

Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro

Welcoming: soft technology in nurse's management processes

Acogimiento: tecnología leve en los procesos gerenciales del enfermero

Flávia Raquel Rossi

Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul. Mestre em Enfermagem pela UFRGS. Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

Maria Alice Dias da Silva Lima

Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da UFRGS. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.

RESUMO

O estudo teve por objetivo identificar a utilização das tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro e a sua interferência na produção do cuidado. Constituiu-se em um estudo de caso de abordagem qualitativa, cujos sujeitos da pesquisa foram enfermeiros de um setor de internação de um hospital geral localizado em um município do interior do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados através da observação livre do trabalho do enfermeiro. Nos processos gerenciais do enfermeiro identificou-se a utilização de tecnologias leves, entre elas o acolhimento, assim como alguns fatores que o configuram, sendo possível afirmar que ao utilizar essa tecnologia o enfermeiro produz e promove a humanização do cuidado.

Descritores: cuidados de enfermagem; organização e administração; serviços de enfermagem; administração de serviços de saúde.

ABSTRACT

This study aimed the identification of the use of soft technologies in nursing management processes and their interference in care production. It was constituted in a case study case of quality feature and the research subjects were nurses of a public hospital located in a city of Rio Grande do Sul. Data were collected by means of free observation of the nurses' job. In their managing processes, it was identified the use of soft technologies, among them the welcoming, as well as some factors that present it, what makes possible to affirm that, when the nurse uses this technology, he/she produces and promotes care humanization.

Descriptors: Nursing care/organization and administration, Nursing services; Administration of health services.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fué la utilización de tecnologías leves en los procesos gerenciales del enfermería e su interferencia al producir lo cuidado. Se constituye en un estudio de caso de abordaje cualitativa e los sujetos de investigación eran enfermeros de un sector de internación de un hospital general localizado en una ciudad del Rio Grande do Sul. Los datos fueron colectados a través de la libre observación de sus trabajos. En los procesos gerenciales del enfermero, se identifico el uso de tecnologías leves, entre ellas, el acogimiento, así como algunos factores que lo configuran, siendo posible afirmar que al utilizar esa tecnología, el enfermero produce e promociona la humanización del cuidado.

Descriptores: Atención de enfermería/organización e administración; Servicios de enfermería; Administración de servicios de salud.

Rossi FR, Lima MADL. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. Rev Bras Enferm 2005 maio-jun; 58(3):305-10.

1. INTRODUÇÃO

As tecnologias leves são tecnologias de relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho⁽¹⁾. A utilização destas tecnologias nos processos gerenciais do enfermeiro pode interferir na produção do cuidado. O grande compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado é o de utilizar as relações enquanto tecnologia, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos. E, através dessas mesmas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e os valorizar (trabalhadores e usuários) como potentes para intervirem na concretização do cuidado.

Para dar conta desse cuidado o enfermeiro pode inserir-se nos processos de trabalho, ocupando todos os espaços que lhe dizem respeito, quer seja junto ao usuário ou às equipes de saúde, de forma consciente e direcionada às necessidades específicas dos sujeitos em busca da humanização, ou seja, de relações dialógicas que proporcionem o desenvolvimento de cada pessoa, nas quais a individualidade, as crenças, as características pessoais, a linguagem, entre outras coisas, sejam

respeitadas^(2,3).

Ao ser feito um recorte dos processos de trabalho em saúde, direcionando o olhar especificamente para os processos gerenciais do enfermeiro, pode-se reconhecer um universo de ações desse profissional que transita na interface constante entre a produção propriamente dita e a busca de condições que garantam a continuidade e concretização desse cuidado.

Para a concretização dos processos de trabalho em saúde são utilizadas diferentes tecnologias que podem ser classificadas em tecnologias leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve/duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o *taylorismo*, o *foyolismo*) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais)⁽¹⁾.

O aporte e a consolidação do uso dessas tecnologias acontece de forma distinta para os enfermeiros, de acordo com as relações que estabelecem com os diferentes sujeitos participantes dos processos de trabalho, ou em diferentes momentos com o envolvimento dos mesmos sujeitos.

