

Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica

Mariana Sato^(a)José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres^(b)

Sato M, Ayres JRCM. Art and humanization of health practices in a primary care unit. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1027-38.

This study seeks to reflect on a philosophical basis in relation to an art-based humanization project that was developed by the professionals at a primary healthcare unit. The “reception” at this service refers to the sector dedicated to receiving people who are looking for attendance but without an appointment previously scheduled. In order to restore the meaning of “welcoming”, as disseminated through the National Humanization Program, these professionals created a project that aimed to modify the ambiance of the waiting room so as to promote symbolic transformation of that space such that this could enable qualification of the interactions that take place there. Investigation of this phenomenon demonstrated that art had properties capable of involve individuals in an experience that could promote creation of new meanings for the waiting room.

Keywords: Humanization. Art. Primary health care. Waiting room.

Este estudo pretende fazer uma reflexão com contribuições filosóficas sobre um projeto de humanização baseado na arte, desenvolvido pelos profissionais de uma Unidade Básica. O acolhimento deste serviço se referia ao setor dedicado a receber os usuários que procuravam atendimento e não tinham consulta marcada. Para restaurar o sentido do acolhimento difundido pela Política Nacional de Humanização, os profissionais criaram um projeto que objetivou modificar a ambiência da sala de espera com o propósito de promover uma transformação simbólica do espaço que pudesse favorecer a qualificação das interações. A investigação do fenômeno demonstrou que a arte teria propriedades capazes de envolver os sujeitos em uma experiência que poderia promover a criação de novos sentidos para a sala de espera.

Palavras-chave: Humanização. Arte. Acolhimento. Atenção primária. Sala de espera.

^(a) Fundação Faculdade de Medicina, Projeto Região Oeste, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Ovídio Pires de Campos, 225, Prédio da Administração, 6º andar, Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. 05403-010. marianaesato@gmail.com

^(b) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. jrcayres@usp.br

Introdução

De acordo com a Política Nacional de Humanização¹ (PNH), o acolhimento no campo da saúde se refere à construção de interações interpessoais baseadas em uma escuta atenta, eticamente comprometida e interessada no reconhecimento do outro. O acolhimento não deve ser restrito a um setor do serviço composto por determinados profissionais a serem escalados para receber as pessoas em busca de cuidado. Seu conceito se relaciona a uma certa atitude, a uma postura ética a ser adotada por todos aqueles que ali trabalham.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), responsável por garantir o acesso ao sistema de saúde, o acolhimento torna-se especialmente importante. No momento em que chega ao serviço, o indivíduo pode estar em situação de vulnerabilidade, e a forma como é recebido influencia o tipo de relação que será estabelecida com a equipe. Entretanto, na tentativa de dar resposta ao, muitas vezes, volumoso contingente de pessoas que buscam assistência, os profissionais podem acabar inconscientemente mecanizando a escuta e o atendimento, em um processo de automatização de condutas que se distancia da lógica de acolhimento defendida pela PNH.

Reconhecendo as limitações de atuar-se sobre os aspectos quantitativos do acolhimento – considerando as dificuldades implicadas em diminuir a demanda e/ou em aumentar o quadro de profissionais do serviço – é importante desenvolver estratégias capazes de promover mudanças qualitativas nas interações ali estabelecidas.

Entre as recomendações da PNH, estimula-se que os próprios profissionais do serviço se apropriem do processo de trabalho, identificando os nós críticos e propondo alternativas viáveis para superá-los. A partir do empoderamento da equipe, é possível que surjam iniciativas inovadoras de transformação das práticas de saúde. Este processo pôde ser identificado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que utilizou a arte como ferramenta para restaurar o significado de acolhimento.

Este caminho não é usual em um ambiente tão marcado pela técnica e pela ciência, como a unidade de saúde. Com efeito, filósofos, como o alemão Hans-Georg Gadamer (1900-2002), já demonstraram como a ciência foi dominando o modo de pensar das sociedades modernas, “encarregando-se” de toda explicação referente aos fenômenos da realidade², o que se torna ainda mais evidente em campos como a saúde. Enquanto isso, a arte foi sendo remetida ao campo da ficção.

Ao mesmo tempo em que a arte conquistou autonomia, ela se tornou restrita ao imaginário, ao irreal. Atualmente, há locais específicos para a realização da arte, que ficam deslocados da vida cotidiana. Para a vivência artística, torna-se necessário buscar museus, teatros, concertos, por exemplo. Mas, nesse mundo colonizado pelo raciocínio científico, a integração da arte ao cotidiano pode configurar uma linha de fuga ao tecnicismo, à lógica substantivamente instrumental das ciências, trazendo aberturas para dimensões do humano diversas daquelas apreendidas pelas tecnociências.

Quando se trata do cotidiano das práticas de saúde, por exemplo, aspectos associados à saúde, ao sofrimento ou, mesmo, à finalidade da vida – que passam, muitas vezes, despercebidos – podem ser colocados sob novas luzes. Questões referentes ao sentido da existência podem (e, muitas vezes, devem) ser evocadas durante as ações de cuidado, e ter a competência de saber identificá-las e abordá-las diz respeito à humanização. Neste contexto, a arte pode ter um papel fundamental.

