



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 07, pp. 38042-38048, July, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19383.07.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

ACOLHIDA HOSPITALAR – MÚLTIPLOS ENCONTROS ENTRE USUÁRIOS E TRABALHADORES EM SAÚDE

¹Patrícia Rodrigues da Silva de Almeida Paz and ²Estela Márcia Rondina Scandola

¹Assistente Social. Especialista em Políticas Sociais e Saúde da Família. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

²Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Docente e Tutora da Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados – PREMUS/CCI. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 17th April, 2020

Received in revised form

04th May, 2020

Accepted 06th June, 2020

Published online 30th July, 2020

Key Words:

Acolhimento; Serviço Hospitalar de Admissão de Pacientes; Trabalho; Serviço Social.

*Corresponding author:

Patrícia Rodrigues da Silva de Almeida Paz,

ABSTRACT

Este artigo objetiva analisar a acolhida hospitalar, a partir do conteúdo dos discursos dos usuários e trabalhadores do Hospital São Julião. Entrevistas com usuários e trabalhadores e observação participante foram a base de dados, com organização pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Analisou-se a partir dos fundamentos da Saúde Coletiva e do Serviço Social. Os resultados apontam que a acolhida ocorre nos âmbitos técnico-operacional e encontros entre sujeitos sociais envolvidos no processo saúde-doença, dois eixos que são indissociáveis. As Ideias Centrais indicam que a acolhida hospitalar se constitui em: hotelaria e apresentação hospitalar; comunicação e articulação dos profissionais e serviços e sentimentos e emoções. Conclusão: na acolhida ocorrem múltiplos encontros de seres históricos – trabalhadores e usuário do SUS; no Hospital São Julião há a cultura da acolhida advinda do seu histórico; os trabalhadores ainda são pouco vistos como sujeitos de direitos na Política Nacional de Humanização.

Copyright © 2020, Patrícia Rodrigues da Silva de Almeida Paz and Estela Márcia Rondina Scandola. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Patrícia Rodrigues da Silva de Almeida Paz and Estela Márcia Rondina Scandola. "Acolhida hospitalar – múltiplos encontros entre usuários e trabalhadores em saúde", *International Journal of Development Research*, 10, (07), 38042-38048.

INTRODUCTION

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído por meio de um processo histórico de mobilização brasileira contra a ditadura militar (1964-1985). Consagrou como norma jurídica partir da constituinte e, especialmente, da atuação do movimento sanitário. Tem como fundamentos ético-políticos a universalidade, a equidade, a integralidade, a preservação da autonomia, o direito à informação e a participação comunitária. Além de cuidar legalmente a saúde como um direito de todos e dever do Estado, impõe que além do acesso às ações e serviços, também é de responsabilidade a minimização das desigualdades, riscos e agravos, ou seja, a saúde como resultante dos determinantes sociais. Os sujeitos sociais são considerados em sua condição sócio-histórica e, portanto, a singularidade no processo saúde-doença. No entanto, o processo de instituição do SUS é entranhado por tensões e contradições, entre seus princípios e dispositivos e a política econômica neoliberal, assim como a construção

da sociedade brasileira baseada e mantida por desigualdades e discriminações, tais quais: de classe, gênero, etnoracial entre outras. Dentre as medidas implementadas pelo Sistema, visando a seus princípios, temos a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH) no âmbito do SUS, que se nutre dos mesmos fundamentos e busca introduzi-la à prática no cotidiano dos serviços e ações de saúde. Expressa-se como uma política pública transversal, a qual implementa-se por meio de um conjunto de diretrizes e princípios, que possui como finalidade a transformação da maneira de trabalhar. Desta forma, intervém diretamente nos processos de trabalho no campo da saúde. Como diretriz que norteia o trabalho da PNH, temos o acolhimento, destacando, assim, a sua completa relevância para o trabalho no SUS. O acolhimento apresenta-se nessa Política como a constituição de procedimentos de promoção e produção de saúde que demandam a responsabilização do trabalhador e/ou equipe pelo usuário e práticas em saúde em todo o processo de

atenção. O acolhimento na produção de saúde se apresenta como uma prática contra-hegemônica que busca a efetiva valorização e humanização. Favorece, assim, a construção de relações de confiança e comprometimento entre a equipe e o usuário e exibe-se como uma estratégia de interferência no processo de trabalho em saúde, abarcando uma postura ética. Inserida nesta estratégia, temos a acolhida, um dispositivo que faz parte do acolhimento e efetiva-se na chegada, no primeiro encontro. A acolhida, no contexto da PNH, enfatiza o aspecto relacional e ambiental e, dessa forma, embora foque nos direitos dos usuários, torna-se também igualmente importante para os trabalhadores do SUS, considerando que necessitam conduzir suas ações com vistas ao atendimento humanizado dos seus usuários. A acolhida hospitalar é uma ação fundante no que se refere ao cuidado em saúde, uma vez que há a inserção dos usuários e de suas famílias nesses ambientes complexos e permeados por expectativas, posto que esses lugares são distintos e desconhecidos e diferem dos seus cotidianos. O ato de acolher maximiza-se em importância quando se trata de um hospital de retaguarda, adquirindo, assim, contornos de atribuição essencial. É por meio da acolhida que os sujeitos demandatários da política de saúde recebem as boas-vindas, informações, orientações do atendimento e são ambientados nas novas unidades de internação. Este momento vai muito além de um simples contato inicial ou de informações administrativas.