Nesse sentido, o momento da construção da relação do enfermeiro com os sujeitos participantes dos processos de trabalho no contexto estudado é ímpar, dinâmico e contingencial e como tal, consolida-se em movimento. Nesse movimento, os sujeitos – trabalhadores, usuários e familiares - transitam e posicionam-se de acordo com suas necessidades, intenções, competências e subjetividades que emergem e marcam cada momento de interação. O movimento é composto de interações que percorrem desde o contato impessoal, calculado e metódico, até aquelas personalizadas, afetuosas e acolhedoras entre os indivíduos, as quais imprimem características contraditórias nos resultados dos processos gerenciais do enfermeiro.

A utilização das tecnologias leves contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. Esse objeto exige dos profissionais da saúde, especialmente do enfermeiro, uma capacidade diferenciada no olhar a ele concedido a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível.

Dentro deste contexto é importante salientar que são necessários processos gerenciais que reconheçam o cuidado como foco possível e necessário de ser gerenciado dentro do universo organizacional e que extrapolem o tecnicismo.

O estudo em questão teve o objetivo de identificar a utilização de tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro e sua interferência na produção do cuidado.

2. METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza qualitativa, na qual os conhecimentos sobre os indivíduos são possíveis através da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores⁽⁴⁾. Caracterizou-se como um estudo de caso, que consiste em "uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente"⁽⁵⁾.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2002 a fevereiro de 2003, em um hospital localizado em um dos municípios que compõem a 5ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. É um hospital geral, de grande porte, público e de ensino, com 267 leitos. Optou-se por desenvolver a pesquisa em um setor de internação de clínica médico-cirúrgica por ser capaz de retratar o cotidiano do trabalho nos processos gerenciais do enfermeiro em um hospital geral. O critério para a escolha do setor foi a presença de um

enfermeiro em todos os turnos de trabalho.

Oteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo todas as enfermeiras da unidade selecionada que trabalhavam nos turnos da manhã, tarde e noites, constituindo-se em quatro os sujeitos da pesquisa. As enfermeiras aceitaram participar do estudo, mediante preenchimento de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram utilizados nomes fictícios, inspirados nas deusas da mitologia grega, para a identificação dos sujeitos. Os dados utilizados na análise foram validados pelos sujeitos participantes da pesquisa.

A técnica de coleta dos dados foi a observação livre, na qual a compreensão do fenômeno que se observa acontece com a ausência total ou parcial do estabelecimento de pré-categorias para o entendimento do fenômeno estudado⁽⁶⁾. Realizou-se observação livre do trabalho do enfermeiro, priorizando aspectos referentes à utilização das tecnologias leves durante sua prática gerencial.

Os diferentes turnos de trabalho dos sujeitos da pesquisa foram considerados na coleta de dados, perfazendo 86h05min de observação. Para o encerramento da coleta de dados foi utilizado o critério de saturação, quando as informações tornaram-se repetitivas e redundantes⁽⁴⁾. Os conteúdos resultantes das observações foram registrados em diários de campo.

A análise dos dados constituiu-se de três fases⁽⁶⁾: a ordenação, a classificação dos dados obtidos e a análise final. A ordenação dos dados foi realizada através da organização do material obtido através da observação, registrados nos diários de campo e posteriormente digitados em ordem sequencial de tempo. A classificação dos dados foi feita através de leituras repetidas dos textos obtidos por intermédio do registro das observações com identificação de estruturas de relevância: a relação do enfermeiro com o usuário, com seus familiares e a relação do profissional com a equipe de saúde. Essas estruturas posteriormente foram agrupadas em duas categorias empíricas: o acolhimento e o vínculo. São apresentados neste artigo, os resultados referentes ao acolhimento, assim como alguns fatores que o configuram.

3. RESULTADOS

3.1 O acolhimento nos processos gerenciais do enfermeiro

No que se refere ao contexto hospitalar é possível identificar situações de afetividade, de solidariedade, de boa educação entre o enfermeiro e os indivíduos envolvidos nos processos de trabalho em saúde. No entanto, para a consolidação do acolhimento⁹ enquanto tecnologia realmente potente para humanizar o cuidado, é necessário um olhar mais profundo direcionado à identificação e entendimento de alguns elementos que o configurem.

No contexto estudado foi possível identificar na prática gerencial do enfermeiro, alguns desses elementos que são: a centralidade dos indivíduos nos processos de trabalho, a escuta e a resolutividade das ações do enfermeiro, respeito ao indivíduo, à sua historicidade e autonomia.