Os efeitos terapêuticos da arte têm sido reconhecidos por alguns séculos e, nas últimas décadas, foram desenvolvidos estudos científicos sistemáticos que objetivaram, sobretudo, compreender os efeitos da arte sobre a saúde dos pacientes. Entretanto, com relação ao estudo da relação entre arte e humanização, a literatura científica ainda é escassa. Uma explicação possível seria a dificuldade de examinar estas questões por meio da sistematização proposta pelo método científico, sobretudo aqueles pautados em análises quantitativas. Para isso, talvez seja necessário recorrer a outras abordagens teóricas e metodológicas, a outros saberes que permitam construir um quadro compreensivo que possa, inclusive, orientar outros tipos de estudo, científicos ou não.

Visando contribuir nessa direção, o presente trabalho tem o objetivo de refletir sobre os potenciais da arte em processos de humanização dos serviços de saúde, tendo como origem a experiência de utilização da arte em um projeto de melhoria do acolhimento e da ambiência em uma UBS na cidade de São Paulo.

Sobre a construção da reflexão

Entre os autores deste ensaio, uma pertenceu à equipe da UBS cuja experiência, transcorrida em 2010-2011, serve de ponto de partida para as reflexões a serem desenvolvidas. Participante ativa do processo, dedicou-se, desde então, a estudá-lo, em um projeto que desenvolveu como dissertação de mestrado. Este consistiu de estudo qualitativo, baseado tanto na observação participante quanto em entrevistas em profundidade com os demais participantes do projeto.

Não se trata aqui, porém, de apresentar toda a arquitetura deste estudo, tampouco o conjunto de seus resultados, mas tão somente de trazer, à discussão, um aspecto que fez parte, certamente, do processo de investigação, mas que se destaca dele como uma aproximação de caráter mais abstrato e conceitual. No modo como está estruturado este ensaio, guarda-se, com aquela experiência, apenas uma relação de origem. O que se quer discutir aqui é, fundamentalmente, um quadro compreensivo-interpretativo, que mostrou-se tão fecundo para iluminar aquela experiência quanto, apostam os autores, pode ser útil para abrir novos caminhos investigativos e novas propostas de ação na direção da humanização das práticas de saúde de modo geral.

A inspiração filosófica fundamental é, como já indicado nos primeiros parágrafos do artigo, a hermenêutica filosófica gadameriana², em uma dupla perspectiva: de um lado, por oferecer uma referência crítica à redução tecnocientífica do racionalismo ocidental, de forte impacto no trabalho em saúde na contemporaneidade; de outro lado, por indicar, no movimento compreensivo-interpretativo da hermenêutica, as vias de inteligibilidade do processo em estudo e a busca de validade de suas proposições. Para o desenvolvimento do círculo compreensivo-interpretativo a ser estabelecido entre o projeto singular, concretamente realizado e estudado, e o significado da arte frente ao sentido geral da humanização, serão evocados pensadores diversos que, desde diferentes nichos, interesses e fundamentos, permitem adensar a compreensão de relações significativas entre racionalidade instrumental, experiência estética e horizontes éticos.

O projeto Acolher

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada com o objetivo de reorganizar a APS no Brasil. Ela determina a distribuição do território em áreas geograficamente delimitadas, e atribui a responsabilidade pelo cuidado das pessoas que ali residem (totalizando, no máximo, quatro mil pessoas) a uma equipe de saúde multiprofissional composta, minimamente, por: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O sistema de saúde brasileiro, que outrora privilegiara o desenvolvimento do nível terciário de atenção, representado pelos hospitais de grande porte, passou, desde a década de 1990, a investir, com maior ênfase, na APS, com o propósito de reorientar o modelo assistencial, buscando efetivar ações de atenção integral à saúde, sensíveis ao contexto sociocultural de cada grupo populacional. As equipes de saúde da família são alocadas em instituições situadas em local próximo à população com o objetivo de facilitar o acesso e servir de referência primeira para o cuidado dos adoecimentos mais frequentes e a promoção da saúde de modo geral³.

Teixeira⁴ considera que o encontro do profissional com o usuário pode, muitas vezes, gerar tensões e desencontros. De fato, o próprio dimensionamento da ESF, ao determinar que a equipe de saúde da família fique responsável por uma população numerosa, muitas vezes em condição de extrema vulnerabilidade, provoca dificuldades no adequado acolhimento de sua população, frente à diversidade e complexidade das demandas postas para a APS.

Em meados de julho de 2010, foi notado um desgaste importante dos profissionais da UBS aqui estudada (de agora em diante, chamada de UBSX), uma Unidade de Saúde da Família situada na periferia oeste da cidade de São Paulo. Tal desgaste foi percebido e discutido por sua equipe, tendo sido atribuído à impossibilidade de responder adequadamente à crescente demanda de usuários que procuravam atendimento de urgência, com atitude acolhedora, respeitando o princípio de acessibilidade universal e equitativa ao cuidado integral da saúde. O levantamento de questionamentos e sugestões relativos a essas dificuldades deram forma a um projeto para a reformulação do acolhimento, que designaremos com o nome (fictício) de "Projeto Acolher".