É o encontro de um humano com outro humano, um momento recheado por diferentes emoções como a curiosidade, o medo, as expectativas. E como é inerente a alienação nos processos de trabalho da sociedade capitalista, é comum o trato mecanicista, perspectivando celeridade no término da acolhida, como finalização da atribuição. Ainda pode ocorrer a regulação do sofrimento que a relação com o outro pode trazer, ou seja, as dores dos usuários e a resposta humana dos trabalhadores em saúde. É nessa condição que passam a tratar de forma mais racionalizada os processos relacionais do cuidado e, em especial, a acolhida. A constituição de sujeitos singulares e os encontros que ocorrem na acolhida vão delinear também as expectativas dos trabalhadores em saúde e usuários. A acolhida afeta a ambos. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar a acolhida nas unidades de internação do Hospital São Julião em Campo Grande/MS, a partir do conteúdo dos discursos dos usuários e trabalhadores em saúde.

METODOLOGIA

O artigo ora apresentado é resultante de pesquisa qualitativa, aquela que responde a questões particulares, que se ocupa com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Trabalha com o universo dos significados, dos sentidos, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (Minayo, 2004). As mesmas condições sócio-históricas dos sujeitos de pesquisa também estão colocadas para o pesquisador e, se este é partícipe da mesma realidade, além de desvelar os significados e símbolos é, ao mesmo tempo, sujeito e pesquisador da realidade. Tendo como objetos essenciais das ciências sociais o qualitativo, a realidade e o dinamismo que faz “transbordar significados”, tanto o pesquisador quanto os sujeitos vão apreendendo com os múltiplos olhares sobre a realidade. Desta forma, a pesquisa, no processo de desvelamento compartilhado, é sempre uma forma de intervenção na realidade. O pesquisador, ao lançar mão de teorias e instrumentos, promove “a aproximação da suntuosidade e da diversidade que é a vida dos seres humanos

em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória” (Minayo, 2004, p.32). O local da pesquisa foi o Hospital São Julião em Campo Grande –MS e os participantes foram os trabalhadores em saúde e os usuários, especificamente, das unidades Don Aldo Rabino - CCI, Fenegró e Pousada dos Pássaros. Esses mesmos cenários também são os contextos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PREMUS) da UFMS/ESP/São Julião onde as pesquisadoras estão inseridas. O período da coleta de dados ocorreu entre março e abril de 2020, com amostragem por conveniência, sendo de até dois participantes de cada grupo (usuário e trabalhador) em cada unidade do hospital, totalizando doze participantes. O critério para convite dos participantes usuários foi o de menor tempo de internação na data da entrevista e para os trabalhadores em saúde foi o de estarem inseridos diretamente no processo de acolhida das unidades de internação. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista individuais com questões geradoras, sendo gravadas e em local que garantiu o sigilo e a livre expressão dos participantes. A observação participante, registrada pelas pesquisadoras durante um (1) mês constituiu base auxiliar para compreensão dos dados. A organização dos dados foi pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), ou seja, os dados coletados foram transcritos em forma direta e lidos em exaustão. Após a compreensão de seu conteúdo, foram identificados os eixos e, dentre esses, as ideias centrais. Em cada ideia central foram organizados os DSCs, na primeira pessoa do singular, evidenciando o regime natural de funcionamento das opiniões ou representações sociais, propondo-se reconstituir um ser empírico coletivo e opinante (Lefèvre e Lefèvre, 2010). Os DSCs e Ideias Centrais (IC) dialogaram com o eixo central, reconstruindo-os de forma permanente, com objetividade e em exercício dialético tão necessário para o conhecimento da realidade. A leitura exaustiva do banco de dados orientou a compreensão que propôs distinguir a fala dos trabalhadores em saúde e a dos usuários. A análise ocorreu por Ideias Centrais, teve como fundamento a Saúde Coletiva e o Serviço Social e não houve comparação quanto aos processos de acolhida nas diferentes unidades. Privilegiamos evidenciar as especificidades dos trabalhadores em saúde e usuárika fim de que a análise crítica avance em proposições para a efetiva garantia de direitos.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas da Resolução n. 466/2012 (Brasil, 2012) do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução n. 424, do Código de Ética do/a Assistente Social (CFESS, 1993). Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, por meio do parecer número 3.178.086, CAAE: 038568.18.0.0000.0021.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Hospital São Julião é uma ex-colônia de hansenianos, encontra-se situado na região norte do município de Campo Grande estado de Mato Grosso do Sul, a 15 km do centro da cidade, em uma área total de 250 hectares. Foi constituído pelo Governo Federal e suas atividades foram iniciadas no ano de 1941, resultado das ações estratégicas estatais para o controle da hanseníase, especificamente por meio da internação compulsória (Pinheiro, 2017). Em 1970, a gestão do hospital foi assumida pela Associação de Auxílio e Recuperação dos Hansenianos (AARH), que é a mantenedora da instituição até os dias atuais. Nesse período, há também a chegada da Operação Mato Grosso, e com isso ocorreu a reestruturação física e administrativa do hospital, que, além de