3.2 A centralidade dos indivíduos nos processos de trabalho

No contexto de internação hospitalar a aproximação do enfermeiro com o usuário inicia, na maioria das vezes, com a necessidade de avaliação das condições gerais do mesmo, com a visualização do resultado de intervenções técnicas já realizadas por ele ou por outros profissionais, assim como em algumas situações, a sua própria execução.

⁹O acolhimento em unidades intra-hospitalares pode ser definido da mesma forma que Ramos (2001)⁽⁹⁾ o faz em seu estudo na rede básica de saúde: acolhimento são posturas que o trabalhador em saúde deve procurar desenvolver no sentido de colocar-se no lugar do usuário, atendendo suas necessidades, direcionando-as quando necessário para pontos do sistema capaz de resolvê-las.

Constatou-se que essa relação se estabelece com o objetivo de garantir o projeto terapêutico elaborado para os usuários, o controle de padrões e a reprodução da ordem instalada pelo modelo clínico de assistência, reforçando que os trabalhadores em saúde no âmbito hospitalar são sujeitos que estão numa relação de trabalho com o objetivo de operar transformações no usuário⁽⁷⁾.

Embora exista, por parte dos enfermeiros e do próprio estabelecimento, que serviu de local de estudo, um discurso a respeito da necessidade de humanização e alguns ensaios de flexibilização nas concepções de trabalho, o gerenciamento do cuidado aparece permeado de contradições e heterogeneidades contrapondo constantemente a normatização e a humanização. Nesse contexto, o enfermeiro desenvolve suas ações, sendo que muitas delas emergem e concretizam-se através de relações centradas em procedimentos ou em protocolos organizacionais.

Existe um "sentir-se à vontade" por parte do enfermeiro no sentido de invadir, interferir e intervir junto ao usuário no momento em que lhe convém, em nome de execução de tarefas. É possível visualizar o exercício do poder inquestionável de um indivíduo sobre o outro. O enfermeiro utiliza, em muitas circunstâncias, sua autoridade profissional, sua independência e livre arbítrio para gerenciar situações de forma a enfatizar ainda as necessidades de ordem do serviço, dos próprios profissionais em detrimento ao ser cuidado, na luta por espaços, reproduzindo o modelo de assistência vigente, carente de acolhimento.

A relação que se estabelece no processo de trabalho, em algumas circunstâncias, não é entre o enfermeiro e usuário, mas sim entre o profissional e os ajustes/desajustes do sistema que emergem nas diferentes situações do cotidiano.

São poucos os profissionais, incluindo aqui o enfermeiro, que visualizam o processo de trabalho como um espaço que se abre em uma gama de possibilidades de um "fazer diferente", de um "qualificar a vida", conforme forem as suas interações e intenções junto ao usuário e à equipe de saúde.

Essas inadequações ou dificuldades têm a ver com os referenciais que ainda hoje dão sustentação para as ações de saúde e conseqüentemente para as formas de gerenciamento, que estão calcadas na intervenção, na racionalidade científica e econômica, na solidariedade mecânica que prima pelo caráter do poder e dominação, da relação sujeito e objeto, que configuram o cuidado de forma não personalizada submetido ao controle gerencial normativo^(8,9).

Neste contexto é importante salientar que, para colocar o indivíduo no centro dos processos de trabalho, é impreterível que estejam inclusos na concepção de resolutividade não apenas os ganhos e curas obtidos através da eficiência técnica e científica, mas também o respeito a integridade e dignidade dos indivíduos que utilizam os serviços de saúde.

No tocante à equipe de enfermagem, em grande número de situações, o técnico ou o auxiliar de enfermagem são porta-vozes das necessidades dos usuários e fornecem subsídios para as tomadas de decisão do enfermeiro.

Neste aspecto é possível identificar, em determinadas conjunturas, a existência de um enfermeiro que toma decisões sem avaliar o usuário, que não leva em consideração a solicitação dos técnicos de enfermagem, demonstrando um processo gerencial distante do usuário e pobre no reconhecimento dos trabalhadores enquanto indivíduos potentes para intervirem de forma significativa no contexto de saúde.

É importante salientar que o usuário procura na relação com o trabalhador um acolhimento que seja capaz de interferir no seu problema⁽¹⁰⁾. É oportuno fazer uma associação e explorar essa idéia também no que concerne ao âmbito das relações do enfermeiro com os membros da equipe de enfermagem, tendo em vista que eles também esperam ser acolhidos em suas necessidades no desenvolvimento de

seu trabalho.