Nestas reuniões, o modelo vigente de acolhimento foi colocado em debate. Na época, o termo acolhimento era atribuído ao setor encarregado pelos atendimentos de urgência. Neste setor, havia um médico e um enfermeiro de plantão, que se responsabilizavam por prestar assistência aos pacientes que demandavam atenção imediata e não possuíam consulta agendada. Quando o usuário chegava ao balcão da UBS referindo algum problema de saúde, era encaminhado ao “setor de acolhimento”. Teixeira⁴ já havia antecipado que as soluções práticas conhecidas na APS para a questão do acolhimento têm envolvido a “combinação de alguns dispositivos organizacionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso), podendo sofrer deslocamentos (acesso, porta de entrada, pronto atendimento), que vão até o limite de esvaziá-la de significado próprio, sendo reduzida a um novo nome para a velha atividade de triagem ou pronto atendimento.

O desvirtuamento sofrido pelo conceito de acolhimento – que, ao invés de ser compreendido como atitude de inclusão a ser idealmente adotada por qualquer profissional do serviço, referia-se a determinado setor da UBS – já havia sido pauta de discussões anteriores. Algumas vezes, o nome do “setor de acolhimento” fora modificado para “atendimento do dia”, com o propósito de lembrar os profissionais que o acolhimento verdadeiro não poderia ser atribuído a um setor específico, e deveria ser responsabilidade de todos.

Depois de situar as características do fluxo do “acolhimento” em voga, foram levantados os possíveis fatores que poderiam estar dificultando a adoção de atitudes acolhedoras pelo conjunto da equipe. Questionou-se se o desgaste dos trabalhadores seria fruto da própria organização do sistema de saúde que, dentro da lógica da regionalização, prevê a responsabilização dos serviços por um território muitas vezes amplo e vulnerável. Concluiu-se que, diante da demanda excessiva, poderia ter-se adotado, de antemão, uma postura defensiva que, somada à ansiedade dos usuários, teria resultado em encontros difíceis.

Entendendo que, para além do redimensionamento do território e do aumento do quadro de profissionais da assistência no curto prazo, mudanças desejáveis, mas não realizáveis a curto prazo, haveria a possibilidade imediata de transformar, ao menos, o ambiente de encontro entre os profissionais e os usuários quando estes procuravam o serviço. Foi unânime a afirmação de que a recepção e a sala de espera sempre foram espaço, físico e de interação, pouco valorizado no serviço.

Silva et al.⁵ apontam que:

Estar em uma sala cuja função aparente é apenas esperar é uma prova do esvaziamento dos sentidos nos espaços férteis para intervenções em saúde. Enrijecer e emparelhar o nome – sala de espera – ao lugar é anunciar um ambiente isento de prazeres ou de novidades, é consolidar o tédio. (p. 1004)

O projeto Acolher conformou-se, então, como uma tentativa de envolver profissionais de diversas categorias em um movimento de transformação concreta da ambiência da unidade, já com a expectativa de construir novos símbolos para a restauração do acolhimento como atitude. A sala de espera poderia ser ressignificada e enxergada como local possível de melhores encontros entre usuários e a equipe de saúde.

A partir das discussões, foi considerado estratégico investir na transformação da sala de espera em algo mais parecido com uma sala de estar, local privilegiado para o acolhimento em seu sentido mais verdadeiro.

Com a difusão do debate sobre o acolhimento na UBSX, diversos profissionais começaram a comparecer voluntariamente às reuniões, com a expectativa de contribuir com a reformulação do espaço físico. O grupo foi composto, inicialmente, por: uma médica, dez agentes de saúde, uma dentista, uma enfermeira. Recolocado o desafio de tornar a sala de espera um ambiente mais acolhedor, foram feitas diversas sugestões: algumas mais simples, como disponibilizar chá e biscoitos aos usuários; outras mais complexas, como pintar paredes e bancos. Sabendo que a apropriação da ambiência era incentivada pela PNH¹, optou-se por levar, ao grupo, as suas recomendações:

Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura dos espaços de saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontro do SUS. Vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações em que são construídas, como resultado do momento vivenciado por um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais. (p. 5)

Segundo a PNH, a ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve ser construído coletivamente a fim de proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. As considerações feitas pela PNH foram essenciais para reforçar os ideais do grupo – que tinha receio de modificar a estrutura padrão da UBS que seguia as recomendações da prefeitura de São Paulo, assim como faziam todos os outros serviços de saúde públicos locais – e deram suporte político para justificar o movimento de apropriação coletiva do espaço.

Com o apoio da gerência, a proposta de reformular a estrutura física da sala de espera foi levada ao conselho gestor, onde obteve consentimento formal.

