e diagramação:
Marcelo S. Rodrigues

Acolhimento na Gestão e o Trabalho em Saúde

“Toda ação de mudança deve ser aceita como certa aposta em disputa.”

Para a **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH)** (BRASIL, 2010) estruturar a prática do Acolhimento nos serviços de saúde representa uma resposta aos desafios de superar e inverter o Modelo de Atenção à Saúde hegemônico centrado no hospital, no médico e na doença, para um modelo que priorize a escuta e o cuidado do sujeito que nos apresenta demandas que extrapolam o corpo e se amplificam em nuances psicológicas, sociais, familiares, comunitárias.

Partindo do princípio de uma indissociabilidade entre o Modelo de Atenção e o Modelo de Gestão, a PNH entende que a saúde se produz, **no que compete diretamente ao setor Saúde**, a partir da forma como os serviços e as equipes se organizam, ou seja, como o processo de trabalho se desenha e os efeitos que ele produz sobre todos os envolvidos – gestores, trabalhadores e usuários. A forma como as equipes e os serviços são organizados é importante, pois implica diferentes formas de vínculo entre os trabalhadores, os gestores e os usuários. Por isso, falar de Acolhimento é também falar da organização do processo de trabalho e seus efeitos no cotidiano de vida local (serviço de saúde, comunidade, trabalhadores, gestores e usuários). Uma equipe que acolhe o usuário trabalha de forma muito distinta daquela que se organiza a partir de filas, de fichas ou exclusivamente de agendamento.

O mundo do trabalho é atravessado pelas contribuições de Taylor¹ que defende uma divisão bastante marcada entre quem pensa e quem executa o trabalho. Aquele que sabe o que deve ser feito (o chefe) é quem define o que deve ser posto em prática. Os trabalhadores devem fazer o trabalho, sem questionar as definições e as padronizações. Costumamos dizer que, neste tipo de organização do trabalho, “Manda quem pode, obedece quem tem juízo”.

Segundo essa mesma tradição cartesiana, o processo de trabalho deve ser dividido em tantas etapas quantas forem necessárias, e cada uma delas deve ser executada por um trabalhador (fragmentação do processo de trabalho), de forma que a soma do trabalho de todos consiga obter o produto desejado (Linha de Produção). A administração científica é que vai garantir o melhor rendimento. Segundo essa forma de encarar o mundo do trabalho, são os gerentes que definem o processo por meio de protocolos, de diretrizes, de procedimentos operacionais padrão etc., tidos como suficientes para garantir

¹ Pela denominada Teoria da Administração Científica, representada especialmente pelas ideias de Frederik Taylor.

o melhor resultado, por meio da padronização e do controle. À medida que o como fazer não está em discussão, a participação dos trabalhadores na definição dos processos de trabalho não é desejada, nem vista como necessária (TAYLOR, 1995).

No campo da Saúde, também, reproduzimos características deste modelo de gestão e, por isso, precisamos propor e experimentar novas formas de gestão nos serviços de saúde. Estas novas possibilidades se relacionam com a maior participação dos trabalhadores na definição da organização dos processos de trabalho.

Para a PNH, no entanto, tais processos são da alçada de todos os trabalhadores, independentemente de sua posição na hierarquia institucional, e afetam todos os sujeitos envolvidos: gestores, trabalhadores e usuários. Seguindo a proposição do **Método da Roda**, o Método Paideia ou anti-Taylor (CAMPOS, 2010), a PNH defende a inclusão de todos os atores interessados nas diversas etapas. Incluir os diversos interesses significa reconhecer que o trabalho cumpre um conjunto de finalidades complexas, que podemos caracterizar como uma tríplice finalidade: trabalha-se para o outro e com o outro, mas também para si mesmo e, por fim, trabalha-se para uma instituição.

No trabalho em saúde, trabalha-se para o outro, para o cidadão, para o usuário do sistema ou do serviço de saúde, para o paciente e seus familiares etc. Trabalha-se para o outro, para a produção de algo que tenha valor de uso para este outro: curar sua doença, controlar algum agravamento, prevenir alguma seqüela, minimizar algum risco de adoecimento etc.

Trabalha-se com o outro, na medida em que o usuário é o portador da necessidade de saúde e de eventuais demandas.

Mas existe outra dimensão, que diz respeito a interesses legítimos dos trabalhadores da Saúde. Trabalha-se também para si mesmo. Trabalha-se para satisfação de suas próprias necessidades (AMARAL, 2011), desde as necessidades mais básicas, como garantia de alimentação, de abrigo, de habitação, de vestuário, de transporte (coisas que se podem comprar e que podem ser conseguidas com o salário) até as necessidades mais complexas, como as de afeto, de aceitação pelos outros, de pertencimento a grupos, de respeito, de aprovação social, de reconhecimento e de valorização pessoal, autoconfiança, prestígio, poder, consideração, desenvolvimento pleno etc. (coisas que não se podem simplesmente comprar e que não podem ser conseguidas apenas por meio de ganhos salariais).

Por fim, trabalha-se para a instituição, para sua permanência, sua estabilidade, sua viabilidade, mas também para suas mudanças, seu crescimento e suas inovações. Trabalha-se para o cumprimento de metas das organizações, sua viabilidade financeira, sua competitividade no mundo das organizações,

sua visibilidade enquanto produtora de valor de uso para as pessoas, sua importância e sua legitimidade no imaginário da sociedade.

A princípio, todos estes interesses diversos são legítimos, embora exista um grau significativo de antagonismo entre eles. O que os usuários esperam de um serviço de saúde pode não ter o mesmo significado para os trabalhadores, nem ser aquilo que o gestor do serviço deseja. Existem, portanto, potencialmente, conflitos de interesses. Daí, serem necessários espaços para que estes interesses possam ser explicitados e colocados em discussão.

A PNH defende a possibilidade de os trabalhadores se colocarem ativamente na condução dos seus processos de trabalho, planejando suas atividades, elaborando suas condutas, participando dos processos de gestão e de avaliação de seu trabalho e do trabalho dos copartícipes. Pensa quem faz. Planeja quem executa o trabalho. Valoriza-se o engajamento no trabalho, ao contrário da alienação proposta por Taylor. Em vez da linha de produção dos “tempos modernos”, valorizamos o neoartesanato, ou seja, colocar o trabalho como possibilidade criativa, como realização de uma obra (CAMPOS, 2010). Pretende alcançar a valorização da singularidade e da autonomia.