priorizar o cuidado e a atenção em saúde, de acordo com o que preconiza o SUS, também conta com infraestrutura e equipamentos modernos (Lima e Scandola, 2018). Atualmente, o Hospital São Julião integra a Rede de Atenção à Saúde sul-mato-grossense como hospital de retaguarda e conta com o total de 69 leitos de longa permanência, divididos em quatro unidades de internação (Hospital São Julião, 2014; Hospital São Julião, 2015). O presente estudo contou com o total de doze (12) participantes dos quais seis (6) são trabalhadores em saúde e os outros seis (6) usuários. Salientamos que o número total dos trabalhadores em saúde foi do sexo feminino, enquanto que os usuários, quatro (4) eram do sexo masculino e dois (2) feminino.

A organização dos dados nos permitiu identificar dois (2) âmbitos de movimento e trabalho que compõem a acolhida, sendo um dos aspectos técnico operacionais e outro das relações humanas entre sujeitos históricos. Mesmo que, pedagogicamente visando apoiar as intervenções educativas futuras no hospital, foram constituídos em dois eixos optou-se, nesse artigo, considerar que: “A acolhida ocorre nos âmbitos técnico-operacional e encontros entre sujeitos sociais envolvidos no processo saúde-doença”. Foram identificadas três (3) Ideias Centrais e nove (9) Discursos do Sujeito Coletivo, os quais iremos expor e analisar. Observou-se que Ideias Centrais e Discursos – interação entre si e complementam-se. Por isso, a organização deles separadamente tem a finalidade do aprofundamento nos termos que seguem:

Ideia Central A – A hotelaria hospitalar e sua apresentação é um dos elementos da acolhida

DSC 1 T: *A gente já deixa o leito pronto, as camas prontas. A chegada é o acolhimento, a gente recebe o paciente perguntando o nome, deixando ele bem à vontade, vendo se tá tudo certo a documentação, tudo bonitinho, levando até o leito, mostrando qual é o seu quarto, a cama onde ele vai ficar, o armário de colocar os pertences dele. Orienta quando ele chega, explica a norma do hospital, como é que funciona o setor, assim basicamente por cima, onde [são] os lugares: fisioterapia, refeitório, essas coisas, para ele poder se localizar melhor.... Mostra, o que é, e, o que não é, aonde que vai, e, que não vai, a gente orienta: ó dá para ir lá na pracinha, não dá para ir lá para lavanderia, que a irmã não gosta, pra lá também não [Unidade Cirúrgica] fica chato, então só no meio aqui nosso. Dá a roupa para o paciente trocar, porque eles chegam com a roupa de casa, a gente dá outra, dá o que ele precisar... o lençol de cama, as roupas de cama normal, dá bermuda, shorts, calça, toalha para ele tomar banho, se precisar sabonete também... deixando a pessoa assim também bem à vontade, pra poder a gente ter uma convivência boa.*

DSC 2 U: *Eles me acolheram muito bem! Fizeram eu me sentir em casa, fiquei aguardando um pouquinho ali [na recepção], para elas limparem o quarto. Chegaram, já me mostraram a cama, tudinho, fizeram eu me sentir à vontade com tudo, fui instalado aqui com tranquilidade. As instalações, eu achei o quarto limpo, bonito, arejado e cuidado, banheiro específico, próprio, que não é frequentado por todo mundo... A alimentação muito boa... eu não comia muito arroz e feijão, naturalmente, em lugar nenhum assim... e aqui, eu experimentei, gostei, e passei a gostar de arroz e feijão.... Olha! Só não gosto de outras coisas [alimentos], o*

resto tá bom (risos). Eu tive... digamos... uma pequena queixa, mas não é tão relevante, talvez... na alimentação, eu tenho sentido, apesar do esforço, em fazer aquilo que eu quero, ainda sinto uma falha... sabe... uma repetição muito grande das coisas, entende... talvez deveriam ter um cardápio mais variado, alguma coisa assim para não ser repetitivo, só isso, porque eu tenho sentido que tá muito repetitivo e poderia ter um ventilador aqui dentro, que eu tô num calor, com essa roupa aqui, me deram a orientação, que eu tinha que colocá-la, não as minhas próprias roupas, as roupas do hospital, acredito por estar esterilizadas, algo assim, só que aí, depois que eu fui colocar a roupa do hospital... aí... que eu senti, que não tinha ventilador, que ela era quente, eu não gostei (risos).