Os acolhimentos concretizados através de ações resolutivas e respeitadas do enfermeiro para com os técnicos e auxiliares de enfermagem, assim como para os demais integrantes da equipe de saúde, podem ser um diferencial também no acolhimento ao usuário e na solidificação do cuidado humanizado. Os indivíduos só podem doar aquilo que tem, e, dentro dessa lógica, se os funcionários não vivenciam e não recebem acolhimento no seu cotidiano podem sentir-se descomprometidos em acolher outros indivíduos, incluindo o usuário.

Vale ressaltar que o enfermeiro também, em muitas instâncias, pode ser incluído no grupo de indivíduos não acolhidos, se considerarmos, no mínimo dois aspectos. O primeiro é relativo ao envolvimento e ao desempenho individual de cada membro da equipe de saúde nos processos gerenciados pelo enfermeiro. Muitas vezes os posicionamentos e as respostas dos auxiliares e técnicos de enfermagem, assim como de outros profissionais que compõem a equipe de saúde ficam aquém do necessário e/ou estipulado para a concretização do cuidado ao usuário e ao funcionamento da equipe, provocando resultados insatisfatórios no que concerne ao gerenciamento do cuidado. O segundo aspecto é inerente aos processos organizacionais dos serviços de enfermagem e dos próprios estabelecimentos de saúde nas suas totalidades. Em algumas instâncias esses processos encontram-se empobrecidos no que se refere à escuta, à atenção direcionada à resolução de problemas e à criação de espaços reais para a participação dos enfermeiros que gerenciam o cuidado. Esses fatores deixam o enfermeiro, muitas vezes, com pouco apoio, pouco reconhecimento e fragilizados para as tomadas de decisões, não tendo, dessa forma, outra alternativa que não seja a de reproduzir as inadequações existentes no sistema.

A centralidade dos indivíduos nas ações gerenciais do enfermeiro aparece também como fator dependente do tipo de intervenção do profissional ao relacionar-se com os diferentes sujeitos. Observou-se que o enfermeiro, em ocasiões nas quais executa intervenções técnicas, torna-se auto-suficiente em função de seu conhecimento estruturado e tende a relegar os demais aspectos do indivíduo que está sendo atendido, que não estejam contemplados pelo procedimento executado.

No entanto, nesse contexto paradoxal existem momentos em que o profissional, quando em equipe multidisciplinar, advoga pelo paciente, zela pela sua segurança e direitos como se ao advogar por ele, o acolhesse à distância, ou mesmo presencialmente dependendo da situação que se instala.

3.3 A escuta e a resolutividade das ações do enfermeiro

A escuta do enfermeiro para com os diferentes sujeitos que participam do processo gerencial é o portal de entrada para a satisfação das necessidades dos indivíduos e conseqüentemente um elemento importante na consolidação do acolhimento.

Foram encontradas duas formas de escuta: a individual e a compartilhada. A escuta individual é aquela traduzida por momentos em que o enfermeiro dirige sua atenção para um único indivíduo e a compartilhada é aquela onde a atenção do profissional é dividida entre os inúmeros sujeitos que participam de diferentes momentos do processo de trabalho e o levam a envolver-se com múltiplos eventos concomitantemente.

Ao envolver-se com múltiplos eventos, a enfermeira tenta dar conta de vários acolhimentos concomitantemente, perpassando, muitas vezes, por esse envolvimento e solicitude em responder a demandas simultâneas, o conceito de competência profissional.

Essas demandas são provenientes e pertinentes a uma certa regularidade existente no processo de trabalho em saúde e o fato do enfermeiro respondê-las simultaneamente, na maioria das vezes, não prejudica a resolutividade das interações entre os sujeitos, se estas

forem consideradas apenas enquanto finalização de tarefas. No entanto, se forem considerados os critérios de respeito aos indivíduos, de personalização do cuidado, da individualização dos sujeitos, do sigilo e da ética, em muitos casos, há um considerável empobrecimento na qualidade das mesmas.

Existe portanto, um imperativo nessas circunstâncias de escuta que acontecem de forma simultânea que é o fato do enfermeiro assumir junto a cada indivíduo participante do processo - como se ele realmente fosse o único - o compromisso de resolutividade que emergiu no momento em que se estabeleceu a relação.