De acordo com o **Método Paideia**, a PNH trabalha com o reconhecimento dos poderes, saberes e afetos que estão em jogo nas relações de trabalho.

Essa aposta coloca em questão as relações de poder autoritárias, inventa formas de diminuir as diferenças de poder nas instituições e inclui a percepção de que todos devem participar das decisões. Não se trata de eliminar as funções de coordenação, direção, mas de recolocá-las em outro patamar: construir coordenações que compartilhem decisões, que se proponham existir como instituição em cogestão, com tomada de decisões compartilhadas, maior grau de autonomia às equipes e maior responsabilidade dos profissionais.

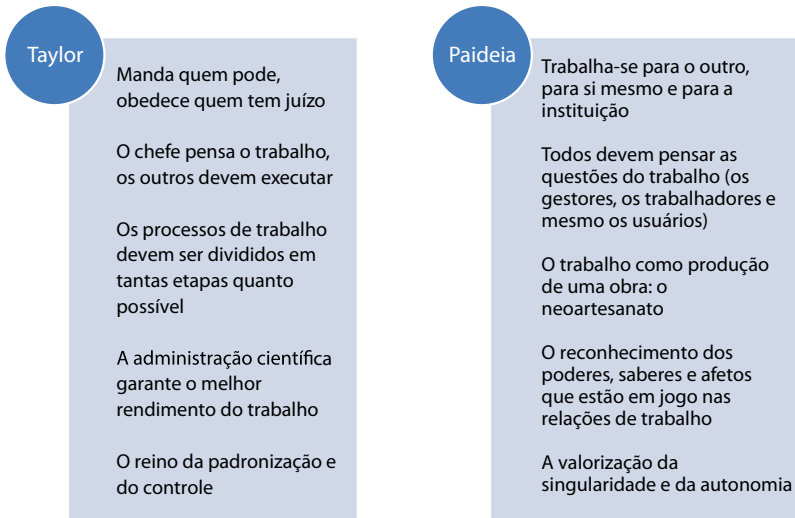
Vivenciar este método representa também colocar em questão os saberes envolvidos no trabalho: desmistificar o caráter eminentemente científico dos saberes nas instituições, valorizar os saberes dos diversos campos, criar espaços onde todos os profissionais envolvidos no processo da unidade possam participar das discussões dos projetos de gestão e dos projetos de intervenção.

Trata-se de colocar em questão os afetos que estão envolvidos nas relações de trabalho, incentivar que as questões subjetivas sejam valorizadas, colocar em análise as questões que surgem nos grupos, as resistências, as transferências, as tensões nas relações intersubjetivas etc.

Enfim, o grupo como espaço de análise e de cogestão das questões do trabalho.²

² Para o Taylorismo: Há uma maneira certa de executar o trabalho. Esta maneira é definida pela gerência. Divisão clara de trabalho.

Figura 1 – O Método Paidéia como um método anti-Taylor



Fonte: Autoria própria.

Para a perspectiva taylorista, as mudanças nos processos de trabalho dar-se-ão da seguinte forma: “Treinar um homem e depois o outro, e exercitá-los por meio de um instrutor competente, até que o trabalho prossiga regularmente, de acordo com leis científicas, desenvolvidas por outrem...” (TAYLOR, 1995, p. 55). O autor reconhece que o treinamento, feito de acordo com regras desenvolvidas fora dos locais onde o trabalho é realizado, “é completamente oposto à concepção antiga de que cada trabalhador pode determinar o melhor método para realizar o seu trabalho.” (TAYLOR, 1995, p. 55).

Organização do trabalho e Acolhimento

Ao discutir o Acolhimento, tensionamos e somos convidados a analisar e mudar a forma como o trabalho está organizado nos diferentes serviços de saúde e em suas conexões, a rede de atenção. Diferente do que nos indicaria uma filiação taylorista, nós sabemos que a possibilidade de acolher não se viabilizará exclusivamente pela definição de novos protocolos e de treinamentos para os diferentes componentes das equipes. Na perspectiva da cogestão, é preciso discutir essa mudança com todos os que serão afetados por ela: gestores, trabalhadores e usuários. Não é possível acolher sem alterar o funcionamento das equipes de saúde. Será necessário que todos os integrantes das equipes façam acordos em relação às mudanças, que discutam em que situações o agendamento é a melhor alternativa e quando esta tecnologia

não serve, que decidam a respeito de prioridades, de encaminhamentos, de condutas. Especialmente, é importante que a equipe esteja disposta a rever o que está sendo acordado, que contrate compromisso de adaptar e alterar os primeiros acordos.

Portanto, considerando que gestão e atenção são indissociáveis, o Acolhimento não deve ser implementado de forma autoritária, prescritiva, tampouco há um único modo de acolher. Nesta visão de mundo, ao contrário das recomendações de Taylor, a equipe pode e deve determinar as melhores formas para realizar o seu trabalho. O Acolhimento precisa estar na roda, deve voltar a ser tema de reuniões, deve ser reavaliado em conversas que considerem como os diferentes integrantes da equipe estão sendo mobilizados e quais os problemas novos que o processo está revelando. É provável que muitas equipes necessitem de algum acompanhamento para lidar com as mudanças desencadeadas pelo Acolhimento. Uma pessoa que entenda de Acolhimento, ou de gestão, de trabalho em equipe pode realizar apoio às equipes para facilitar a produção de novos contratos entre os seus integrantes.

Para transformação do mundo do trabalho em Saúde em uma perspectiva Paideia, de desenvolvimento pleno dos sujeitos envolvidos (trabalhadores e usuários), a PNH trabalha com vários Conceitos, Arranjos e Dispositivos.

Para a PNH, os Dispositivos são proposições que abarcam parte dos problemas do mundo do trabalho, mas nenhum dispositivo existe isoladamente. Quando pontuamos um determinado dispositivo, estamos chamando a atenção sobre pontos dos processos de trabalho, dando destaque a certas questões, mas apenas isso. Existe uma grande interposição entre os diversos Conceitos, Arranjos e Dispositivos que a PNH trabalha. No limite, um determinado Dispositivo é interessante enquanto for uma forma de aumentar a potência da equipe para lidar com os processos de trabalho e para lidar com sua tarefa, com a produção de sua obra: a produção de maiores níveis de saúde e de autonomia para os cidadãos, os usuários, os pacientes, os familiares etc.