O projeto foi executado em três fases. Na primeira fase, foram elaboradas as novas propostas decorativas para a ambiência. Houve participação dos trabalhadores, dos usuários (que receberam papéis e lápis de cores para desenhar projetos enquanto aguardavam o atendimento na própria sala de espera) e dos adolescentes do bairro (que foram convidados, por intermédio dos educadores das escolas, a comparecer à UBS, tirar fotos e criar os seus projetos).

Na segunda fase, os três melhores projetos escolhidos pelo grupo (considerando beleza, criatividade e a possibilidade de viabilização) foram colocados na sala de espera para votação dos usuários e dos trabalhadores. O projeto mais votado foi o desenvolvido pela filha de uma agente comunitária de saúde (ACS), que propôs que as paredes da sala de espera fossem pintadas com portas e janelas, simulando a arquitetura de uma casa. O segundo projeto mais votado foi o de uma ACS, que havia cursado um ano de *design* de interiores, e imaginou a parede principal da UBS pintada de lilás com o desenho de uma árvore, embaixo da qual, haveria uma mensagem escrita. O grupo decidiu que o segundo projeto mais votado seria o mais viável para a execução, já que não dependia de grandes habilidades técnicas. Algumas ideias propostas em outros projetos também puderam ser aproveitadas: a criação de um espaço infantil mais colorido, com mãos de crianças estampando as paredes (idealizado por uma auxiliar administrativa e por uma dentista), e o desenho de pássaros saindo pela janela (idealizado por um adolescente do bairro).

Na terceira fase, que ocorreu no sábado, dia 21 de agosto de 2010, houve um mutirão de trabalhadores voluntários para efetivar a transformação da sala de espera.

Participação e humanização da ambiência

Para examinar esta experiência, será retomada, primeiramente, a estrutura da UBSX antes do projeto Acolher. Vale mencionar que a preocupação do SUS em garantir a qualidade arquitetônica dos serviços foi regulamentada pela Portaria nº 1.884⁶, que dispôs normas destinadas às Secretarias Estaduais e Municipais para apoiar o desenvolvimento de instrumentos que auxiliassem o exame e a aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de assistência de saúde pública ou privada. Esta portaria estabeleceu critérios para elaboração de projetos físicos e físico-funcionais dos estabelecimentos de saúde, considerando aspectos como: dimensões, instalações prediais, circulações internas e externas; condições ambientais de conforto e segurança, entre outros.

A estrutura predial da UBSX possui características prediais desenvolvidas de acordo com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁷, que não foram alvo do projeto de transformação e que não serão descritas neste estudo.

Resumindo as características da ambiência da sala de espera, condizentes com o preconizado pela prefeitura de São Paulo, podiam-se observar: paredes pintadas de branco; um quadro contendo informações-sobre o funcionamento da unidade (horário de atendimento e número de trabalhadores),

programas municipais (vacinação contra gripe, tuberculose), telefone da ouvidoria; os bancos e cadeiras dispostos no saguão principal e nos corredores, do lado de fora dos consultórios; a televisão sintonizada no canal da prefeitura; o balcão de recepção logo à entrada.

O planejamento primário da ambiência da UBSX considerou, basicamente, os aspectos operacionais protocolares. Os atributos físicos necessários para garantir a eficiência do ponto de vista funcional são um requisito essencial para um serviço de saúde. Entretanto, a humanização da ambiência está relacionada, também, a questões de outra ordem, não exclusivamente técnicas e instrumentais. Trata-se de considerar características do espaço físico que atendam, também, aos aspectos psicoafetivos e contribuam para interações mais positivas entre o indivíduo e o seu entorno. Segundo Ciaco⁸:

O que torna um ambiente 'humanizado' são atributos que lhe conferem escala e características compatíveis com as dimensões fisiológicas, psicológicas e morfológicas que o indivíduo carrega em si, assegurando alguma capacidade que este ambiente tem de interagir de maneira benéfica, agradável com o seu usuário.⁸ (p. 68)

Toledo afirmou que, em geral, é nestes espaços^(c) "que nos conscientizamos de nossas fragilidades, impotências e solidão diante da doença, é também neles que podemos vir a encontrar a coragem, a solidariedade e a esperança necessários ao processo de cura"⁹ (p. 445). O autor acrescentou que determinados aspectos físicos do ambiente, não relacionados somente à eficiência funcional ou beleza, teriam impacto no bem-estar dos indivíduos – sejam eles usuários ou profissionais – e, ainda, no processo de trabalho local:

Acreditamos, portanto, que a humanização do edifício hospitalar resulte de um processo projetual que não se limita à beleza do traço, ao respeito à funcionalidade ou ao domínio dos aspectos construtivos, e alia a esses aspectos a criação de espaços que, além de favorecer a recuperação da saúde e garantir o bem-estar físico e psicológico aos usuários do edifício hospitalar, sejam eles pacientes acompanhantes ou funcionários, possa estimular a incorporação de novos procedimentos às práticas médicas.⁹ (p. 442)

Quais seriam as propriedades da ambiência que poderiam influenciar as interações e práticas que acontecem no serviço? Para responder a esta questão, voltamos à sala de espera aqui investigada. É possível inferir que o seu cenário possuía caráter primordialmente técnico, ou seja, centrado nos aspectos funcionais da unidade, com escassa referência ao subjetivo, relacionando-o aos propósitos e intenções da equipe de profissionais engajados com as atividades ali desempenhadas. Este caráter reforçava – aos usuários e, também, aos trabalhadores que por ali circulavam – a ideia de que a assistência prestada no serviço estaria limitada ao âmbito do instrumental.

