

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CLÁUDIA PRISCILA CHUPEL

**ACOLHIMENTO E SERVIÇO SOCIAL: um estudo em
hospitais estaduais da Grande Florianópolis**

CLÁUDIA PRISCILA CHUPEL

**ACOLHIMENTO E SERVIÇO SOCIAL: um estudo em
hospitais estaduais da Grande Florianópolis**

Dissertação aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a Dr^a Regina Célia Tamasso Mioto

Florianópolis

2008

CLÁUDIA PRISCILA CHUPEL**ACOLHIMENTO E SERVIÇO SOCIAL: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Florianópolis, 28 de novembro de 2008.

Profº Drº Hélder Boska de Moraes Sarmiento
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Regina Célia Tamaso Mioto
Departamento de Serviço Social, UFSC
Orientadora

Profº Drº Hélder Boska de Moraes Sarmiento
Departamento de Serviço Social, UFSC
membro

Profª Drª. Jussara Maria Rosa Mendes
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
membro

Profª Drª Vera Maria Nogueira
Universidade Católica de Pelotas
Suplente

À Ana Chupel

Minha BABA querida.

*Aquela que mais do que ninguém soube acolher a
todos.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer é demonstrar gratidão. Mas não é uma tarefa fácil porque nem sempre conseguimos expressar todo o agradecimento que sentimos.

Quero demonstrar minha gratidão renovada à meus pais Irineu e Emília. Apesar da distância, antes incerta, agora uma realidade, sei de que vocês estão mais tranquilos quanto ao meu futuro. Isso me comove porque sei dos esforços que tiveram que envidar para que eu atingisse mais um dos meus objetivos. Agradeço pela compreensão quando da minha ausência física e dos telefonemas que eu não pude dar.

Agradeço aos meus irmãos, Eduardo Max e Maria Helena. E Eduardo já morando bem distante. Foram conversas pela internet que me aproximaram mais dele e novamente me colocando desafios. Já a Maria Helena, com seu jeito discreto, mas incondicional está sempre perto quando eu preciso. Muito obrigada aos dois pela disponibilidade.

Aos meus familiares, tias, primos e primas, enfim, a todos que sempre manifestaram apoio nas minhas escolhas.

À alguém especial que há pouco faz parte da minha vida, mas que parece que nos conhecemos há muito. Agradeço pela compreensão, paciência, cumplicidade, tolerância aos meus momentos de quase insanidade que a elaboração de uma dissertação proporciona. Agradeço por compreender quando não pude estar ao seu lado, quando tive que abdicar de aventuras ou mesmo de um simples passeio. Sei que nem sempre foi fácil, mas sei que você também vai passar por isso, tenho certeza. Obrigada, Ely Antônio.

Digo obrigada aos meus poucos, mas valorosos amigos: Fernanda Borba (pessoa eterna para mim); Patrícia Assumpção, agora professora Patrícia, fato que me orgulho muito; Valter Martins, pelas conversas produtivas; e Josi pela empolgação de sempre.

De maneira alguma posso deixar de agradecer, com toda minha sinceridade e apreço, às pessoas que estiveram maior parte do tempo ao meu lado durante a construção dessa dissertação. Às vezes, passamos a maior parte do tempo em nosso ambiente de trabalho, dividindo, portanto, boa parte de nosso tempo com as pessoas que lá convivem conosco.

Agradeço às Assistentes Sociais da Coordenadoria de Serviço Social da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis – PRAE, de maneira muito especial, pela compreensão, apoio, carinho, paciência e generosidade. Elas que foram as primeiras a me acolherem, no

modo mais afetivo do termo, quando das minhas primeiras ações como profissional Assistente Social e influenciam até hoje em meu aprendizado sobre como atuar nessa profissão. Melhor é agradecer a cada uma delas.

À Lilian Tedy Pereira, minha coordenadora, agradeço pelo companheirismo, pelas lições de como atuar de maneira ética e comprometida com os estudantes, pelas dicas de como conseguir ampliar aquilo que já se tem, mas também como ser mais “humana” diante das situações e desafios. Pela calma, pelas lições de espiritualidade, amizade e discrição.

À Cátia Rocha Peixer, agradeço pelas lições de sabedoria, de paciência, de serenidade, de alimentação e de como levar um relacionamento. Mas sem dúvida, o que mais marca é sua vivacidade após 30 anos de profissão, o que me inspira apenas no começo da minha jornada.

À Rosilene dos Anjos, agradeço pelas lições de vida, pelo dinamismo, pela descontração que você nos traz nos momentos mais difíceis e complicados tanto da vida pessoal como profissional. É com essa enorme mulher que aprendo todos os dias a ser uma profissional capacitada a trabalhar com procedimentos mais difíceis exigidos pela instituição. E você me ensina, e muito bem, diferentemente do que você pensa.

À Elisandra dos Anjos Fortkamp de Oliveira, agradeço pelo novo que você trouxe consigo, pelas conversas a respeito de nós e do trabalho, pela dinamicidade e lealdade, pelo apoio incondicional que demonstrou desde sua chegada. Certamente, não será uma via de mão única. Estou torcendo por você.