É partir desse entrecruzamento das ações possíveis, como pontos de entrada na análise de como o trabalho em saúde se organiza e o que isso produz, é que vamos pensar o Acolhimento e sua interface com os demais arranjos.

Diretriz de Acolhimento

Para a Política Nacional de Humanização, o Acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política:

- **Ética** no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, de sentir e de estar na vida.

- **Estética** porque traz para as relações e os encontros do dia a dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade.
- **Política** porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

Em sua prática, traduz-se em uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma **atitude de inclusão**.

A proposta do **Acolhimento** tem como principal foco atender as necessidades do usuário dos serviços de saúde, privilegiando a organização das ofertas dos serviços a partir das demandas de saúde apresentadas. E, a partir das pessoas que procuram os serviços, vivenciar o cuidado em uma disposição singular, em que profissional e usuário se encontram no cuidado para construir a inclusão, um cuidado compartilhado e indo além, abrindo espaços inclusive para partilhar sobre a organização do próprio serviço.

No entanto, é importante reconhecer as dificuldades de exercer e de afirmar o Acolhimento em nossas práticas cotidianas em saúde.

O Acolhimento no SUS: um pouco de história

A ideia de **Acolhimento** nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos.

Ao reconhecer essa longa trajetória, a PNH, em seus 10 anos de existência como política pública, percebe que grande parte do que sabemos hoje sobre Acolhimento se deve a um acúmulo prático, mas também é importante esclarecer a “qual” **Acolhimento** estamos nos referindo.

Algumas dessas experiências colocam a prática do **Acolhimento** em dimensões ainda bastante restritivas: ora como uma atitude voluntária de bondade e de favor exercida por parte de alguns profissionais; ora como uma dimensão espacial, definida a partir de um espaço físico ou em um ambiente confortável; ora como uma prática exercida pela equipe de porta de entrada do serviço, ou mesmo em uma recepção administrativa, limitada à porta de entrada dos serviços de saúde; ora como uma ação de triagem administrativa e de repasse de encaminhamentos para serviços especializados, ou seja, uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e de produção de vínculo.

Essas formas de **Acolhimento** compõem uma organização do processo de trabalho com algumas características:

- Convivência com filas “madrugadoras” na porta do serviço de saúde, disputando o acesso sob o critério de quem chega primeiro ou mais cedo para conseguir vagas para atendimento. Desdobra-se daí a questão do **acesso** aos serviços, que, de modo geral, é organizado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, de agravo ou do grau de sofrimento.
- Construção do trabalho cotidiano reproduzindo uma forma de lidar que valoriza a produção de procedimentos em detrimento de construir alternativas para atender as reais necessidades de resposta que estão sendo demandadas pelos usuários sob sua responsabilidade. Muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com as demandas locais, e acreditam que o seu objeto de trabalho é combater esta ou aquela doença, fazer certo número de procedimentos, atribuindo **menor importância à existência dos sujeitos** em sua complexidade e sofrimento.
- Trabalho fragmentado, sem uma articulação dos diversos saberes da própria equipe com objetivo de proporcionar maior possibilidade de atender a complexidade dos problemas de saúde existentes.
- Atendimento de pessoas com sérios problemas de saúde de forma pontual, sem planejamento do cuidado de forma contínua, não estabelecendo, ou mesmo rompendo o vínculo que é alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde.
- Profissionais muito atarefados até mesmo exaustos de tanto realizar atividades, mas sem conseguir avaliar ou interferir nessas atividades de modo a melhor qualificá-las.
- Nos serviços de urgência, convive-se com a presença constante de casos graves em filas de espera, com baixa capacidade de distinguir riscos.

Este funcionamento, isoladamente ou em conjunto, reflete uma lógica que produz mais adoecimento, na qual, ainda hoje, parte dos serviços de saúde vem se apoiando no desenvolvimento do trabalho cotidiano. Na prática do adoecimento, do sofrimento no cotidiano de trabalho, o repasse do problema fica como objetivo principal, desviando a atenção para a importância de acolher o sujeito e suas necessidades e ter disponibilidade para construir alternativas que atendam as demandas presentes. Evidentemente todas essas práticas não somente comprometem a eficácia como também causam sofrimento a trabalhadores e usuários do SUS.

Acolhimento como diretriz que opera a prática e a organização dos serviços de saúde

Como parte do caminho na busca pela superação de tais dificuldades, torna-se necessário que outras técnicas, conhecimentos e valorização dos sujeitos passem a fazer parte do dia a dia do trabalho em saúde, cultivando espaços de troca importantes para que profissionais das equipes possam compartilhar conhecimentos, disponibilidades, ações e apoio na superação de questões que causam sofrimento e insatisfação das pessoas que oferecem e recebem serviços de saúde.

A proposta do Acolhimento, articulada com outras experimentações de mudança no processo de trabalho e de gestão dos serviços, é recurso existente e possível de qualificar os processos instituídos, com objetivo de promover melhor qualidade dos serviços de saúde.

O Acolhimento é uma estratégia de interferência nos processos de trabalho. O Acolhimento não se limita a um espaço físico, mas transparece em uma postura ética. Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica um compartilhamento de saberes, de angústias e de invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade.

Desta forma, o **Acolhimento** se constitui como parte do processo de mudança de atitude dentro do serviço de saúde.

Colocar em ação o **Acolhimento** como diretriz operacional requer:

- Protagonismo dos sujeitos envolvidos na produção de saúde (gestor, trabalhador, usuário), em um exercício ativo de vivenciar o Método da tríplice inclusão³ no cotidiano do trabalho em saúde.
- Valorização e abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e a sua rede social, como liga fundamental no processo de cuidado.
- Perceber a necessidade de Acolhimento dos profissionais que estão em uma relação de cuidado com a população, a fim de cuidar destes profissionais sob a perspectiva de perceber dificuldades e propor alternativas para superar questões que prejudiquem a acolhida à demanda da população por parte destes profissionais.

³ Podemos falar de um método de tríplice inclusão: inclusão dos diferentes sujeitos no sentido de produção de autonomia, de protagonismo e de corresponsabilidade; inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança; inclusão do coletivo como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. (BRASIL, 2010).

- Uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e do cuidado do usuário.
- Produção de processos de educação permanente no cotidiano dos serviços, a fim de construir novas formas de produção de saúde que possibilitem processos de trabalho mais acolhedores e resolutivos.
- Elaboração de projetos de intervenção individuais e coletivos, com equipes de referência definidas como responsáveis e gestoras desses projetos, refletindo em uma horizontalização da atenção em saúde por linhas de cuidado.
- Mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão, de escuta, de trocas e de decisões coletivas, refletindo em reorganização das relações de trabalho – entre profissionais, entre profissional e usuário.
- Diferenciação entre Acolhimento e triagem, construindo uma percepção coletiva sobre o que seria uma ação de inclusão, ou exclusão, e que o Acolhimento não se esgota na etapa da recepção.
- Postura de escuta e de compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, com cuidado de incluir sua cultura, saberes, capacidade de avaliar riscos e de gerar o autocuidado, em um movimento de perceber e incluir as diversas dimensões – biológicas, sociais e subjetivas – relacionadas ao motivo da procura por atendimento, integrando a identificação dos riscos e das vulnerabilidades e a orientação nas intervenções de forma mais resolutiva por parte de toda a equipe (constituição de uma prática de Clínica Ampliada).
- Construção coletiva de propostas para melhor qualificar o serviço de saúde localmente, incluindo equipe local, rede de serviços e gerências centrais e distritais, levando em conta as redes sociais não formais de cuidado.

Na verdade, o Acolhimento diz respeito a toda situação de atendimento a partir do momento em que o usuário entra no sistema e, por isso, deve ser executado por todos os trabalhadores tanto em ações individuais quanto coletivas (MATUMOTO, 1998). Assim, o Acolhimento se constitui como uma ferramenta de acionamento de redes articuladas/integradas (internas e externas) e multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos (acolhimento em rede) que requer:

- Mudanças estruturais nas práticas de atenção e de gestão, a partir da problematização dos processos de trabalho.
- Construção coletiva de propostas pela equipe local e desta com serviços da rede nos diversos níveis, tanto vertical como horizontalmente.
- Ampliação dos espaços democráticos de discussão, de escuta, de trocas e de decisões coletivas (cogestão dos processos de trabalho, dos serviços e das redes).

A reversão desse processo nos convoca à construção de alianças éticas com a produção da vida, em que o compromisso singular com os sujeitos, os usuários e os profissionais de saúde ganhe centralidade em nossas ações. Essas alianças com a produção da vida implicam um processo que estimula a corresponsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional como parte da minha vida. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e de compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que eu me modifique e reinvente e, nesse movimento de mudança, transforme também o meu entorno.

Com isso, podemos afirmar que temos como um dos nossos desafios a capacidade de reativar nos encontros a nossa habilidade de cuidar ou estar atento para acolher, tendo como princípios norteadores:

- O coletivo como espaço de produção da vida.
- O cotidiano como uma vivência significativa, que envolve modos de produzir, reproduzir, experimentar, inventar e VIVER os diversos modos de vida.
- A INDISSOSSIABILIDADE entre o modo de ser e estar, de nos produzirmos como sujeitos e de VIVER os verbos da vida – trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde.

O Acolhimento e sua transversalidade com as demais diretrizes e dispositivos da PNH

Entrelaçar o Acolhimento com as demais diretrizes e os dispositivos propostos pela PNH requer uma disponibilidade grande para vivenciar a proposta de trazer a teoria para a prática no cotidiano em saúde. A esta compreensão nos referimos quando falamos em produção de transversalidade por meio da diretriz de Acolhimento.

Há publicações importantes disponíveis com relatos de experiências dos caminhos que os profissionais buscaram, que gestores experimentaram,

com vistas a construir um cotidiano de trabalho com mais satisfação para quem faz e quem recebe cuidados em saúde. Com base nestas leituras e vivências compartilhadas, percebemos que afirmar o Acolhimento como diretriz para a organização do processo de trabalho dos serviços de saúde produz uma ampliação significativa nas possibilidades de promover espaços de encontro transformadores e mais qualificados em saúde.

No entanto, apontar uma forma de construir a transversalização no cotidiano ou elaborar uma orientação que expresse a garantia de existir uma prática integrada entre as diretrizes e os dispositivos propostos pela PNH não é nosso objetivo. Compreendemos essa postura como algo pouco benéfico, pois limita a possibilidade criativa de cada espaço, cada serviço de saúde e contexto das pessoas que estão atuando nos serviços. No entanto, percebemos que há possibilidade de aproximar algumas compreensões sobre como essa transversalização é possível de acontecer na prática.

Com isso, em uma tentativa de expressar o método da inclusão na prática, compartilhamos um diálogo possível de transversalizar quando queremos produzir uma relação da diretriz do Acolhimento com as demais diretrizes e os dispositivos propostos pela PNH.

- **Diretriz: Clínica Ampliada**

Estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e de insumos, em especial o uso de medicamentos, eliminando ações de intervenção desnecessárias por meio da reorganização dos processos de trabalho, são elementos que refletem uma prática em saúde com base na diretriz de **Clínica Ampliada**.

Percebe-se que organizar o trabalho com base em equipes multiprofissionais, com vistas a produzir uma atuação transdisciplinar, a partir da confluência de vários saberes, inclusive os saberes dos usuários, promove uma ampliação na capacidade de avaliar riscos físicos e psíquicos por parte dos profissionais.

Em um diálogo com a diretriz de **Acolhimento**, produzir esta sensibilização de maneira constante com os profissionais, seja individualmente ou de forma coletiva, sobre a necessidade de uma prática transdisciplinar alicerçada em um conceito de saúde como a capacidade dos sujeitos lidarem com a variabilidade da vida e em uma concepção de cuidado que não se resume ao tripé queixa-conduta-medicação, promove a necessidade de organização do trabalho incorporando metodologias de planejamento e gestão participativa, colegiada, avançando na gestão compartilhada dos cuidados/atenção em saúde.

- **Diretriz: Cogestão**

Assim como a prática do **Acolhimento** sugere uma ampliação da nossa capacidade de diálogo, de escuta e de inclusão do outro no seu processo de cuidado, a existência de espaços que possibilitem a potência, o protagonismo e mobilize o desejo de construir mudanças estruturais na forma de gestão do serviço são possibilidades e perspectivas sobre como a diretriz de Acolhimento atravessa a estruturação dos processos de trabalho existentes no serviço de saúde. A estruturação do dispositivo de **colegiados gestores** apresenta-se como uma aposta importante para inclusão de trabalhadores nos espaços de tomada de decisão envolvendo organização e estruturação do serviço de saúde. Acreditamos que a valorização do protagonismo de todos os sujeitos envolvidos fomenta a possibilidade de transformar e de desejar mudanças estruturais na forma de gestão do serviço, de maneira a refletir um processo de trabalho mais qualificado e satisfatório para quem pensa, para quem faz e para quem busca o serviços públicos de saúde.