A hotelaria presente nos serviços hospitalares de saúde é denominada de hotelaria hospitalar, seu conceito é contemporâneo e está diretamente relacionado à organização das instituições hospitalares. Nasceu em meados dos anos 2000 e possui o objetivo de “oferecer aos clientes da saúde outras condições voltadas ao bem-estar, à segurança, à assistência e à qualidade no atendimento, transformando os hospitais em um complemento do ambiente familiar” (Candido, Moraes e Vieira, 2004, p.13). Ao inserir esse conceito também nos hospitais públicos, pode-se afirmar que a hotelaria hospitalar compõe os cuidados em saúde. O Hospital São Julião, considerando o seu processo histórico, já oferece a “dita” hotelaria hospitalar aos seus usuários, muito antes da conceituação do termo. É possível verificar no primeiro discurso, que se refere aos trabalhadores em saúde, uma preocupação muito grande com a questão da hospitalidade. É enfatizada, neste primeiro discurso, a intenção da construção de uma relação de confiança, segurança, e de forma natural, no entanto, se faz presente a questão operacional, a necessidade do repasse de informações que são de “extrema importância” para que o convívio seja harmonioso. No segundo discurso, que se refere às percepções dos usuários, é expressa a visão deles quanto à hotelaria. Externam as fortalezas, a forma como foram recebidos, organização e cuidado dos ambientes, instruções. E são capazes também de expor quanto as fragilidades, que estão diretamente relacionadas à hotelaria como à alimentação e à falta de ventiladores.

Ideia Central B - A comunicação e articulação dos profissionais e serviços ocorrem na acolhida

DSC 1 T: *Assim... ele chega, a gente já sabe que ele vai vir né, fica avisado aqui, fica a pré-alta, a gente recebe as informações como que vai internar o paciente, aí nós perguntamos para as pessoas que vêm trazer ele do outro hospital: nome, se tem acompanhante, geralmente a gente tem que passar segurança pra ele, para eles poderem confiar e pra gente pode seguir os procedimentos, que o médico orienta, prescreve, né... às vezes tem paciente que chega, tem úlcera, tem que fazer o curativo, então tem que orientar, o porque que tá fazendo o curativo, também sobre as medicações. Porque a chegada deles pra eles é tudo novo, a gente tem que passar isso, orientar, conversar, passar confiança, informações adequadas que eles necessitam, horário da dieta, horário da visita, a gente comunica a família como que é o procedimento aqui, explica o que ele veio fazer aqui... coisa assim, orientações que a gente possa passar para eles, que estão aqui internado para tratamento, e às vezes depende, cada um tem um tratamento. E se anda a gente fala que pode passear aqui por dentro e até onde pode passear lá fora, que pode ficar*

aqui, ou lá, tanto faz... Se é cadeirante, a gente fala: ah precisa de ajuda? Chama a gente, não faz sozinho, se tem dúvida pergunta! Assim... a gente já deixa um pouco bem explicadinho! Ai comunica a secretária que já chegou o paciente, ela informa para que levemos os acompanhantes até fazer a internação, aí o acompanhante vai até a secretária, faz a internação, ela comunica o médico do setor, aí chamamos o médico para admitir e fazer todo o processo da prescrição, e o médico vêm avaliar e examinar esse paciente, nisso ele fica aguardando, o que o médico vai passar, aí a gente comunica a copeira, que o paciente internou, ela leva a bandeja, com a água e um copo, depois ela espera o que o médico passou sobre a dieta desse paciente, se é hipossódica, se é livre, se é pastosa, então a gente também, aguarda o médico vê a dieta dele, aí o médico passa para nós, e a gente para a nutricionista, qual é o tipo da dieta dele, se é hipossódica, se é branda... Se a gente tem alguma dificuldade, a gente sempre pergunta para a chefe, para enfermeira, o que vai fazer, o procedimento, ou, o que não vai fazer, o que o paciente demonstra, tudo... porque por mais que você saiba, a gente sempre pega uma orientação da enfermeira.

DSC 2 T: Poderia ser melhorado as informações lá na portaria! Por que já chegou paciente aqui que chegou deitou no leito, e ah! É para outro setor. É muito constrangimento! Você chegar[e]ah! Não é aqui... é lá não sei aonde... fica aquela coisa... A pessoa já está constrangida de estar hospitalizada. E, chegar e não saber onde que vai ficar... essa parte é bem complicadinha...

DSC 1 U: Nossa... aforma como fui recepcionado... pessoal sempre atento, que acolhe as pessoas conversando, incentivando, apoiando! Tipo assim, fui instalado e foram gentis e atenciosos, perguntaram muita coisa, já vieram conversar comigo, me atender, expor algumas coisas, orientar, explicar como funciona, me colocar à vontade para entender o sistema, perguntaram se eu estava bem, o tratamento, o quê que eu tinha? Daí... me responderam às perguntas com relação a saúde, como que era para eu me cuidar, durante estar aqui. Logo em seguida já vieram as equipes se apresentarem, tinham duas equipes, inclusive os integrantes das duas equipes se apresentaram dizendo que uma ia cuidar de mim durante aqueles dias... uma equipe Coração e a outra Girassol, e anunciaram o que iam fazer, eu fiquei satisfeito, percebi que aqui teria um cuidado mais intensivo, foram vários os profissionais, que me deram atenção, desde psicologia, nutricionista, enfermagem, assistente social, odontologia também, orientando sobre a necessidade de higiene bucal, e... os médicos, as médicas, também a enfermeira chefe, também esteve aqui, e anunciou que ia fazer o tratamento a laser, tive assim, uma acolhida muito boa.