À Corina Martins Espíndola, agradeço o apoio inicial, à compreensão e à confiança depositada à alguém que você mal conhecia. Mas tenha certeza de que isso refletiu muito sobre minha formação enquanto profissional, afinal, os primeiros passos foram dados por meio de seu apoio.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina que me proporcionou os conhecimentos necessários para que eu finalizasse esse trabalho. Em especial aos mestres e doutores que participaram diretamente desse processo, Professores Doutores: Maria Del Carmen Cortizo, Raul Burgos, Ivete Simionato, Cláudia Maria Mazei Nogueira, Myriam Raquel Mitjavila, Vera Maria Ribeiro Nogueira, Marli Palma Souza, Teresa Kleba Lisboa e Catarina Maria Schmickler.

Finalmente, quero agradecer verdadeiramente à Regina Célia Tamasso Miotto. Aliás, tenho que te agradecer muito porque há pelo menos 4 anos você é minha orientadora.

Acho que você produziu legítimos milagres tentando tirar de mim o meu melhor. Nem sempre pude corresponder à suas expectativas, mas fiz o que pude para te acompanhar. Muito obrigada pela paciência, pelas orientações sempre feitas no sentido de honrar o termo orientação, por me compreender em meus momentos de fraqueza intelectual e pessoal e por me incentivar a estudar, a me qualificar e a produzir. Você sempre será a minha orientadora.

RESUMO

O acolhimento tem sido estudado no âmbito da saúde por autores que o definem como sendo responsável pela reorganização dos serviços de saúde, pela garantia de acesso e pela criação de vínculos. É tratado em meio à discussão da integralidade da atenção e da humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários. O objetivo do presente estudo é analisar como o acolhimento tem sido operacionalizado pelos Assistentes Sociais. A investigação foi do tipo exploratória, de natureza qualitativa, e o universo, formado por treze Assistentes Sociais, de cinco Hospitais Estaduais situados na grande Florianópolis. Por meio de entrevistas gravadas, averiguou-se como as entrevistadas compreendem o acolhimento no tocante à sua concepção, aos objetivos, à operacionalização e quais os fundamentos em que baseiam seu fazer profissional. Os resultados alcançados revelaram que as definições sobre o acolhimento contêm diferentes elementos, como: fornecimento de informações; conhecimento da demanda do usuário; escuta; postura profissional; comportamento cordial; e classificação de risco. Os objetivos estabelecidos para o acolhimento foram: garantir o acesso do paciente; estabelecer o vínculo e subsidiar decisões das ações a serem empreendidas. A operacionalização do acolhimento ocorre mediante a realização de entrevistas, que é o momento do reconhecimento entre os sujeitos envolvidos bem como da situação do usuário. Quanto às bases que sustentam o agir profissional para a realização do acolhimento, foram identificados: conhecimento oriundo da formação interdisciplinar do Assistente Social; conhecimento das particularidades e normativas do campo da saúde; apropriação dos fundamentos teórico-metodológicos da profissão; e exigências do Código de Ética. Conclui-se que as bases de sustentação advindas do arsenal teórico e metodológico permearam as concepções acerca do acolhimento, com a inserção de práticas calcadas na integralidade e na totalidade, entretanto, com menos força, em oposição ao forte conteúdo ético e político. Nesse aspecto, pôde ser observado que, embora os Assistentes Sociais se alinhem ao pensamento de determinados autores, esse alinhamento nem sempre é demonstrado claramente. Ao contrário, muitas vezes, parece se realizar de forma bastante intuitiva. Pode-se dizer que, para o Serviço Social, o acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos Assistentes Sociais. Ele congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. Objetiva o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção. É o momento de aproximação com o usuário, que demanda exigências quanto ao conhecimento, desde a utilização da entrevista até dos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos da profissão, bem como das normativas do campo da saúde e da rede de proteção social, a fim de melhor atender as necessidades do usuário de forma resolutiva e com vistas ao cumprimento do princípio da integralidade.

Palavras-chaves: acolhimento, Serviço Social, intervenção profissional.