- **Diretriz: Fomento das grupalidades, dos coletivos e das redes**

Como consequência de valorizar o protagonismo dos sujeitos envolvidos e a promoção de espaços de encontro e de diálogo entre os profissionais, percebe-se que estes movimentos proporcionam a formação de grupalidades nos espaços de trabalho. Como modo de perceber as estratégias possíveis para sustentar os movimentos coletivos que podem surgir desse encontro dos sujeitos, há a possibilidade de estabelecer **Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas** com plano de trabalho definido, como forma de apoiar a implementação das diretrizes e dos dispositivos propostos pela política.

- **Diretriz: Valorização do trabalho e do trabalhador**

As práticas sugeridas, se aplicadas de forma isolada ou em conjunto, refletem a busca e a existência de um olhar diferenciado para com os trabalhadores. Essa valorização parte principalmente de uma compreensão de que estes sujeitos representam, no cotidiano, as verdadeiras “portas de entrada” dos serviços definindo acesso, qualidade no cuidado e na construção de um processo corresponsável de atenção em saúde. De forma geral, os princípios, as diretrizes e os dispositivos propostos trazem o trabalhador de saúde para uma posição central no processo, em uma perspectiva de empoderamento, visto que sugere o exercício cotidiano de construir a indissociabilidade entre gestão e atenção.

Na perspectiva de dialogar com a diretriz de Acolhimento, quando falamos de valorização do trabalho e do trabalhador, ressaltamos a importância de perceber as potências e as limitações presentes neste(a) trabalhador(a), a fim de proporcionar espaços de diálogo e de acompanhamento do trabalho que está em realização como formas de cuidar, de participar e de conhecer as práticas deste profissional. Todo esse movimento com o objetivo de promover

uma ampliação de conhecimentos, de valorização do trabalho e como forma de agregar para o serviço de saúde, para considerar as necessidades do serviço como um todo e as necessidades individuais do profissional de saúde.

- **Diretriz: Defesa dos direitos dos usuários**

Seguindo o mesmo olhar que compartilhamos sobre a centralidade do(a) trabalhador(a) de saúde, valorizamos a percepção da importante centralidade que também possui o usuário dos serviços de saúde.

Do mesmo modo que percebemos que valorizando o profissional as práticas de saúde se transformam e podem se qualificar para atender melhor as demandas locais, destacamos que a inclusão do usuário na definição do seu plano de cuidado, bem como nos processos de decisão que incluem os serviços localmente, reflete aspectos de defesa dos direitos dos usuários.

Alguns caminhos possíveis de construir esta perspectiva caminham pela construção de espaços como mecanismo de ampliação de escuta para a população e os trabalhadores, bem como a implementação de sistemas de escuta qualificada com garantia de análise e de encaminhamentos a partir dos problemas apresentados.

- **Diretriz: Ambiência**

A reinvenção dos espaços físicos e de seus usos, orientada pelas diretrizes do Acolhimento e da Ambiência, convoca-nos de imediato a lidar com alguns desafios conceituais e metodológicos. Um deles é compreender que a produção de um espaço físico na saúde não se separa da produção de saúde e da produção de subjetividade.

A Ambiência aposta na composição de saberes para a coprodução dos espaços físicos, entendendo que o espaço não é dado *a priori*. Entende que espaço é um território que se habita, que se vivencia, onde se convive e se relaciona, que se experimenta, que se reinventa e que se produz. Uma coprodução do espaço que acontece porque nele há modos de gerir, processos de trabalho, encontros entre pessoas, modos de se viver e modos de ir reconstruindo o espaço. Essa construção/reinvenção destaca o sentido estético da inovação criativa, produzida no processo coletivo e com protagonização dos sujeitos que a vivem (PESSATTI, 2008).

Quanto ao Acolhimento, a Ambiência prevê a organização dos processos de trabalho de acordo com o acompanhamento da gravidade do cuidado. Sugerem-se guias orientadoras para a atenção e a gestão da assistência, nas quais outros modos de ocupar, gerir e trabalhar se expressarão no local e solicitarão determinados arranjos do espaço físico com fluxos adequados que favoreçam os processos de trabalho, os encontros e as trocas de saberes.

Nesse sentido é proposta uma organização do espaço físico formado por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes com um arranjo espacial que se desenvolva em pelo menos dois eixos, definindo dois acessos (entradas) distintas: o eixo/acesso do paciente grave, com risco de morte, o qual também podemos chamar de Eixo da Emergência; e o eixo/acesso do usuário aparentemente não grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, também nomeado de Eixo do Pronto Atendimento. Cada eixo possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do paciente e com os processos de trabalho que nelas se estabelecem.

Acredita-se que ao se intervir, criar e recriar os espaços físicos, problematizam-se também as práticas, a gestão, os processos de trabalho e os modos de se apropriar, de viver e de conviver nesses espaços.

Assim, os vários Conceitos, Arranjos e Dispositivos devem ser **instrumentos de inclusão dos sujeitos (trabalhadores e usuários)**. As diretrizes como inclusão refletem a preocupação com as mudanças de práticas e de possibilidade da relação com o trabalho em saúde como algo vivo, a ser reinventado no próprio ato de cuidar. Mostram-se nas diversas articulações feitas entre os profissionais, de forma mais interdisciplinar. Esses elementos conceituais só têm sentido dessa maneira. E, sempre que eles estiverem funcionando de forma adversa, retirando potência da equipe, diminuindo a autonomia dos usuários, precisam ser colocados em questão.

Figura 2 – Dispositivos da PNH como forma de inclusão

Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Postura ética e política • Em todos os momentos e processos de trabalho • Ocupação de todos os trabalhadores e gestores
Classificação de Risco	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão inclusiva • Padronização e validação dialógica (acordos intersubjetivos) • Adequar o protocolo ao hospital
Ambiência	<ul style="list-style-type: none"> • Definida pelos gestores, trabalhadores, especialistas e usuários • Foco no melhor andamento dos processos de trabalho • Ambientes favoráveis aos pacientes e aos trabalhadores
Gestão Compartilhada	<ul style="list-style-type: none"> • Colegiados de Gestão • Anti-Taylor (pensa quem faz)
Clínica ampliada	<ul style="list-style-type: none"> • Alta responsabilização – todo paciente conhece seus cuidadores • Vínculo bem definido e horizontalidade do cuidado • Trabalho apoiado nos saberes dos diversos profissionais e dos usuários

Fonte: Autoria própria.