DSC 2 U: O que melhoraria era se houvesse um sistema digamos de alerta, de chamar o enfermeiro, às vezes, você quer um enfermeiro, quer conversar, quer falar alguma coisa, quer comunicar e você não tem contado, a não ser que você fique esperando alguém bater na sua porta, ou passar por aí (risos) entendeu? Então... talvez um botãozinho, mas isso também pode causar um caos: se todo mundo resolve apertar o botãozinho... A campanha aqui do quarto e emergencial, não uso, por que não precisei de emergência nenhuma, por hora, é apenas digamos, um contato: ó eu preciso perguntar não sei o quê! Então eu tenho que ficar aguardando até que alguém passe... alguém entre... alguém bata na porta...

entendeu? É esse tipo de coisa, mas eu não sei se é válido a minha colocação, justamente por causa disso que eu falei, de repente todo mundo quer tocar a campainha, para chamar enfermeiro, também não é uma coisa boa, então é relativo isso, talvez pudesse ser, estudado de outra forma, não sei, é uma posição. No primeiro discurso, as trabalhadoras em saúde ressaltam quanto à necessidade de passar confiança aos usuários. Essa confiança não se atinge só por meio da comunicação, envolve também outros elementos, como o olhar, o toque suave, a aproximação lenta, o tom da voz, dentre outros. Esses elementos são essenciais no atendimento humanizado e compõem a comunicação e a relação entre os dois seres que, até então, são desconhecidos um para o outro (Brasil, 2016).

No entanto, conforme aponta o primeiro discurso e também a observação realizada pela pesquisadora, a comunicação acaba não sendo direcionada aos usuários. As trabalhadoras em saúde dirigem-se, na maioria das vezes, aos acompanhantes. Percebe-se, nesses casos, que pode haver prejuízo na relação de confiança que está sendo buscada com o próprio doente. Conforme afirma Clotet (2009), há um desprestígio à sua capacidade de opinar, decidir e mesmo de prestar informações e, por isso, um desrespeito ao direito de falar por si, ou seja, confundindo-se a independência funcional com a autonomia. Observou-se que na acolhida de usuários estão presentes diferentes processos de comunicação e são dois os mais ocorridos: com esses e com seus familiares, sendo que a maior incidência ocorre com vistas à regulação de condutas e posturas no hospital e na articulação com a equipe, visando ao repasse de informações e orientações relativas à assistência direta ao usuário recém-ingressado. A intermediação é realizada por uma trabalhadora, geralmente técnica de enfermagem. Além dos registros relativos aos usuários ocorre também a verbalização com o conjunto de pessoas envolvidas na acolhida. Como o São Julião é um hospital de retaguarda e não possui Pronto Atendimento Médico para classificação ou reclassificação de risco, os pacientes, assim que admitidos, são encaminhados para os quartos e respectivos leitos. O Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou também denominado Equipe de Gestão Alta (EGA) do HSJ comunica às unidades de internação a chegada dos novos pacientes (Hospital São Julião, 2015). Portanto, essa comunicação se torna um fator de extrema importância na acolhida e melhora a confiança do usuário no serviço.

O segundo discurso das trabalhadoras em saúde evidencia que a falha nessa comunicação prejudica sobremaneira o vínculo de confiança e, ainda, agrava o sentimento “de constrangimento” que as trabalhadoras avaliam como sendo inerente ao estar doente. Por isso, nominam a inserção dos trabalhadores da portaria como também integrantes da acolhida. O primeiro discurso dos usuários demonstra a satisfação com a comunicação, a forma como foram passadas as informações logo na chegada, a apresentação dos trabalhadores e técnicas de cuidado. Talvez seja esta acolhida que leva os usuários a desejarem que essa maior comunicação ocorra não somente na chegada, mas também ao longo da internação. O segundo discurso dos usuários evidencia que a necessidade de comunicação desses, no período pós-acolhida, vai além das situações de emergência. Eles necessitam conversar, interagir e elegem os trabalhadores como importantes nessa atividade. A presença de diversos trabalhadores de áreas distintas relacionadas ao cuidado e assistência demonstra que a acolhida não é atribuição exclusiva de um único trabalhador ou área

profissional. Sobretudo que compete àqueles que entendem como importante para o desempenho do seu trabalho, o vínculo com os usuários. A acolhida, assim como a própria saúde em si, é uma construção coletiva, com contradições e necessidades constantes, especialmente de ser pensada, analisada e reanalisada ouvindo o conjunto dos envolvidos.