ABSTRACT

The embracement has been studied in the scope of health care defined by writers as being responsible for the reorganization of health services, the guarantee of the access and entail creation. It is treated in the discussion of the integrality in care and humanization in relation between health employers and users. The objective of this study is to analyse how the embracement has been operated on the social workers. The research was exploratory and of qualitative nature. The universe was formed by thirteen social workers, of five public state hospitals, located in Florianópolis and surrounding areas. The recorded interview revealed how the interviewed people understood the embracement in reference to their conception, objective and developing, and which fundament their profession is based on. The results show that the embracement definitions have different elements like information supply, demand knowledge of user, listening, professional posture, cordial behavior and risk classification. The objectives established for the embracement was: to guarantee the user access, to establish the entail and subsidize the action decision to be attempted. The operate on the embracement happen through the interview execution on that it is the moment of recognize between the subjects evolved and the user situation. The bases that support the professional act for the embracement development are: knowledge derived from the interdisciplinary formation of the Social Workers, knowledge and rules of the health field particularities, professional appropriation of the bases theoretical and metrological, and the Ethical Code exigencies. It was concluded that the bases established coming from the theories and methodologies arsenal permeated the conceptions about the embracement, with the insertion of the practices treaded upon on the integrality and totality, in opposition to the strong ethical and politician content. In this aspect it can be observed that, even through the Social Workers agree with determinate writers thoughts, this agreement is not manifested clearly, but some times, it seems to happen in an intuitive way. It is possible to affirm that for the Social Workers, the embracement is part of the intervention process of the Social Workers. Embracement meets three elements that act in concomitance: the listening, the information exchange and the knowledge of the user's situation. Embracement also focus in allow access to the different nature of rights, as the entail creation and the understanding of elements to find a future intervention. Embracement is an approximate moment with the user, that demands knowledge, since the interview utilized the theory and methodological, ethical and politician bases of the profession, likewise the field health rules and the protection social guard in order to better attend the user needs the resolute form and for the integrality principal accomplishment.

Key words: embracement, Social Work, professional act.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAP's** - Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CFESS** - Conselho Federal do Serviço Social
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- CONASS** - Congresso Nacional de Serviço Social na Saúde
- ENPESS** - Encontro Nacional dos Pesquisadores de Serviço Social
- FNEPAS** - Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde
- FMI** - Fundo Monetário Internacional
- HU** – Hospital Universitário
- IAP's** - Instituto de Aposentadorias e Pensões
- INAMPS** - Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- LAPPIS** - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
- LOS** - Lei Orgânica da Saúde
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PACS** - Programa de Agentes Comunitários da Saúde
- PAIS** - Programa de Ações Integradas em Saúde
- PNH** – Política Nacional de Humanização
- PNHAS** – Programa Nacional de Humanização na Atenção Hospitalar
- PSF** - Programa Saúde da Família
- PREV-SAUDE** - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
- SESP** - Serviço Especial de Saúde Pública
- SIMPAS** - Sistema Nacional de Previdência Social
- SUDS** - Sistema Único e Descentralizado de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UERJ** - Universidade Estadual do Rio de Janeiro
- UFSC** - Universidade Federal de Santa Catarina
- UNICAMP** - Universidade de Campinas
- USP** - Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1: Instituição, número de assistentes sociais e participantes	77
Tabela 2: Período de Formação	83
Gráfico 1: Idade	83
Gráfico 2: Ano de Ingresso na área da Saúde	85
Gráfico 3: Atuação Profissional no início da carreira	86
Gráfico 4: Pós-Graduação	86

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 CAPÍTULO I – A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: do Movimento de Reforma Sanitária à Política Nacional de Humanização.....	22
1.1 <i>A Política de Saúde no Brasil.....</i>	24
1.2 <i>A integralidade como princípio norteador de novas práticas em saúde.....</i>	30
1.3 <i>A Política Nacional de Humanização.....</i>	34
1.3.1 <i>O debate da Humanização no campo da saúde coletiva.....</i>	34
1.3.2 <i>A institucionalização da Humanização como estratégia governamental.....</i>	36
1.3.3 <i>O debate da humanização no Serviço Social.....</i>	41
2 CAPÍTULO II – ACOLHIMENTO: DIFERENTES PERSPECTIVAS PARA O DEBATE	45
2.1 <i>O acolhimento na estratégia de reorganização dos serviços.....</i>	45
2.2 <i>O acolhimento na estratégia de reorganização dos serviços.....</i>	53
2.3 <i>A inserção do acolhimento na rede de conversações e a mudança do modelo tecnoassistencial.....</i>	57
2.4 <i>O acolhimento como postura, como técnica e como princípio de orientação de serviços.....</i>	60
2.5. <i>O acolhimento a partir do referencial da Ética.....</i>	61
2.6. <i>O acolhimento como diretriz da Política de Humanização.....</i>	65
2.7. <i>O acolhimento na produção bibliográfica do Serviço Social.....</i>	67
3 CAPÍTULO III - ACOLHIMENTO E SERVIÇO SOCIAL.....	75
3.1. <i>O contexto da pesquisa.....</i>	77
3.2. <i>Caracterização dos sujeitos de pesquisa.....</i>	83
3.3 <i>A prática do acolhimento.....</i>	88
3.3.1 <i>Concepção de acolhimento.....</i>	88
3.3.2 <i>Objetivos do acolhimento.....</i>	99
3.3.3 <i>Operacionalização do acolhimento.....</i>	112
3.4. <i>Bases profissionais para a prática do acolhimento.....</i>	124
3.4.1. <i>Formação interdisciplinar do Assistente Social (e a perspectiva da totalidade).....</i>	124
3.4.2 <i>Conhecimento das particularidades da ação profissional no campo da saúde.....</i>	128
3.4.3 <i>A apropriação dos fundamentos teórico-metodológicos da profissão.....</i>	135
3.4.4 <i>As exigências do Código de Ética da profissão.....</i>	136
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	147
5 REFERÊNCIAS.....	152
6 ANEXO.....	157

INTRODUÇÃO

O acolhimento tem sido discutido de maneira emblemática no campo da saúde, constatando-se uma variedade de interpretações a seu respeito. Assim, o acolhimento vem sendo tratado no campo das práticas fundamentadas no princípio da integralidade, no campo da ética e no âmbito da própria política de saúde, particularmente, como diretriz da atual Política Nacional de Humanização.