A captura dos dispositivos da PNH tornando-os instrumentos de exclusão

A PNH tem como objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e de produção de saúde, propondo o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de saber e poder.

Traz como método a **tríplice inclusão**: a inclusão dos diversos atores que compõem determinado processo de trabalho em saúde; a inclusão dos analisadores sociais, ou seja, ações, acontecimentos naturais ou produzidos que lançam luz sobre determinado fato, produzindo análise, entendimento e sentido; e a inclusão dos coletivos, redes e movimentos sociais.

Inclusão que não significa simples abertura para o outro com toda a sua diferença, mas também o efeito do encontro em mim, que exige disponibilidade para a recriação, o estranhamento do novo e o deslocamento para posições não antes ocupadas.

Porém, as diretrizes e os dispositivos da política, arranjos para colocar em ação um processo de mudança no modo de produzir saúde, de relacionar-se e trabalhar na saúde, podem ser capturados no momento em que são reduzidos a instrumentos a serem implantados de maneira desconectada e isolada da forma de gerir e de cuidar, mais verticalizada e higienizante ou mais transversal e integral.

Assim acontece quando...

... O conceito de Acolhimento tem sido capturado e instrumentalizado de forma reduzida, como se ele fosse uma tecnologia utilizada em um lugar e um horário definido, geralmente colocado apenas nas portas das urgências ou dos serviços de saúde, desconectado do restante da atenção, para ser executado pelos profissionais com menor poder na instituição, delegado a pessoas com menor qualificação profissional, e até mesmo a profissionais colocados naquela função como se estivessem sendo penalizados pelos gestores. Este tipo de redução do conceito implica a perda de sua potência e de seu significado e resulta numa postura do profissional que diz “Não” para o paciente, que não consegue incluir toda a dimensão do sofrimento do paciente, que desvaloriza sua percepção sobre a situação de saúde vivida naquele momento e que se limita a direcioná-lo para os atendimentos disponíveis na instituição.

... reduzem o Acolhimento a uma sala, horário e/ou profissional específicos e não a uma postura inclusiva que deve atravessar todos os momentos de cuidado.

... a Classificação de Risco, dispositivo para acolher a partir das necessidades singulares de cada sujeito que procura saúde é implantada como uma “triagem” com regras e critérios que devem ser seguidos por todos, sendo um grande foco dos serviços, superando a própria noção de Acolhimento.

... a gestão mostra-se centralizada e verticalizada, seguindo os fundamentos tayloristas que separam aqueles que pensam e planejam daqueles que fazem. Como não podemos separar a gestão da clínica, podemos dizer que uma gestão taylorista que produz cortes e fragmentações, produzirá um cuidado também centralizado nas especialidades. Trabalho organizado de forma fragmentada, sem uma articulação dos diversos saberes que podem, associados, contemplar a complexidade dos problemas de saúde;

Figura 3 – A captura dos dispositivos da PNH como forma de exclusão

Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas na porta • Local, horário e responsáveis definidos • Ocupação de pessoal não qualificado
Classificação de Risco	<ul style="list-style-type: none"> • Padronização e validação “Científicas” • Capacitação seletiva e titulação dos aprovados • Adequar o hospital ao protocolo (a cama de Procusto)
Arquitetura Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Definida por especialistas • Foco no cumprimento das normativas (RDC, etc.) • Ambientes assépticos
Administração científica	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão centralizada e autoritária • Taylorismo (separação entre quem pensa e quem faz)
Clínica degradada	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa responsabilização • Ausência de vínculo e de horizontabilidade do cuidado • Trabalho centrado no saber e na autoridade do médico

Fonte: Autoria própria.

Pistas finais...

A reforma sanitária brasileira buscou uma mudança radical no modelo de atenção e sua inserção na perspectiva da construção da cidadania e no respeito às especificidades econômicas, sociais, culturais e sanitárias de nosso país. Ela baseia-se em três aspectos fundamentais: a **saúde** definida em um contexto histórico de uma determinada sociedade e em um dado momento de seu desenvolvimento, sendo resultante das condições gerais da vida; a **saúde** como um direito de cidadania e dever do Estado; e o **Sistema Único de Saúde**, o

SUS, que tem como princípios a integralidade de ações, de universalidade e de equidade de acesso, e como diretrizes a descentralização e a hierarquização de serviços e a participação da comunidade.

O sistema de saúde brasileiro, o SUS, a exemplo da situação encontrada em outros países, apresenta dificuldades e avanços. A concretização da política de saúde brasileira exige a articulação de saberes em uma nova organização tecnoassistencial, sendo grande o desafio de constituir serviços e redes que respondam aos problemas de saúde de maneira efetiva, implementando projetos tecnoassistenciais centrados nas necessidades dos usuários.

Hoje, o sistema de saúde comporta-se mais como uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma ainda desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos que deles necessitam. Portanto, o mais problemático desafio imposto ao sistema de saúde brasileiro refere-se à construção de uma rede de atenção resolutiva, hierarquizada e equânime.

A reorientação do modelo de gestão e de atenção à saúde certamente dependerá de todo um processo que garanta condições objetivas de transformação, respeito aos valores humanitários de solidariedade e de reconhecimento dos direitos de cidadania, que orientem a formação de um novo paradigma de atenção e de gestão na organização dos serviços.

Assim, torna-se importante construir projetos de intervenção que se proponham a transformar os princípios constitucionais do SUS em realidade, analisando os processos institucionais e as diferentes tecnologias utilizadas, especialmente nas ações dos campos da formulação e de decisão de políticas, da gestão organizacional e governamental.

Operando com o princípio da transversalidade, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde lança mão de diretrizes e de dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Acredita-se que, ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. Essa forma de pensar traz como essência o movimento de mudança nos diversos cenários e tem, em suas diretrizes e dispositivos, ferramentas as quais são colocadas “a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de assistência e gestão.” (BRASIL, 2010b, p. 57).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção

de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. (BRASIL, 2010, p. 4).