Ideia Central C – Diferentes sentimentos e emoções ocorrem na acolhida

DSC 1 T: *Bom dependendo do paciente a gente se sente triste, é triste ver uma pessoa muito nova chegando, os mais velhos também que são mais dependentes, às vezes a gente fica meio triste, mas também fica feliz porque pode dar a melhora para eles aqui dentro, se for para melhora deles a gente se sente bem também, né. Muitas vezes a gente tem dó! Dó! Muito desleixo, muitos pacientes que chegam aqui a família não quer saber de cuidar. Na verdade, a gente [fica pensando por alguns instantes] não somos nada nessa vida, nada! A não ser você cuidar das pessoas, muitos pacientes vêm aqui em estado de calamidade, feio mesmo!*

DSC 2 T: *Eu me sinto bem curiosa, porque assim... ainda mais quando é uma patologia diferente, eu fico curiosa para saber como que vão ser as reações das pessoas, se vai ter um prognóstico bom, se não vai..., aí dependendo do prognóstico da pessoa, é bom saber por que a gente já auxilia a família, ajuda também... eu me sinto bem motivada, bem motivada! [alguns instantes de silêncio] Eu não sei te dizer, ah... desempenhando o meu papel, minha função.*

DSC U: *Então... eu tava com medo, eu passei uma noite lá na UPA e tava com bastante medo, só que eu cheguei aqui, eles me tranquilizaram, me senti melhor aqui do que na UPA, meio que aliviado por estar aqui, senti o amor das pessoas... mais esperança, maior conforto, bem aconchegante, bem tratado mesmo! Senti que seria um tratamento diferenciado.*

São diversos os sentimentos e as emoções que as trabalhadoras vivenciam, não há abstração, são sentimentos reais e encontram-se ligados emocionalmente com o usuário e suas condições de trabalho e de vida. No primeiro discurso, é nítido o impacto que as trabalhadoras demonstram na acolhida. Já no final do segundo discurso, como uma forma de regular o sofrimento que o encontro causa, há a racionalidade com a operacionalização da função. Observa-se que os sentimentos também derivam da expectativa sobre o prognóstico do usuário, ou seja, a perspectiva do trabalho tendo a cura ou melhora significativa, como sucesso do que faz. A frase colocada depois de alguns instantes de silêncio “*Eu não sei te dizer, ah... desempenhando o meu papel, minha função*” demonstra o movimento de regulação do sofrimento efetivado pela trabalhadora em saúde. Tal discussão remete a Dejour (1994) e posteriormente em quase toda a sua obra, cuja afirmação incita que o sofrimento no trabalho é regulado pelos próprios trabalhadores na perspectiva de manter-se trabalhando. Não nega o sofrimento, mas o significa em outras formas de vivência, citando, inclusive, o prazer em trabalhar.

No discurso dos usuários, além dos diversos sentimentos, também é visível o impacto causado pela chegada ao hospital, sendo que os sentimentos e emoções são vivenciados e estão relacionados aos envolvidos com o tratamento que irá receber. Tem a ver também com as experiências prévias em outras unidades de saúde e com as informações que detêm sobre o hospital. Corroborando com Lefèvre e Lefèvre (2007), para o conjunto da sociedade capitalista, o adoecimento faz com que

toda a identidade do doente seja fixada na doença que possui. Assim, também o doente passa a conceber o cuidado como somente aquele realizado a partir da aplicação de tecnologias focadas na doença. Essa forma de atenção retira do usuário toda a complexidade do seu ser e o torna apenas um doente. Esta fixação apenas na doença o fragiliza de tal maneira, que interfere na sua capacidade de dimensionar os aspectos que vão além do operacional. Ao focar nos procedimentos médicos e de enfermagem para avaliação do “bom atendimento”, fica visível a não apropriação dos aspectos operacionais e humanos da acolhida que envolvem outros profissionais. No entanto, a acolhida singular proporcionou aos usuários sentir aconchego, amor das pessoas, tranquilidade e alívio diante do que tinha vivenciado até então.

Conclusão

A primeira conclusão dessa pesquisa é que somente foi possível pelo enriquecimento promovido pela dialética entre a realidade a ser desvelada, os fundamentos ético-políticos que envolviam os sujeitos da pesquisa, incluindo, nesses, as pesquisadoras, o ambiente de pesquisa, os aprendizados em dois anos de residência e a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Ao considerar todas as informações advindas das entrevistas e os registros das observações, foi possível evidenciar ideias centrais e os âmbitos da acolhida, exercitando, permanentemente, a dialética tão cara às pesquisas qualitativas. Todos os sujeitos sócio-históricos envolvidos na pesquisa, inclusive a banca de avaliação, compuseram as representações sociais que foram fazendo emergir a realidade do que é a acolhida no processo de acolhimento que ocorre no Hospital São Julião. Os eixos, ideias centrais e discursos trazidos em forma de organização pedagógica para leitores e pesquisados compõem um início de pesquisa sobre a acolhida hospitalar e necessita ser debatida não apenas nesse hospital, mas no SUS, quiçá na rede hospitalar privada e conveniada ao Sistema. Podemos afirmar que a acolhida no contexto hospitalar é um momento de múltiplos encontros e está situada na categoria do trabalho reprodutivo. E, por isso, tem valor, mas não é mercadoria apreçada. É um bem. Na sociabilidade capitalista, isso pode significar a sua própria negação como trabalho e ser relegada à alienação das relações humanas descontextualizadas do modo de produção social da doença. É a acolhida feita de encontros uma ação contra-hegemônica e instituinte no SUS que dá certo e, portanto, necessária em ser evidenciada como ação política.