No campo da saúde coletiva, o acolhimento tem sido compreendido como um dispositivo capaz de alterar o modelo tecno-assistencial na assistência à saúde, pautado no desenvolvimento de práticas que contemplem o princípio da integralidade, com a garantia de acesso, a criação de vínculo e do atendimento humanizado (FRANCO, BUENO e MERHY, 2003); (CAMPOS, 1997). Imbuído desse discurso é que o acolhimento vem ganhando ressonância nas experiências que objetivam reorganizar o processo de trabalho e modificar a lógica de atendimento, agora centrada no usuário que acessa o sistema de saúde. Nessa direção, muitos são os estudos desenvolvidos que abordam o tema no âmbito da atenção básica.

Foi a partir da discussão de novos modelos de assistência à saúde que contemplassem os princípios norteadores do SUS que, segundo Merhy et al (1997), tornou-se necessário repensar como os serviços de saúde estavam sendo ofertados e também a respeito da qualidade dos serviços prestados pelos trabalhadores em saúde. Dessa maneira, seria necessária uma nova forma de pensar e de executar a Política de Saúde, por meio de uma forma inovadora de agir socialmente na gestão dos cuidados e no desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais em saúde e, conseqüentemente, de uma forma inovadora de garantia e efetivação dos direitos dos cidadãos. Foi neste momento que a integralidade começou a ser pensada não apenas como um princípio almejado, mas como ações práticas, concretas, no cotidiano dos serviços de saúde, de seus profissionais e de usuários que, em conjunto, formam o SUS.

Em meio à discussão da integralidade em saúde é que se iniciou o debate sobre a humanização. A justificativa para este movimento foi a de que seria necessária uma transformação nas relações estabelecidas, nos serviços de saúde, entre os profissionais e usuários deste mesmo sistema. Porém, foi no nível terciário de atenção que esta discussão se adensou e acabou por originar, a partir de 2001, o Programa Nacional de Humanização na Atenção Hospitalar. Este Programa possuía um conjunto de ações que tinham em vista melhorar a qualidade dos atendimentos hospitalares com investimentos centralmente

destinados à recuperação das instalações físicas e da renovação de equipamentos e aparelhagens tecnológicas. Apenas timidamente é que começaram a ser desenvolvidas ações que contemplassem a capacitação de recursos humanos, visando a qualidade dos serviços prestados.

Em 2004, após substantivas modificações quanto aos princípios e conteúdos, este programa foi discutido no âmbito da Política Nacional, apresentando como uma de suas diretrizes o acolhimento. Dessa forma, o acolhimento vem sendo apresentado, principalmente, em forma de relatos da implantação de serviços em estabelecimentos de saúde, como sendo a porta de entrada dos usuários para acessar tais serviços, e também são relatadas formas díspares de executá-lo, a partir de ações profissionais cotidianas, pelas várias profissões que compõem o campo da saúde (MERHY, 1997), (MERHY et al, 1997), (FRANCO, BUENO e MERHY, 2003), (CAMPOS, 1997).

Nessa perspectiva, sendo visto como uma das expressões de práticas integrais que se apresentam, tanto como uma forma de recepção dos usuários que acessam o SUS quanto como a garantia do acesso ao mesmo, o acolhimento é responsável por promover a criação de vínculo entre profissionais da saúde e usuários, possibilitando a melhoria da qualidade dos serviços, conforme apontam estudos realizados sobre o tema (MERHY et al, 1997; CAMPOS, 1997).

Nesse contexto é que se delinea o objeto de estudo desta investigação: o acolhimento no campo da prática profissional dos assistentes sociais no âmbito da atenção terciária em saúde. Historicamente, a área da saúde tem se constituído como um campo de prática para o Serviço Social e, no Brasil, iniciou no ano de 1943, com o Serviço Social Médico, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. A partir dessa data, ocorreu uma significativa expansão do mercado de trabalho para os Assistentes Sociais neste campo. Bravo e Matos (2004) atribuem isso à adoção do conceito de saúde¹ da Organização Mundial de Saúde (OMS), que focaliza aspectos biopsicossociais e enfatiza o trabalho multidisciplinar, e ainda amplia a abordagem em saúde através da inclusão de conteúdos educativos e voltados para a prevenção. Mas um grande impulso ao debate do Serviço Social no campo da saúde foi dado na década de 1980, com o fortalecimento do movimento da reforma sanitária e a construção do projeto ético-político do Serviço Social, pautado na perspectiva crítico-dialética (BRAVO, 1996). Assim, em 06 de março de 1997, o Assistente

¹ O conceito de saúde adotado pela OMS naquele período referia-se a saúde como “um estado de total bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou fraqueza”, proposta por r Andrija Stampar, em 1946. Posteriormente este conceito foi ampliado culminando com o adotado após a Declaração de Alma-Ata, em 1978 (RIVERO, 2006).