No entanto, apesar de todas as evidências acumuladas de sua potência, esta forma de pensar e de fazer o trabalho em Saúde ainda é contra a hegemonia das tradições mais conservadoras e a força destas tradições se coloca de diversas maneiras.

Uma forma de contrapor o discurso e a prática da PNH é desqualificá-los, colocá-los sob suspeita de não serem científicos, de não serem comprovados estatisticamente, randomicamente etc., tentar sujeitá-los às mesmas condições de verificabilidade de outros campos da ciência, como se tratássemos de fenômenos naturais.

Outra forma utilizada, quando alguns Conceitos, Arranjos e Dispositivos alcançam uma maior receptividade por parte dos meios acadêmicos, políticos e da opinião pública, é capturar estes Conceitos, Arranjos e Dispositivos, sem polemizar com eles, mas transformando-os em instrumentos de exclusão, como forma de retirar potência e autonomia das equipes e dos usuários.

Assim, os dispositivos ficam congelados, viram conceitos petrificados, coisificados, estanques, separados um do outro, como objetos em uma prateleira, para consumo: “vamos implantar o Acolhimento, mas não queremos Cogestão”, “vamos implantar a Clínica Ampliada, mas não precisa reunir os médicos com as “Equipes Multi (outros) profissionais”, “vamos implantar os Colegiados de Gestão, mas sem alterar nossa maneira verticalizada de poder pelas corporações” etc.

Esta talvez seja a grande armadilha em que se coloca a PNH na atualidade e também o seu grande desafio. Colocar em questão a utilização de seus Conceitos, Arranjos e Dispositivos como instrumentos de exclusão de trabalhadores e usuários e propiciar formas inventivas e libertárias de sua recriação como instrumentos de inclusão dos diversos atores que protagonizam o campo da Saúde.

Figura 4 – Acolhimento como prática de inclusão ou de exclusão

	Como prática inclusiva	Como prática de exclusão
Acolhimento	<p>Acolhimento como postura ética de todos os profissionais da instituição, realizado em cada momento do encontro do profissional com o usuário e sua família ou acompanhantes</p> <p>Acolhimento como prática de escuta qualificada e apoio ao paciente</p>	<p>Acolhimento como lugar e etapa específica do processo de atendimento nas portas dos serviços de urgência</p> <p>Acolhimento que é feito apenas na porta</p> <p>Acolhimento que é feito por profissional não capacitado</p> <p>Acolhimento que diz não para o paciente</p>

Fonte: Autoria própria.

Figura 5 – Classificação de Risco como prática de inclusão ou exclusão

	Como prática inclusiva	Como prática de exclusão
	<p>classificação de risco utilizada para priorizar os pacientes mais críticos para atendimento imediato, e em ordem de prioridade</p> <p>Classificação de risco que se responsabiliza pelo atendimento de todos os pacientes independente de sua classificação</p> <p>Classificação de risco que só encaminha pacientes para outros serviços de forma responsável e pactuada, garantindo o atendimento do paciente encaminhado</p>	<p>Classificação de risco utilizada para eliminar os pacientes menos graves do horizonte de responsabilidade do serviço</p> <p>Classificação de risco que manda os pacientes azuis e verdes embora</p> <p>Classificação de risco que encaminha os pacientes azuis e verdes para outro serviço (geralmente a atenção básica), sem se preocupar se o serviço existe, se ele funciona, se o paciente vai conseguir ser atendido ou se vai iniciar uma peregrinação por diversos serviços sem conseguir ser atendido</p>

Continua

Conclusão

	Como prática inclusiva	Como prática de exclusão
	<p>classificação de risco implantada através de processo de discussão intenso e inclusivo de todos os profissionais</p> <p>Classificação de risco elaborada através de discussão com todos os profissionais e definição de protocolo adequado ao hospital</p> <p>Classificação de risco pactuada e acompanhada nos espaços de gestão colegiada</p>	<p>Classificação de risco implantada pela adoção de protocolo “científico” e “validado”</p> <p>Classificação de risco impoñdo a adequação do hospital ao protocolo (cama de Procusto)</p> <p>Classificação de risco implantada através de capacitação seletiva e exclusiva dos avaliadores, com certificação externa pautada no cumprimento das normativas do protocolo</p> <p>classificação de risco utilizada como panacéia para resolver as dificuldades de gestão dos processos de trabalho na instituição</p>

Fonte: Autoria própria.

A Classificação de Risco deve ser pensada como uma forma de selecionar os pacientes com demandas mais urgentes, que precisam ser atendidos com prioridade, pelo risco de seu estado de saúde se complicar mais rapidamente. Assim, nas portas de urgência, sua utilização ajuda a definir o fluxo de atendimento dos pacientes, ou seja, com atendimento imediato daqueles mais graves e com organização do fluxo e de tempo de atendimento dos demais pacientes, de acordo com estimativa de sua gravidade e potencial para complicações importantes.

Embora o termo Classificação de Risco esteja consagrado pelo uso, cabe ressaltar que a classificação obtida não está calcada na abordagem epidemiológica do risco (mais quantitativa, mais precisa e menos inclusiva), mas sim em uma abordagem epidemiológica da vulnerabilidade (menos quantificável, menos precisa e mais compreensiva). Assim, os diversos protocolos constituíram, nos seus gradientes de classificação, geralmente por cores (vermelho, laranja, amarelo, verdes, azuis), faixas abrangentes de diversas situações que não possuem o mesmo risco (quantificável) de morte ou de complicação grave, mas que ainda assim possuem expectativa de evento indesejado importante (óbito ou complicação grave), que sugere seu atendimento dentro de um determinado período de tempo. A compreensão desta diferença, entre a abordagem do risco e da vulnerabilidade, é importante para que possamos desmistificar os protocolos existentes como se fossem

cientificamente determinados e validados e, desta forma, não pudessem ser questionados, adaptados, modificados, adequados à realidade de cada instituição. Ao contrário, é desejável e benéfico que eles sejam amplamente discutidos, aprimorados, adaptados às condições locais de funcionamento dos serviços e que, neste processo de discussão, eles sejam incorporados, aceitos e introjetados por todos na instituição, como parte integrante do processo de trabalho no cuidado dos pacientes.