Ayres¹⁰ ponderou que a constituição de um efetivo cuidado poderia ser entendida a partir de duas polaridades dialeticamente relacionadas na racionalidade que orienta os interesses que movem as ações em saúde: êxito técnico e sucesso prático. O êxito técnico se refere à dimensão instrumental da ação, que busca alcançar determinado propósito como, por exemplo: diminuir o risco de doenças cardiovasculares por meio de prescrição de medicações para controle de pressão arterial. Por sua vez, o sucesso prático se refere ao sentido

c) Neste caso, Toledo fez menção, mais especificamente, ao ambiente hospitalar. Entretanto, como pode ser observado, suas reflexões também fazem sentido para um serviço de atenção primária.

prático da ação em saúde como, por exemplo: quais seriam as implicações simbólicas, relacionais e materiais que o indivíduo teria ao aderir ao tratamento, considerando o significado da doença na sua vida? Para alcançar o êxito técnico, é possível elaborar uma estratégia de ação com o uso da racionalidade instrumental visando atingir uma meta predefinida. Já a compreensão acerca do sucesso prático não depende somente da aplicação do conhecimento tecnocientífico. A sua construção se daria por meio de trocas intersubjetivas a partir do diálogo estabelecido entre os sujeitos.

Uma das críticas feitas ao modelo de assistência à saúde contemporânea é exatamente quanto ao enfoque reducionista que objetiva somente o alcance da normalização das disfunções orgânicas, sem considerar o sentido prático, existencial, das ações em saúde. Segundo Ayres, a humanização das práticas de saúde pode ser sintetizada como uma ativa busca de sinergias entre sucesso prático e êxito técnico nas práticas de saúde.

O entendimento do indivíduo quanto ao cuidado que lhe será prestado se baseia na experiência que ele tem a partir do momento em que entra no serviço. O cenário ao seu redor promove um conjunto de percepções que subsidiam as suas interpretações. Portanto, não seriam justamente os símbolos – resultantes de uma somatória das mencionadas propriedades físicas e estéticas –, construídos a partir deste cenário, os fatores a exercer uma influência significativa nas interações que ali ocorrem?

No caminho da arte

É interessante analisar de que maneira a humanização foi permeando o movimento do projeto “Acolher”. O processo iniciou-se pela constatação da diferença entre o conceito de acolhimento difundido pela PNH e as práticas do serviço que estavam recebendo tal nomenclatura. A seguir, as reuniões entre os trabalhadores para apontar os problemas e propor soluções configuraram uma gestão participativa, que é outro princípio defendido pela PNH. Outro fato interessante foi a utilização da cartilha da PNH para fundamentar a transformação da sala de espera como medida de apropriação do serviço a favor de uma ambiência humanizada. É possível concluir que a PNH, enquanto prerrogativa do SUS, forneceu um importante arcabouço teórico-prático que subsidiou a criação e operacionalização do projeto Acolher. E, então, veio o caminho da arte.

A convocação da arte como estratégia para a ressignificação do acolhimento aconteceu, provavelmente, em decorrência da identificação dos profissionais com o tema. De forma intuitiva – já que, na época, o grupo não havia se debruçado sobre uma teorização conceitual sobre o tema – apostou-se na expressão criativa de trabalhadores e de usuários para a formulação de uma nova ambiência e, ainda, em manifestações de música e teatro na sala de espera. Mas há, agora, que se refletir sobre os fundamentos conceituais que permitam compreender essa aposta e seu êxito e, na medida do possível, expandi-lo e aprofundá-lo em outros espaços e contextos.

Para isso, iniciemos uma reflexão sobre o processo de transformação da sala de espera. O ato dos profissionais de saúde da UBSX que se envolverem diretamente com as ações desenvolvidas para a reformulação da ambiência difere do ato de execução de um projeto de ambiência realizado por profissionais externos. Segundo Medeiros, “o significado do trabalho pode ter um caráter ao mesmo tempo instrumental e simbólico; o primeiro seria referente ao valor monetário, quantitativo e o segundo ao seu valor moral, qualitativo, subjetivo”¹¹ (p. 32). Bajoit e Franssen¹² classificaram o significado instrumental como um meio de ganhar a vida, e o simbólico, ou expressivo, como um meio de realização social e pessoal do indivíduo. Claro que a dimensão instrumental do trabalho dos profissionais de saúde em questão não é a mesma daquela presente em um trabalho “semelhante” executado por operários, por exemplo, mas, ainda assim, tem também um sentido instrumental.