Social foi reconhecido como profissional da saúde através da Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde. Essa normativa foi elaborada a partir das deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, em que se reconhece a importância da ação interdisciplinar e da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais da saúde, tendo em vista a integralidade da atenção.

O interesse em estudar o acolhimento e compreendê-lo no bojo da discussão da Reforma Sanitária, da integralidade e da humanização das relações entre profissionais e usuários no campo da saúde surgiu no decorrer do desenvolvimento do Estágio Curricular Obrigatório, realizado no período de março a julho de 2005, no Hospital Universitário - HU/UFSC. Constatou-se, no transcorrer do estágio, que o Assistente Social realizava uma “rotina” já institucionalizada de reconhecer a chegada de um novo usuário, diariamente, na instituição hospitalar. Desse modo, o profissional realizava uma entrevista, para obter os primeiros dados referentes ao paciente e para orientá-lo quanto à rotina de atendimento do Hospital Universitário e do Serviço Social e ainda para esclarecer dúvidas, em especial, quanto à primeira internação, previdenciárias, dentre outras. Quando da detecção de possíveis vulnerabilidades sociais, tomavam-se providências para o posterior processo de acompanhamento. Verificou-se que, com estes procedimentos, os profissionais buscavam trabalhar em dois sentidos: o primeiro, relacionado com o acesso do usuário aos serviços de saúde; e o segundo, relacionado às entrevistas, que se constituíam em espaços privilegiados para a criação de vínculo de confiança entre os profissionais e os usuários. Tais procedimentos, vistos como uma “rotina” institucional e, de certa forma, naturalizados pelos profissionais, começaram a ser reconhecidos como “acolhimento”, já que seu proceder, seus objetivos e suas finalidades estavam muito próximos daquilo que os autores vêm a assinalar como sendo acolhimento.

Essa observação pautou a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, que foi a primeira aproximação para refletir sobre o tema. A partir disso, brotou a curiosidade e a intenção de aprofundamento teórico acerca do acolhimento, pois uma pergunta permaneceu em aberto: os Assistentes Sociais têm trabalhado com a categoria acolhimento? Como ela vem sendo discutida, ou não, pelos Assistentes Sociais? Os Assistentes Sociais se reconhecem como profissionais que realizam acolhimento?

Para tentar responder a essas perguntas é que se definiu como *locus* da pesquisa os hospitais estaduais situados na Grande Florianópolis, portanto, referentes ao nível de alta complexidade. A esfera da alta complexidade foi escolhida por duas razões: primeiro, porque,

apesar de fortemente estudado no nível primário de atenção, o acolhimento tem sido pouco estudado no tocante ao nível de alta complexidade, já que entre ele e a humanização há uma inter-relação considerável; segundo, devido à inserção histórica do profissional Assistente Social nesse espaço e devido à experiência que se tem, pessoalmente, neste campo, além da exigüidade de um debate mais aprofundado sobre o tema nesse nível de atenção.

Intenta-se, com este estudo, oferecer algumas contribuições, especialmente para os profissionais Assistentes Sociais, que atuam nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais. Primeiramente, quando da revisão teórica acerca do tema, com a visita a autores que têm discutido o tema sob as mais diferentes perspectivas. E posteriormente, quando se identifica e se analisa a forma como o acolhimento tem sido pensado, qual sua finalidade e como ele é realizado pelos Assistentes Sociais.

Considera-se que a problematização do “fazer profissional” e, conseqüentemente, sua reflexão, vem se mostrando escassa no campo das produções teóricas da profissão. A literatura corrobora este fato quando demonstra que, durante os movimentos ocorridos no âmbito do Serviço Social, com apropriação de diferentes tendências e perspectivas que direcionavam os rumos da profissão, em momentos significativos, este debate diminuiu, porém, sem se extinguir totalmente, tendo em vista o avanço conquistado pelos conhecimentos teóricos e ético-políticos (SARMENTO, 1994)².

Historicamente, o debate da prática profissional foi influenciado pela corrente conservadora, voltada para o tecnicismo, no qual estão relacionadas as visões de mundo oriundas do pensamento funcionalista, psicologista³ e cientificista. Nem mesmo a formação baseada no humanismo⁴, que enfatizava os aspectos éticos morais, foi suficiente para promover um debate requintado acerca da prática profissional. Embora tenha privilegiado

² Apesar da obra deste autor estar enfocada para a discussão de instrumentos e técnicas no Serviço Social, esta compreensão não se descola do debate aqui empreendido uma vez que ambos fazem parte da discussão da intervenção desta profissão.