Devemos levar em consideração, que além do compromisso com a resolutividade, a capacidade de inclusão do usuário que está sendo cuidado como foco inicial e principal da atenção do enfermeiro, é uma habilidade necessária ao profissional nos processos de gerenciamento, tendo em vista que não é o fato da atenção do profissional estar sendo dividida entre diferentes indivíduos que caracterizaria a falta de acolhimento ou falta de humanização, mas sim o como essa divisão é feita.

Deve haver especial zelo para que não ocorra simplesmente a troca de foco da atenção do enfermeiro de um indivíduo a outro. É necessário um cuidado particular em inserir o sujeito que está sendo atendido no contexto dos eventos que acontecem espontaneamente nos ambientes de cuidado e que impõem a divisão da atenção e escuta do profissional com outros sujeitos participantes do processo de trabalho.

A inserção do indivíduo, tão necessária para que ele não se sinta preterido ou desacolhido, pode ser feita através de um simples olhar explicativo, de um toque que represente: ainda estou contigo, de um pedido de licença, ou até, desde que eticamente possível, da sua inclusão nas questões que estão sendo socializadas pelos outros indivíduos que invadem, naquele momento, o seu espaço de cuidado.

3.4 Respeito ao indivíduo, à sua historicidade e autonomia

Considerar o indivíduo em suas particularidades e demonstrar real interesse ao momento particular pelo qual passa é de grande importância para a concretização do cuidado humanizado.

No contexto estudado, o respeito às particularidades e individualidade dos sujeitos, assim como a afetividade aparecem nas ações do enfermeiro. No entanto, existem também momentos nos quais transparece a existência de limitações, de predisposições, talvez de preconceitos e gradientes diferenciados de empatia entre o profissional e o usuário.

Constata-se a inconstância do profissional em acolher os indivíduos em suas particularidades e individualidades, pois observa-se que a mesma enfermeira que cobre carinhosamente a cabeça de um usuário, não consegue fixar seus olhos nos olhos de outro.

A presença de expressões como - "É, mas não precisa ter muita pena não!", referindo-se ao usuário e socializada pela enfermeira junto à equipe de saúde aponta para possibilidades de que o enfermeiro esteja legitimando e permitindo, através de sua atuação, ações distanciadas ou pouco focadas na valorização dos sujeitos, em suas particularidades e forma de ser.

Ao analisar esse aspecto é importante considerar também o fato de que o próprio enfermeiro pode sentir-se desrespeitado dentro da estrutura da qual faz parte. No entanto, mesmo valorizando essa possibilidade, é oportuno levar em conta que o enfermeiro é, na maioria das vezes, referência e exemplo para a equipe de saúde, em função das suas ações gerenciais, da sua forma de estar e ser no trabalho, imprimindo marcas e criando modelos nos ambientes de cuidado.

Suscita-se a existência de uma violência institucionalizada, associada à não articulação de respostas aos problemas dos usuários⁽⁹⁾. Cabe ressaltar que essa violência parece extrapolar os aspectos relativos à articulação de respostas aos problemas dos usuários no que diz respeito às resolutividades operacionais, técnicas ou científicas, penetrando no

âmbito do respeito, da ética e da manutenção da dignidade dos indivíduos.

Ainda no que se refere ao respeito às particularidades de cada indivíduo, aparecem situações em que o enfermeiro não reconhece a historicidade do sujeito atendido, relegando-o a um mero objeto do plano terapêutico. No âmbito geral da saúde, as necessidades são apresentadas como se fossem de todos, são identificadas sobre os indivíduos, negando o seu modo de vida, não levando em conta os processos que os originam. Há portanto uma interpretação a-histórica das necessidades⁽¹¹⁾.

O enfermeiro, ao fazer o gerenciamento do cuidado, em muitas circunstâncias atua sobre os indivíduos, coloca-se em um patamar diferenciado em função de seu saber estruturado, que muitas vezes o cega ou ensurdece diante dos apelos do usuário. Identifica-se um posicionamento seletivo onde é descartada a possibilidade do usuário sentir-se acolhido.

Em algumas situações existe ainda o agravante de que o conhecimento estruturado do enfermeiro não dá conta de particularidades próprias de cada usuário, tendo em vista que o costume em lidar com ocorrências semelhantes faz com que queixas sejam banalizadas e investigações sejam feitas com pouca atenção.