A visão pragmática de ser cuidadosa, como uma ação de trabalhadores em saúde para os usuários dos serviços e bens do Sistema de saúde, faz a negação da existência de fragilidades e fortalezas em ambas as partes. Essa relação verticalizada reforça as relações de poder e desconsidera a ambos como sujeitos de direitos. Ao negar a potência de significados que se faz na acolhida, sobrepõe-se em importância o trabalho prescrito em detrimento da dinamicidade do trabalho real. E, pelas condições impostas a ambos os sujeitos, na perspectiva da eficácia instrumental, des-humaniza a acolhida e insere, muitas vezes, no campo da atividade meramente administrativa. O treino técnico-operativo tenta suplantar o ser-social e, por isso, mecaniza o cuidado da acolhida na perspectiva de confundir os envolvidos e sujeitá-los à mecanicidade destituidora de direitos das relações humanas em sua profundidade. A objetividade e os cuidados técnicos que operacionalizam a hotelaria, a verificação dos sinais vitais, a higiene ambiental e de cada pessoa, além da comunicação

assertiva entre os diversos serviços e pessoas e com as informações básicas sobre as condicionalidades e atenção à saúde oferecidos exigem preparo sobre o saber fazer em ambientes que podem ou não ter todas as condições de trabalho. Toda a complexidade do preparo da “casa” para acolher quem vai chegar e, quando chega o sujeito, há que se considerar a singularidade de cada trabalhador que carrega consigo sentimentos, sensações, emoções, expressando-as diversamente diante das realidades que se apresentam no cotidiano. As trabalhadoras da acolhida, essas que foram ouvidas nessa pesquisa, realizam, mesmo que não explicitem, em cada acolhida, o contato que envolvem só empatia pré-disposta, mas também o efetivo encontro de sujeitos históricos. Suas dores e expectativas de cuidado também acontecem nesse encontro. Na acolhida, a mecanicidade e a racionalidade por parte dos trabalhadores, além de visar cumprir protocolos e normas, têm a função de regular o sofrimento. A realização das atividades administrativas, de hotelaria, de cuidados tecnicamente descritos em normas e procedimentos podem, em aparência, ser vistas como mecânicas. No entanto, há que se considerar que trabalhadores em saúde desenvolvem diferentes sentimentos e expectativas em relação ao usuário que vai chegar a partir da sua própria história profissional e pessoal. Com isso, também suas perspectivas e as experiências de cada internação hospitalar potencializam os prognósticos derivados dela.

No Hospital São Julião, sendo uma ex-colônia de hansenianos, resgatada pela Operação Mato Grosso, há tanto a estrutura arquitetônica horizontal, quanto a localização e a presença de flora e fauna que favorecem uma representação positiva do “estar em cuidado”. Estando internado e tendo ou não a presença permanente de um acompanhante ou cuidador, o acolhimento, sendo discurso e prática dos gestores e voluntários que por lá passam, faz-se regra para todos os trabalhadores cotidianamente. E isso torna-se internalizado para todos os que chegam, especialmente as pessoas envolvidas nas Residências Multiprofissionais e Médicas. A acolhida, não é, pois, algo que acontece espontaneamente e por relações duais, abstraídas de tensionamentos e complexidades. Pelo contrário, é um permanente tensionamento entre diferentes formas de fazer o SUS a partir das relações intrainstitucionais, interpessoais, interinstitucionais entranhadas no contexto sócio-político que disputa a saúde como bem em contraposição à saúde como mercadoria. É, em todas as ocorrências, um processo permanente de acolhimento em tudo o que possa esse significar. Na realidade pesquisada, percebeu-se que nas recepções em que a pessoa a ser internada vem junto com acompanhante e/ou seus familiares na condição de cuidador, há um deslocamento das interações mais direcionadas a esses que aos sujeitos que estão chegando para a internação. Isso pode levar a refletir que, mesmo com a decisão de que, ao receber as pessoas, deve-se falar com ela, guarda-se, ainda na acolhida, a ideia de incapacidade do doente para decidir por si. Potencializa-se a incapacidade do sujeito com uma doença, tornando-o apenas o doente, inserindo-o ainda de forma pequena no processo decisivo do que vai lhe ser realizado no processo de reabilitação. O movimento de destituir o sujeito de si mesmo e deslocá-lo para a doença implica também no desvio da construção da autonomia para tornar-se “paciente” usuário de leito hospitalar. A isso, poderíamos considerar que não se impôs o preceito da participação do sujeito no processo de recuperação, prevenção e, sobretudo, promoção em saúde em âmbitos mais amplos do viver que estar em situação de adensamento do cuidado da

doença. Os dispositivos da Política Nacional de Humanização ainda são insuficientes para efetivar a acolhida hospitalar, posto que é bastante focada nos direitos dos usuários do SUS, em contraponto às condições de trabalho impostas à maioria dos trabalhadores que labutam na atenção integral aos cidadãos brasileiros. Ao desconsiderar os contextos de trabalho, especialmente no que se refere às relações e cargas de trabalho, ocorre uma intencionalidade de negar as práticas de cuidado como trabalho. Decorrente disso, escondem-se o trabalho, os trabalhadores e seus direitos, inclusive de proteção no trabalho humanizado tão fundamental no processo saúde-doença.