³ No tocante às linhas funcionalistas e psicologista, Sarmiento (1994, p. 92) diz que são reconhecidas “como o psicologismo filosófico, que se traduz, por um lado, em ocupar-se primordialmente dos problemas individuais e por outro, em tratar de adaptar o indivíduo à sociedade sem considerar a justiça ou injustiça do sistema predominante nesta. O psicologismo se caracteriza por seu empenho em explicar o mundo e a história pelo comportamento individual do homem, confrontando-se com as teses historicistas que tratam de explicar o homem por suas relações com o mundo a partir do desenvolvimento na história social”.

⁴ Esta perspectiva foi rechaçada por Marx. Isto é explicitado por Yamamoto (1998, p. 221), quando cita um fragmento da obra do autor. “A escola *humanitária* toma peito o lado mau das relações de produção atuais. Ela procura, para desencargo de consciência, amenizar, ainda que minimamente, os contrastes reais; deplora sinceramente a infelicidade do proletariado, a concorrência desenfreada dos burgueses entre si; aconselha aos operários a sobriedade, o trabalho consciencioso e a limitação dos filhos; recomenda aos burgueses dedicarem-se à produção com entusiasmo refreado”.

uma formação enfatizando os métodos em Serviço Social, ficou estabelecida uma dependência educativa e cultural quando à maneira de pensar e conceituar, bem como uma dependência científica no desenvolvimento das ações. Referindo-se ainda à formação humanista, Sarmiento (1994, p.156) lembra que,

de qualquer forma, é inegável que isto aconteceu no que se refere ao ensino, este se direcionou e contemplou prioritariamente os aspectos sócio-políticos da realidade, desenvolvendo uma formação profissional predominantemente preocupada com um projeto de sociedade futura, concebida dentro de um universo ético-político, como melhor e comprometida ao nível do dever-ser. Desconsiderando as próprias particularidades funcionais da profissão e desconectando-a dos determinantes sócio-institucionais, conseqüentemente propiciando uma desqualificação de sua ação, como profissional.

A influência do pensamento positivista também teve repercussão indubitavelmente significativa para a profissão, apesar de ser alvo de fortes críticas pela herança que esta corrente deixou. Montañó (2000) atribui a separação profissional entre o cientista e o que atua no campo profissional à segmentação oriunda do positivismo. Neste caso, claramente se exclui a investigação social da elaboração teórica da atividade específica do Serviço Social. Assim, o Assistente Social seria apenas um profissional da prática. Aqui, o conhecimento teórico é excluído e há a separação da profissão que investiga e conhece daquela que atua. O resultado disso é que o conhecimento crítico é separado das possibilidades de intervenção transformadoras. Assim, a ação prática interventiva se isola de qualquer possibilidade crítica e a práxis se reduz à prática cotidiana. Para o Serviço Social, isso tem um efeito nefasto: a não superação dos pressupostos positivistas e o não estabelecimento da relação teoria-prática.

O Movimento de Reconceituação, iniciado em meados da década de 1960, buscou adotar uma nova perspectiva, crítica, de questionamento quanto ao campo da formação profissional. Intentava-se redefinir o processo interventivo unindo a fragmentada relação entre a teoria e a prática estabelecida pela visão positivista. Sob o ponto de vista de Sarmiento (1994), esta empreitada não obteve sucesso por uma razão plausível: nesse momento, a teoria acabou por receber maior relevo na formação profissional sem, no entanto, preencher o esvaziamento da prática profissional, substituindo o aparato construído.

Apesar de não deixar de existir, a produção teórica acerca do fazer profissional recebeu pouca ênfase em oposição ao avanço teórico e político. Isto não quer dizer que ela deixou de ser abordada no Serviço Social, somente, que passou por certo esvaziamento, ao contrário do que ocorreu no período mais conservador do Serviço Social, ou seja, na incipiência do Serviço Social como profissão (SARMENTO, 1994). Logo, pode-se dizer que

“não temos nos dado conta da carência do acervo de conhecimentos técnico-operativos que o Serviço Social vem acumulando em sua prática histórica, e se não dispusermos deste não visualizaremos as possibilidades de ação” (SARMENTO, 1994, p. 206).

Este fato tem se mostrado problemático em dois sentidos que influenciam sobremaneira o fazer profissional: num primeiro plano, falar sobre a prática começou a tornar-se um desprestígio, no âmbito da academia, desmotivando estudos e o enriquecimento teórico e conceitual sobre aquilo que as profissionais realizavam em seu cotidiano. Isso se mostra complexo, uma vez que, se a academia não embasa teoricamente o que se faz na prática, não existe chão para avançar na discussão e esta permanece empobrecida. Em segundo plano e não sem conexão com o primeiro, ficou estabelecida a cisão entre teoria e prática. Ora, se a teoria não embasa a prática e a prática não oferece subsídios para novas teorias, estas não se encontram e não formam um elo possível de mediações e da efetividade da práxis.