Na atenção individual ao usuário, há pouca preocupação com a autonomia, com o direito e a capacidade dos mesmos em exprimirem suas preocupações e desejos. O sujeito que sofre a intervenção é quase sempre tomado como um objeto passivo, como se fosse incapacitado de qualquer reação às ações dos profissionais de saúde⁽⁷⁾.

O indivíduo visto como um objeto passivo é resquício de um saber clínico bem estruturado que ainda impregna as ações dos profissionais da saúde⁽⁷⁾, estando presente também no cotidiano do enfermeiro. Esse saber estruturado que compõe as tecnologias leve-duras ainda aparece soberano nas tomadas de decisões e intervenções do enfermeiro junto ao usuário, restringindo o reconhecimento das múltiplas dimensões do ser humano e sendo reducionista no que se refere às diferentes possibilidades de relações entre causas e efeitos.

O reducionismo existente nos saberes e práticas reforça a concepção das pessoas enquanto objetos, reduzindo os sujeitos à condição de receptores, ficando com a doença, descartando as responsabilidades com a história individual, empobrecendo e restringindo as possibilidades de mudanças necessárias, diante da complexidade apresentada pela história real de cada sujeito e de cada sociedade⁽¹²⁾.

Ao constatar esses aspectos é importante visualizar que não há uma atualização na configuração das tecnologias, direcionada para a possibilidade de que elas venham a dar conta do produto que está sendo esperado como resultado dos processos de trabalho em saúde, ou seja, o usuário respeitado em sua individualidade, potencialidade e autonomia. Existe um hiato entre o desejado/idealizado e o vivido/concretizado nos processos de cuidado do enfermeiro.

Vale pontuar que existe também o tipo de abordagem, na qual o profissional, embora com intenção de acolhimento ao usuário, adianta-se às possíveis necessidades do indivíduo, desrespeitando, de certa forma, seu potencial para tomar as próprias decisões, como no caso de uma solicitação de avaliação cirúrgica não desejada por um usuário.

Mesmo com o intuito da ajuda, a enfermeira prevê em algumas situações necessidades que não são significativas para o usuário naquele determinado momento. Retomando o exemplo acima, embora o acesso^b, possibilitado ao usuário no momento em que o profissional sugere a avaliação cirúrgica seja um dos quesitos importantes para que o acolhimento se concretize, ele não tem por princípio ser baseado nas

^b Considera-se acesso, em âmbito de internação hospitalar, a possibilidade do usuário usufruir das diferentes tecnologias existentes no espaço intra-hospitalar ou fora dele, conforme forem as demandas de suas necessidades.

necessidades do profissional e sim nas do usuário.

Em situações como essa, a competência e o saber profissional estruturado podem deflagrar processos de pouca valorização da capacidade de autonomia dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde em tomarem suas próprias decisões.

Essa abordagem suscita também uma reflexão de que a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários vem sendo visualizada, na grande maioria das vezes, através de atitudes profissionais de "fazer por" e não "fazer com" o usuário, distanciando-se em parte da essência do acolhimento. Embora exista o interesse da enfermeira em propiciar acesso ao usuário, nem sempre ele é visualizado como o centro dessa ação e as condutas ainda acontecem padronizadas, caracterizando a dificuldade do enfermeiro em romper com o caráter normativo das suas ações e também com a "pseudo" soberania do saber profissional sobre a vontade dos indivíduos.

Os indivíduos são encaixados nas composições tecnológicas, estando, em muitos casos, disponível ao usuário apenas o que passa pela ótica e entendimento dos profissionais do que é necessário para cada um.

Em muitas situações o enfermeiro reafirma a sua responsabilidade de orientar, de colocar o seu saber e as normas do estabelecimento como imprescindíveis para assistência ao usuário, demarcando o controle do enfermeiro no processo de trabalho, tanto no sentido de reproduzir aspectos organizacionais como na dimensão de responsabilização do profissional.

No entanto, a responsabilização dos profissionais pela assistência do usuário implica na soma das ações do profissional ao usuário em busca da melhoria da qualidade de vida⁽¹³⁾. Em momento algum, a responsabilização implica em anular ou não reconhecer o usuário como agente de sua existência.

Responsabilização não implica necessariamente que o profissional se entenda como responsável pelo usuário, pelas suas ações e decisões, quando esse tem condições de responsabilizar-se por si e de decidir autonomamente o que deseja para si. "Apresentar uma lista de proibições, de deveres, de obrigações a serem seguidas pode significar negar a condição do sujeito"⁽¹³⁾.