Apoio como potência de intervenção na realidade

No sentido de promover a utilização destes diversos dispositivos e conceitos, como prática de inclusão e não de exclusão, a principal forma de atuação da PNH se faz por meio do apoio institucional. Assim, o apoiador coloca-se com os gestores ou os profissionais que vão apoiar na problematização das questões da gestão e da atenção. O apoiador deve procurar a inclusão dos diversos atores envolvidos nos processos de trabalho, com suas diferentes visões e percepções de mundo, como possibilidade de uma visão mais compreensiva dos problemas e valorizar o diálogo como instrumento para superação dos conflitos e construção dos consensos e acordos possíveis.

No entanto, assim como os demais conceitos e dispositivos, o apoio institucional também pode ser capturado e reduzido, sendo utilizado como instrumento de dominação e de exclusão. É o que acontece quando o “apoiador” se coloca na função de prescrever condutas, impor protocolos ou rotinas, cobrar andamentos dos projetos, repassar recursos financeiros como forma de impor modelos e projetos, quando ele se restringe à interface com os gabinetes das secretarias e com os níveis de gestão centralizados, não se aproxima dos serviços e não se ocupa dos processos de atenção e atua reduzido às atividades de Supervisão, Auditoria, Certificação, e outras funções gerenciais clássicas.

Figura 6 – Apoio institucional como prática de inclusão ou sua captura como forma de exclusão

	Como prática inclusiva	Como prática de exclusão
	<p>Apoio institucional que favorece a implantação dos vários dispositivos e arranjos como prática de inclusão</p> <p>Apoio institucional como colocar-se junto com o outro na problematização das questões da gestão e da atenção</p> <p>Apoio institucional que inclui a diferença como possibilidade de crescimento</p> <p>Apoio institucional que valoriza o diálogo como instrumento para superar os conflitos e alcançar os acordos possíveis</p> <p>Apoio institucional que estimula a formação de espaços coletivos de reflexão e decisão compartilhada (cogestão)</p>	<p>Apoio institucional que se coloca na função de prescrever condutas, impor protocolos ou rotinas, cobrar andamentos dos projetos, repassar recursos financeiros como forma de impor modelos e projetos</p> <p>Apoio institucional que se restringe à interface com os gabinetes das secretarias e com os níveis de gestão centralizados</p> <p>Apoio institucional que não se aproxima dos serviços e não se ocupa dos processos de atenção</p> <p>Apoio institucional como supervisão, Auditoria, Certificação, e outras funções gerenciais clássicas</p>

Fonte: Autoria própria.

As diretrizes e os dispositivos de Acolhimento, Classificação de Risco, Ambiência, Clínica Ampliada e Cogestão devem ser pensados e colocados em prática de forma conjunta, combinados uns com os outros, e não ser pensados de forma estanque, separados, como coisas distintas, sem interfaces. O apoio institucional⁴ é um arranjo potente para a implantação destes dispositivos em toda sua plenitude e potência.

Assim, quando o apoio institucional é reduzido em sua potência geradora de democracia institucional e de ampliação da clínica e capturado

⁴ O apoio institucional, fundamentando-se em saberes de diversos campos de conhecimento, coloca-se como método da PNH para ampliar a capacidade de reflexão e o entendimento dos coletivos que, com isso, tornam-se capazes de produzir mais e melhor saúde, tendo como objeto seus próprios processos de trabalho. O apoiador, assim, busca ativar espaços coletivos, nos quais a análise das relações de poder e da circulação de saberes e afetos permitiria a construção de objetivos comuns e pactuações de compromissos que qualifiquem a ação institucional.

como uma das formas clássicas de atuação gerencial, diminui-se sua potência para estimular os demais dispositivos como práticas de inclusão dos usuários e dos trabalhadores e facilita-se a captura destes dispositivos de forma reduzida, distorcida, gerando mais exclusão ainda destes atores.

BOX

Parâmetros para implementação do Acolhimento na atenção básica

- Organização do Acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos/vulnerabilidade priorizados e buscando adequação da capacidade resolutiva.
- Definição inequívoca de responsabilidades sanitárias da equipe de referência com a população referida, favorecendo a produção de vínculo orientado por projetos terapêuticos de saúde, individuais e coletivos, para usuários e comunidade, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades e demandas de saúde.
- Avançar na perspectiva do:
 - a) Exercício de uma Clínica Ampliada, capaz de aumentar a autonomia dos sujeitos, das famílias e da comunidade.
 - b) Estabelecimento de redes de saúde, incluindo todos os atores e os equipamentos sociais de base territorial (e outros), firmando laços comunitários e construindo políticas e intervenções intersetoriais.

Parâmetros para implementação do Acolhimento nos prontos-socorros, prontos atendimentos, assistência pré-hospitalar e outros

- Demanda acolhida e atendida de acordo com a Classificação de Risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.
- Garantia de resolução da urgência e da emergência, provido o acesso ao atendimento hospitalar e à transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.
- Promoção de ações que garantam a integração com o restante da rede de serviços e a continuidade do cuidado após o atendimento de urgência ou de emergência.

Parâmetros para o Acolhimento na atenção especializada

- Garantia de agenda de atendimento em função da análise de risco e das necessidades do usuário.
- Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contrarreferência.
- Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional de ações diagnósticas e terapêuticas que demandam diferentes saberes e tecnologias de reabilitação.

Parâmetros para implementação do Acolhimento na atenção hospitalar

- Implantação de mecanismos de recepção com Acolhimento aos usuários.
- Implantação de Acolhimento com Classificação de Risco nas áreas de acesso (pronto atendimento, pronto-socorro, serviço de apoio diagnóstico e terapia).
- Estabelecimento de equipe multiprofissional de referência para os pacientes internados (com médico e enfermeiro, com apoio matricial de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais de acordo com as necessidades), com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social.
- Garantia de visita aberta, da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade e as peculiaridades das necessidades do acompanhante, conforme legislação vigente.
- Garantia de continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral.

Referências

AMARAL, A. E. E. H. B do. Gestão de pessoas. In: IBAÑEZ Nelson; ELIAS Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo (Org.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec – CEALAG, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção da saúde**. 2. ed. 5. reimpr. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSus**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgência**. 1. ed. 1. reimpr. Brasília, 2010c.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, ago. 2010.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

PESSATTI, Mirela Pilon. **A Interação Arquitetura e Saúde**. Campinas, SP: A.D.C.C. FCM, UNICAMP, 2008.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. Tradução de Arlindo Vieira Ramos. 8. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