A necessidade de aprofundar pesquisas sobre as práticas do cuidado requer complexificar a compreensão da acolhida e esta integrante do acolhimento, de forma que se contextualize o “chão” onde ocorrem essas relações. Trata-se, portanto, de considerar para além dos dois polos – trabalhadores em saúde e usuários – e inserir os compromissos assumidos por gestores das unidades de saúde, como também os gestores públicos e suas capacidades de influenciar o cotidiano do SUS. Os processos de acolhida que ocorrem nos hospitais, ainda mais quando esses são do SUS, estão regulados também pelas condições sócio-históricas e culturais presentes na sociedade brasileira, agudizadas em violações de direitos atualmente. O avanço da privatização, tornando a saúde mercadoria com preço e, portanto, negociada nos âmbitos políticos e econômicos, na modalidade de privatização e/ou terceirização, tem reificado o não-direito como regra. Aliados a essa realidade há os movimentos fundamentalistas que querem fazer retroagir os fundamentos do SUS como universalidade, equidade, participação da comunidade e integralidade, visando preparar o Sistema como produto vendável. As forças contraditórias que atualmente estão em disputa no Brasil, em um processo permanente de tensionamento entre a implantação do SUS e a contrarreforma neoliberal, têm no cotidiano dos serviços de saúde as suas expressões. O encontro de sujeitos de direitos, na forma de acolhida hospitalar, pressupõe reconhecer essa prática como um exercício de resistência às forças impostas pela economia neoliberal aos fundamentalistas que se contrapõem ao Estado de direito e o reconhecimento das diversidades sócio-políticas e culturais dos sujeitos que se encontram.

A disposição do Hospital São Julião em deixar-se desvelar a partir de estudantes que acolhe em diferentes formas, especialmente de residentes com suas pesquisas, demonstra sua disposição em seguir avançando nas práticas do cuidado, tendo como base os fundamentos do SUS, em um processo instituinte e tensionado, mas sem distanciar-se ou desistir deles. Há que se considerar que a singularidade da instituição permite as condições para esses exercícios de humanidades e pode, sendo integrante da rede de atenção à saúde, dispor suas experiências para os demais serviços e ações de saúde, guardadas todas diferenças e especificidades de cada um. Por fim, o que se tem de boa experiência precisa ser registrado e socializado, para que as forças que primam por um SUS de qualidade, público e solidário possa fazer frente às frentes privatizantes do cuidado e da política. O fato do São Julião ser gerido por uma organização não governamental, que tem o cuidado humanizado como centralidade da sua missão, não significa que os hospitais públicos não possam também fazê-lo. Ao contrário, esses poderão dispor de ações e serviços que sejam transparentes nas suas ações, com suas debilidades e fortalezas. Sobretudo, a partir das condições concretas do

trabalho de produzir saúde e construir a acolhida como uma relação de sujeitos que se relacionam com autonomia, quiçá com esperança do cuidado de si, dos demais, do mundo!

REFERÊNCIAS

- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde*. 1. ed. Brasília, DF, 27 p.
- Brasil.(2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF.
- Cândido I, Moraes OD, Viera EV. (2004). *Hotelaria Hospitalar: um novo conceito no atendimento ao cliente da saúde*. 1. ed. Caxias do Sul, RS: Educs.
- Clotet J. (2009). O respeito a autonomia e aos direitos dos pacientes. *RevAssocMed Rio Grande Do Sul*. 53(4):432-435.
- Conselho Federal de Serviço Social.(1993).Código de Ética Profissional do Assistente Social. Brasília, DF: CFESS.
- DejoursC. (1994).*Psicodinâmica do trabalho:contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. 1. ed. São Paulo, SP: Atlas Editora
- Hospital São Julião. (2014). Protocolo UCP - Unidade Cuidados Prolongados. Campo Grande, MS: *Associação de Apoio e Recuperação dos Hansenianos AARH*. No prelo.
- Hospital São Julião. (2015). Protocolo CCI – Cuidados Continuados Integrados. Campo Grande, MS: *Associação de Apoio e Recuperação dos Hansenianos AARH*. No prelo.
- Lefèvre F,Lefèvre AMC. (2007) Saúde como Negação da Negação: uma Perspectiva Dialética. *PHYSIS*. 17(1):15-28.
- Lefèvre F,Lefèvre AMC. (2010)Pesquisa de Representação Social. 1ª.ed. Brasília, DF: Liberlivro.
- Lima WCB, ScandolaEMR.(2018).Os impactos financeiros na vida dos familiares durante a internação na unidade de cuidados continuados integrados (UCCI). *Rev. Saúde Pública de Mato Grosso do Sul*.1(1):37-47.
- Minayo MCS. (2004). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco.
- Pinheiro EA. (2017) A prática de cuidados continuados integrados ao idoso no Sistema Único de Saúde e nos territórios de reintegração familiar em Campo Grande/MS[dissertação]. Campo Grande (MS): Universidade Católica Dom Bosco; Disponível em:<https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/1022021-dissertacao-edivania-anacleto-pinheiro-compressed.pdf>