Sabe-se que em ambientes organizados burocraticamente, tudo passa a ser controlado de forma racional, sendo a vida dentro dos estabelecimentos regrada nos seus mínimos gestos. A existência da supremacia do individualismo que provoca uma desapropriação da vida de cada indivíduo, uma vez que, o que tem predominado nesse processo é a planificação, a imposição e a repressão, resultando numa existência cotidiana sem expressão humana⁽⁹⁾. Essas situações distanciam, criam barreiras entre o usuário e o profissional, dificultando o acolhimento a

partir do momento em que a decisão do profissional e as normas do estabelecimento aparecem como soberanos, como caminhos únicos no auxílio ao usuário.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No sentido de acolher os indivíduos podem ser utilizadas abordagens construtivas e dialógicas nas interações entre o enfermeiro e o usuário, nas quais seja permitido ou incentivado que o mesmo se coloque na situação instalada. Qual seria a diferença em nível de tempo disposto ou de energia por parte do enfermeiro se ele optasse por trocar a utilização da informação normatizada/protocolar pela possibilidade de envolver o usuário em um diálogo onde ele pudesse manifestar suas opiniões em uma forma mais criativa e personalizada de interagir?

Essas interações podem conduzir a um acolhimento através de diálogos. Através de fatores simples e mais sensíveis de interação que extrapolem o domínio normativo e direcionado, fazendo um chamamento aos aspectos de saúde do usuário através da possibilidade dele enxergar-se, de pensar, de sentir e optar em cuidar de si ou não, enfim, em utilizar sua autonomia.

No entanto, não é possível falar em autonomia absoluta, visto que, os espaços de liberdade são restritos dentro dos serviços de saúde, mas é perfeitamente possível pensar em políticas e práticas fora do domínio pré-estabelecido^(14,15). Nessa concepção, o enfermeiro ao possibilitar abertura de espaços a uma prática diferenciada no sentido de envolver e centralizar o usuário no processos do seu cuidado estaria rompendo gradativamente, nas instâncias possíveis do seu micro espaço de trabalho, com o domínio existente nos contextos hospitalares e contribuindo para a construção de uma assistência mais humanizada.

No entanto, não pode haver ingenuidade. Em função de abordagens dessa natureza, descompassos podem acontecer, alguns relativos ao usuário, como uma possível estranheza pela forma de abordagem e de relação entre ele e o profissional e outros relativos ao próprio enfermeiro, que deverá conviver com a instabilidade e ansiedade que podem surgir em função das novas práticas, com a sensação de protocolos não cumpridos, com a potencialidade, muitas vezes desconhecida do usuário, com a criação de novas demandas de ações, assim como com o receio e as conseqüências da possível desestabilização da lógica organizacional.

Esses são apenas alguns dos ônus que devem ser sustentados quando destaca-se a centralidade do usuário nos processos de trabalho em saúde, a construção de sujeitos e a humanização do cuidado, tendo em vista que o reconhecimento do usuário como um sujeito da história, e de forma especial da sua própria história, pode ser um fator importantíssimo para a consolidação do acolhimento nos estabelecimentos de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
2. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 16ª ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 1996.
3. Freire P. Educação como prática da liberdade. 24ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2000.
4. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.
5. Triviños AN. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa em educação. São Paulo (SP): Atlas; 1987.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 2000.
7. Lima MADS. O trabalho de enfermagem na produção de cuidado de saúde no modelo clínico [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 1998.
8. Ramos DD. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Proto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde. 2001 [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
9. Ferraz A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. Acta Paul Enferm 2000; 12(especial/parte I): 91-7.
10. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1997. p. 333.
11. Mandu ENT, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importante para o trabalho da enfermagem. Rev Bras Enferm 1999; 52(1); 54-66.

Rossi FR, Lima MADL.

12. Dalmolin BM. Onde está o sujeito do nosso trabalho? Algumas reflexões para as práticas de saúde. Rev Técnico-Científica Enferm 2003; 1(1): 55-9.
13. Lunardi V. Bioética aplicada a assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm 1998; 51(4): 655-64.
14. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1997. p. 385.
15. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO, et al. Inventando a mudança na saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1997. p. 29-116.

Data do recebimento: 09/11/2004

Data da aprovação: 11/10/2005