Contrária a essa tendência, uma área do Serviço Social tem se mostrado mais ativa no tocante à discussão da prática profissional. É a área da saúde, cujo espaço tem realizado contribuições significativas no tocante ao adensamento não apenas teórico, mas também no que se refere à prática profissional. Isso não está ocorrendo por acaso. É urgente uma inserção cada vez mais qualificada dos Assistentes Sociais nos debates que vêm acontecendo no âmbito da saúde.

Assim como Nogueira e Miotto (2006) sugerem, os Assistentes Sociais têm enfrentado desafios importantes no cotidiano profissional colocados pelo SUS. Primeiro, com a inclusão da concepção ampliada de saúde, que faz entrar em cena o debate dos determinantes sociais da saúde, o que confere aos Assistentes Sociais um novo estatuto no campo da saúde. Em seguida, com a consideração de que a promoção da saúde e a visão de integralidade, com o trabalho entre as profissões bem como realizado entre as demais políticas setoriais, interferem nas condições de saúde dos usuários.

Entretanto, pontua-se que existe outro importante desafio colocado para os Assistentes Sociais desta área. Verifica-se, historicamente, entretanto, de maneira mais acentuada a partir da década de 1990, com o retrocesso do conceito de Reforma Sanitária e todo seu campo de lutas e conquistas, que o campo da saúde está em meio à disputa entre dois antagônicos projetos societários: o projeto privatista e o projeto de Reforma Sanitária. Considera-se que o projeto privatista é aquele em que há o avanço do complexo médico-industrial em direção à retração dos direitos referentes à saúde, à transformação dos bens e serviços de saúde em mercadorias e fonte de lucro, bem como a precarização da saúde em seu âmbito público. Diante dele, atende-se um determinado projeto construído e embasado por um

viés conservador e de cunho neoliberal, na qual os interesses capitalistas possuem extrema relevância para sua manutenção.

Apontando para outra direção, está o projeto de Reforma Sanitária, que baliza, justamente, a inversão deste modelo, ao propor o acesso universal e público, a justa e equitativa distribuição de bens e serviços de saúde, de maneira integral, e no qual há o comprometimento com a transformação e modificação do *status quo* e com a qualidade dos serviços prestados.

Mais do que falar em diferentes projetos em disputa na esfera da saúde, são diferentes visões de mundo que apontam para qual interesse está se atendendo. Essas visões de mundo estão ancoradas em distintas fundamentações teóricas que são utilizadas com a finalidade de balizar as políticas públicas setoriais, as estratégias de atendimento e, na linha de ponta, as práticas cotidianas adotadas pelos profissionais da saúde. Aponta-se para o fato de que fundamentações teóricas utilizadas de forma acrítica podem refletir sob qual projeto societário está se atendendo, mesmo que a mistura de correntes teóricas, que se verifica atualmente, não deixe claro o que, na verdade, está se defendendo.

É imbuído destes conteúdos que o Serviço Social necessita adentrar as discussões que estão ocorrendo neste campo. Esta necessidade se expressa no momento em que se torna importante fazer uma distinção, através da definição do posicionamento político a ser tomado e do projeto a ser defendido. Por isso, categorias que atualmente estão ganhando ressonância nesta área, tais como humanização, integralidade e acolhimento, necessitam de uma reflexão, pela profissão, antes de serem incorporadas, não raras vezes, de maneira acrítica. Este conteúdo reflexivo é necessário para que os profissionais não se deixem levar por definições que comprometam o compromisso com o código de ética profissional e não se percam, mergulhados numa discussão superficial, sem se dirigir verdadeiramente à essência do que está se discutindo.

Neste sentido, considera-se o discurso empreendido por Nogueira e Miotto (2006, p. 22):

Reafirma-se a posição segundo a qual refletir a ação profissional do assistente social no campo da saúde importa em fazer opções sobre os recortes a serem abordados, uma vez que o caminho percorrido e os desdobramentos atuais da interface Serviço Social e Saúde são amplos e diversificados. Reafirma-se, também, o entendimento que as questões colocadas unicamente são possíveis em face da trajetória entre Serviço Social e Saúde, por se considerar que as ações profissionais atuais incorporam e aprimoram práticas realizadas ao longo do tempo, na maioria das vezes com persistência no eixo da prática clínica (BRAVO, 1996), adequando-as às exigências atuais. Esse recorte permite reconhecer a tradição do Serviço Social e a riqueza do arsenal teórico e técnico da experiência acumulada na interface com a área da saúde e,

partindo desse patamar, contribuir para a densidade teórico-metodológica das ações desenvolvidas.

Levando em conta os aspectos aqui analisados, este trabalho intenta oferecer subsídios para a qualificação do fazer profissional aos Assistentes Sociais que atuam na área da saúde, mas não somente para eles, uma vez que são muitos os desafios colocados para a profissão. Considera-se, assim, que, circunscritas a esse espaço sócio-ocupacional, muitas são as atribuições do Assistente Social, principalmente, quanto à defesa dos direitos dos usuários, tarefa que já está bem consolidada no tocante à construção teórica forjada pela profissão.