Evelyn¹³ pontuou que a sociedade moderna caracteriza-se pela necessidade crescente de os indivíduos terem de usar o trabalho como atividade exclusiva para ganhar a vida, o que lhe retira a dimensão de criação humana. Essa dualidade da atividade laboral também é ressaltada por Lefebvre¹⁴, que destaca o norte ético e político de fazer o trabalho progredir de forma a não dissociar estas duas dimensões:

O aspecto quantitativo (do trabalho) é o crescimento econômico (aperfeiçoamentos técnicos, aumentos da produção material calculada em toneladas de trigo, de aço etc.). O aspecto qualitativo é o desenvolvimento social (intensidade da vida social, atividade das organizações que substituem o político pelo social através da democracia e sua superação, produção de obras 'espirituais'). Estes dois aspectos não marcham inevitavelmente juntos, ao mesmo passo.¹⁴ (p. 120)

Frigotto¹⁵ afirmou que a sociedade burguesa tornou o trabalho mero instrumento, meio econômico, retirando dele a realização humana em termos culturais, poéticos, lúdicos, o que provocaria a falta de sentido no ato de trabalhar, atribuindo-lhe apenas a dimensão alienante.

Na experiência em tela na UBSX, foi interessante observar que o movimento feito pelos profissionais de saúde foi-se impregnando de sentidos complexos, não restritos ao propósito de transformar a matéria e atingir uma forma predeterminada (relativa ao projeto de ambiência escolhido) e nem tampouco aos objetivos anunciados inicialmente pelo projeto Acolher. Estes sentidos foram tomando forma no decorrer da atividade:

“Acho que este momento é um marco no nosso trabalho aqui na UBS porque a gente está tentando mudar vários conceitos, mudar a forma de trabalhar, a forma como a gente vê a questão do nosso trabalho e esta (ação de transformação da UBS) é a materialização do que a gente está pensando”. (Depoimento de uma trabalhadora da UBSX, capturado em vídeo feito para registro da transformação da sala de espera)

O que parece ter potencializado essa interpenetração entre as dimensões instrumentais e simbólicas na (aparentemente) simples tarefa de melhorar a ambiência de uma sala de espera foi o elemento *arte*. O ato de “colocar a mão na massa” e modificar a forma da estrutura física da UBS poderia ser considerado uma atividade artística, contrapondo-se à mera execução de uma tarefa técnica. Dito de outra forma, e fazendo analogia com o artesanato: é possível atribuir valores diferentes a uma escultura produzida artesanalmente por um grupo de artesãos e a mesma peça, caso esta fosse reproduzida por um técnico com habilidade manuais. Isso acontece porque o artesanato, como uma modalidade artística:

Além de ser uma atividade produtiva, também está intimamente relacionado com quem produz. O artesão, produtor de tais projetos, imprime sua história sua técnica e seu repertório cultural [...]. Os artefatos expressam, deste modo, ações e relações com seus produtores. Em outra palavra, são as redes de interações, compostas pelos produtores, que dão aos objetos significados que ultrapassam o seu uso utilitário.¹⁶ (p. 49-50)

O processo artístico acontece, no caso das atividades manuais, quando “as relações sociais entre produto e produtor incidem sobre os objetos, investindo os artefatos de significados alheios a sua natureza técnica, ou ao seu valor de uso”¹⁶ (p. 50). Em nosso caso, o entrelaçamento entre produtor (profissional de saúde) e produto (sala de espera) foi evidenciado no seguinte trecho:

“Eu acho que é renovação. Nós estamos nos renovando. Então é transformação (da sala de espera) e em cada transformação, é uma renovação.” (Depoimento de uma trabalhadora da UBSX, capturado em vídeo feito para registro da transformação da sala de espera)

Como defendido por Davies¹⁷, o produto final da obra de arte pode ser indiscernível de meras coisas reais, e o que lhe confere o caráter artístico são as “propriedades extrínsecas, ou seja, as propriedades relacionais entre obras de arte e indivíduos, objetos e instituições, propriedades tais que colocam a obra em seu contexto causal, histórico e social” (p. 97).

Entre as referências simbólicas associadas pelos partícipes do processo de reforma da ambiência da UBSX ao ato da transformação, foi mencionada a *beleza* do movimento. E esse aspecto merece toda a

atenção. O julgamento sobre o *belo* é, ao mesmo tempo, individual e universal, já que não manifesta uma mera preferência pessoal – apesar de fazer referência a ela – mas, também, um assentimento intersubjetivo. Segundo Hermann¹⁸:

A experiência estética não é compreensível por critérios científicos ou exclusivamente racionais, tampouco pode ser subsumida por uma faculdade humana tomada isoladamente. E é justamente essa possibilidade contida no estético, que escapa à reflexão de natureza puramente racional, o que vai lhe conferir novos modos de relação com a ética. (p. 26)

O julgamento do belo teria, assim, uma pretensão de validade que ultrapassa a mera subjetividade. Sobre isso, a autora pontua:

As tentativas de romper as barreiras existentes contra a experiência sensível criam as condições para que nossas ideias sobre o bem viver também passem a considerar a fusão do sensível com o espiritual. Desse modo, inicia-se um processo em que a imaginação, os sentimentos e mesmo a paixão podem dar um acesso ao conhecimento. [...] A experiência estética envolve o abandono do conceito para dar lugar à força imaginativa e à sensibilidade.¹⁸ (p. 26)

A interpretação da transformação da sala de espera superou a avaliação racional e se apoiou na experiência estética, como demonstrado neste outro depoimento de uma trabalhadora:

“Tanto tempo na minha vida que eu já trabalhei em outro lugar e eu nunca vi um movimento tão lindo quanto este, sinceramente, um dia muito especial na minha vida, todo este movimento, toda esta transformação. A gente sabe que por mais que se viva, nunca para de se transformar. É muito lindo.” (Depoimento de uma trabalhadora da UBSX, capturado em vídeo feito para registro da transformação da sala de espera)

O engajamento desta trabalhadora nas atividades de reformulação da ambiência evocou a experimentação do belo não como o vislumbre de uma forma esteticamente agradável (até porque essa manifestação foi anterior à finalização do trabalho, ao seu resultado), mas como juízo de valor ético. O movimento resultante da união dos profissionais que investiram tempo, energia e atenção para a concretização de uma ideia elaborada coletivamente encontrou sua conexão e expressão na forma de uma emoção estética. Conforme Hermann, “embora o belo seja diferente do bom, as ideias estéticas juntam-se às ideias da razão prática”¹⁸(p. 28).

A arte como recurso para humanização

Tendo investigado as propriedades artísticas conferidas ao processo da transformação em si, resta examinar o produto final do trabalho de reconstrução da ambiência e suas implicações simbólicas para a proposta de humanização que moveu toda a ação. Para os profissionais, a nova ambiência da sala de espera poderia modificar a percepção dos usuários com relação às intenções das ações em saúde:

“As pessoas vão ver que a gente se preocupa não só em ficar levando remédio, levando papelzinho na casa delas, mas melhorar o ambiente onde elas frequentam.” (Depoimento de uma trabalhadora da UBSX, capturado em vídeo feito para registro da transformação da sala de espera)

A nova sala de espera foi investida de intenções, crenças e emoções. O seu produto final não foi somente uma imitação com finalidade decorativa. Ele apresentou determinados aspectos que puderam acentuar as possibilidades deste local como espaço de encontro. A arte atuou como via de conhecimento, apresentando outros modos de enxergar a sala de espera.

Também foi possível identificar a comunhão dos trabalhadores em torno de uma causa compartilhada. A arte, por seu potencial de promover a experiência estética, seria capaz de

estabelecer pontes que conectam o singular com o compartilhado, amplificando a sensação de união e pertencimento. A fala da trabalhadora acima é a percepção resultante de um julgamento simultaneamente estético e ético sobre o movimento. A beleza – que, de acordo com Schiller¹⁹, representaria a conciliação entre a razão e a sensibilidade – seria um indicativo de que esta experiência foi-se impregnando de sentidos para aqueles que a viveram, sentidos que humanizam a experiência de serem trabalhadores de saúde naquele espaço e que, assim, eles o esperam, possam resultar na humanização da própria relação com os usuários.

Vale colocar em questão a viabilidade de implementação de projetos equivalentes em outros cenários, visto que esta experiência foi a resultante de um planejamento conjunto voluntário dos profissionais de saúde. É preciso cautela ao apostar nesta experiência como um modelo, uma vez que a espontaneidade foi, em si, um elemento fundamental à pertinência dos resultados.

Assim como acontece com a arte de rua, marcada pela transitoriedade, a parede da sala de espera foi repintada de branco. Simultaneamente – e não se pretende, aqui, sugerir uma relação de causa e efeito – aconteceu, na unidade, uma readequação do fluxo de atendimento que culminou num aumento expressivo do contingente de usuários na sala de espera. Para comportar esta nova dinâmica, foi necessário readequar a disposição de móveis (que foram enfileirados diante da televisão) e, também, os processos de recepção e encaminhamento dos usuários. O expressivo volume de trabalho decorrente destas transformações acarretou em certo esgotamento nos trabalhadores, o qual foi colocado em pauta em reunião técnica realizada no início de 2014. “Está na hora de pintarmos a parede da sala de espera” foi a fala de um médico. Teriam os profissionais de saúde novamente apostado na arte, representada pela ação de pintar a parede da sala de espera, como recurso de transformação das práticas a favor da humanização?

Considerações finais

O saldo principal da presente reflexão aponta para a potência da arte na ressignificação dos processos de trabalho em saúde e na direção de sua reconstrução como prática humanizada. Além dos recursos mais tradicionais, pautados na lógica racional – como, por exemplo, capacitações feitas para “sensibilizar” os trabalhadores quanto à importância de se incorporarem novas atitudes na relação com o usuário –, a arte revela-se recurso capaz de envolver os sujeitos por meio de uma experiência vivida.

A humanização defende o restabelecimento da dignidade humana, muitas vezes comprometida nas interações no âmbito da saúde. Uma prática reducionista de cuidado pautada, exclusivamente, pela lógica tecnocientífica e o automatismo resultante de uma certa forma de organização do processo de trabalho seriam fatores a contribuir com a desqualificação das relações entre os sujeitos. Neste contexto, a arte mostra-se potente para ampliar os horizontes de olhares restritos a uma certa ordem e favorecer a restauração de outros canais de percepção do mundo.

A vivência artística se caracteriza por um “ver o mundo de novo”, impregnando-o com outros significados criados a partir da elaboração de memórias, sentimentos e reflexões suscitados pela arte. Os sentidos são construídos a partir desta vivência, de maneira que elementos da subjetividade apareçam como recursos para enriquecer a compreensão, o que pode resultar na produção de relações mais compromissadas.

No caso que serviu de base a este ensaio reflexivo, a arte pareceu ser o caminho que realizou transformações objetivas e subjetivas, que criou novos símbolos para a sala de espera, refletindo e instruindo mudanças de intenções e atitudes no sentido do trabalho, reconciliando seus sentidos instrumentais e simbólicos.

A arte é capaz de conjugar a dimensão instrumental da ação – que busca alcançar determinado propósito – com o sentido da ação – construído por suas implicações simbólicas. Quiçá a exploração mais sistemática e aprofundada das relações entre ética e estética, entre o bem e o belo, possa também concorrer para novas formas de relacionar êxito técnico e sucesso prático nas ações de saúde, trazendo novos impulsos à humanização do cuidado em saúde.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a ed. Brasília (DF); 2010.
2. Gadamer HG. Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 10a ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família. Caderno 1: a implantação da unidade de saúde da família. Brasília (DF): MS; 2000.
4. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2003. p. 89-111.
5. Silva GGSS, Pereira ER, Oliveira JO, Kodato YM. Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. *Psicol Cienc Prof.* 2013; 33(4):1000-13.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Normas Técnicas. Coordenação-Geral de Normas. Coordenação de rede Física, Equipamentos e Materiais Médico-hospitalares. Serviço de Rede Física. Normas para projetos. Brasília (DF); 1994.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 50. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração, avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília (DF): Anvisa; 2003.
8. Ciaco RIAS. A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares [dissertação]. São Carlos (SP): Escola de Engenharia de São Carlos; 2010.
9. Toledo LCDM. Humanização do edifício hospitalar: um tema em aberto. In: Duarte CR, Rheingantz PA, Azevedo G, Bronstein L, organizadores. O lugar do Projeto. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2007. p. 436-46.
10. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis.* 2007; 17(1):43-62.
11. Medeiros AB. Os sentidos do trabalho para os professores de uma unidade de apoio pedagógico [dissertação]. Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Administração, Universidade do Estado de Santa Catarina; 2006.
12. Bajoit G, Franssen A. O trabalho, busca de sentido. *Rev Bras Educ.* 1997; (5-6):76-95.
13. Evelyn SS. A produção da vida: estudo do papel e lugar do trabalho na vida contemporânea [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1998.
14. Lefebvre H. Sociologia de Marx. 2a ed. Rio de Janeiro: Forense; 1979.
15. Frigotto G. Trabalho e conhecimento, consciência e a educação do trabalhador: impasses teóricos e práticos. In: Gomez M, Frigotto G, Arruda M, Arroyo M, Nosella P, organizadores. Trabalho e conhecimento. 9a ed. São Paulo: Cortez; 1995. p. 13-26.
16. Almeida AJM. Designe e artesanato: a experiência das bordadeiras de Passira com a moda nacional [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo; 2013.

17. Davies S. "Weitz's antiessentialism". In: Lima ECL, organizador. A percepção após a interpretação na filosofia de Danto. *Artefilosofia*. 2008; (5):96-107.
18. Hermann N. *Ética e estética: a relação quase esquecida*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005.
19. Schiller F. *Cartas sobre a educação estética da humanidade*. São Paulo: E.P.U; 1991.

Sato M, Ayres JRCM. Arte y humanización de las prácticas de salud en una Unidad Básica. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1027-38.

El objetivo de este estudio es realizar una reflexión con contribuciones filosóficas sobre un proyecto de humanización con base en el arte, desarrollado por los profesionales de una Unidad Básica. La acogida de este tipo de servicio se refería al sector dedicado a recibir a los usuarios que buscaban atención y no tenían consulta marcada. Para restaurar el sentido de acogida difundido por la Política Nacional de Humanización, los profesionales crearon un proyecto cuyo objetivo fue modificar el ambiente de la sala de espera con el propósito de promover una transformación simbólica del espacio que pudiera favorecer la calificación de las interacciones. La investigación del fenómeno demostró que el arte tendría propiedades capaces de envolver a los sujetos en una experiencia que podría promover la creación de nuevos sentidos para la sala de espera.

Palabras clave: Humanización. Arte. Acogida. Atención primaria. Sala de espera.

Recebido em 20/10/14. Aprovado em 13/03/15.