É desse modo que fica delineada a preocupação com a dimensão do “fazer profissional” já que o desenvolvimento do acolhimento pressupõe uma dimensão da prática. Vale lembrar que o Serviço Social possui um caráter eminentemente interventivo no seu trabalho. Para a realização de processos interventivos expressos nas ações profissionais, é necessária a concomitância de saberes que, conjuntamente, potencializam e qualificam esta ação. Para tanto, segundo a ótica desta profissão, as bases de conhecimento consistem no conhecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. O equilíbrio destas três bases proporciona, em tese, a consistência da intervenção. O privilegiamento de um conhecimento em detrimento de outro pode comprometer sua qualidade. Pelo caráter interventivo, pressupõe-se que qualificada deveria estar a base advinda dos conhecimentos técnico-operativos. Entretanto, historicamente, este âmbito vem se conformando como um campo de tensão para o Serviço Social no que toca ao seu estudo e aprofundamento científico (SARMENTO, 1994; NOGUEIRA e MIOTO, 2006).

Não pode ser questionada a importância da apropriação das bases de conhecimentos oriundos dos eixos teórico-metodológico e ético-político, adquirindo significativa relevância para fundamentar o processo interventivo. O primeiro oferece as bases teóricas relativas ao pensar e ao teorizar, e o segundo oferece a visão política, condição *sine qua non* para uma leitura crítica pautada na visão ética da sociedade e do ser humano (IAMAMOTO, 1998). Entretanto, negligenciar o aspecto característico da profissão, no tocante ao conteúdo técnico e operativo, é negligenciar o que esta profissão possui de mais significativo: a riqueza de seu fazer profissional, o “como fazer” (NOGUEIRA e MIOTO, 2006).

Portanto, o tema aqui abordado refere-se ao estudo do acolhimento em saúde, realizado pelos profissionais do Serviço Social, tendo como objetivo verificar como ele está sendo operacionalizado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada junto a treze

Assistentes Sociais que trabalham no nível terciário de atenção, segundo a hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS), em sete Hospitais Estaduais situados na região da Grande Florianópolis. Os Assistentes Sociais foram abordados individualmente, por meio de entrevistas, realizadas a partir de questionário pré-elaborado, gravadas e posteriormente transcritas. O tratamento analítico foi dado baseado na indicação de Minayo (1992), cuja prerrogativa é a significação do discurso.

Assim sendo, propõe-se estudar o “como fazer” do acolhimento para os profissionais do Serviço Social, quer dizer, como os profissionais estão trabalhando com o acolhimento, com relação: às perspectivas teóricas adotadas; aos objetivos atribuídos ao acolhimento; à sua operacionalização; e quais as bases que fundamentam esse acolhimento segundo o ponto de vista da Política de Saúde, do referencial teórico Serviço Social e das exigências do Código de Ética Profissional.

Com essa finalidade, optou-se por dividir esta dissertação em três capítulos. O primeiro tratará de situar a discussão no contexto da Política de Saúde, enfatizando a questão da humanização. O segundo capítulo revelará as diferentes concepções e idéias sobre acolhimento, gestadas a partir das matrizes de pensamento no campo da saúde. No terceiro capítulo, serão apresentados os resultados de pesquisa, que mostrarão, além do contexto estudado e dos sujeitos que dela participaram, como os Assistentes Sociais entrevistados pensam acerca da concepção de acolhimento, quais os seus objetivos, como se dá sua operacionalização e quais as bases que sustentam sua fundamentação.

CAPÍTULO I:
A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: do Movimento de Reforma
Sanitária à Política Nacional de Humanização

A biomedicina ocupava um espaço relevante no campo da saúde até a metade do século XVIII. Após esse período, foi intensificada a discussão acerca da medicina social com o advento, por um ângulo, do higienismo, através do disciplinamento dos corpos, de normatizações e preceitos na ordem individual, e por outro, de uma “fiscalização” ou “política” que atendia as responsabilidades do Estado, o que designava uma prática de saúde referente à instância jurídico-política. No século XIX, o debate da Medicina Social começou a influenciar as práticas em saúde. O contexto vivenciado era o do desenvolvimento de um processo político e social oriundo da crise sanitária iniciada com as marcas da Revolução Industrial, na qual “a medicina é política aplicada no campo da saúde individual [...] curando-se os males da sociedade” (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998, p. 302). Concomitantemente a este processo, em especial na Inglaterra e nos Estados Unidos, surgiu um movimento, em resposta às dificuldades encontradas na época no campo da saúde e que se conectava com a ação do Estado, denominado Sanitarismo. Com relação a este movimento, Paim e Almeida Filho (1998, p. 303) esclarecem que

[...] os sanitaristas produzem um discurso e uma prática sobre as questões da saúde fundamentalmente baseados em aplicações de tecnologia e em princípios da organização racional para a expansão de atividades profiláticas [...] destinadas principalmente aos pobres e setores excluídos da população. O advento do paradigma microbiano nas ciências básicas da saúde representa um grande reforço ao movimento sanitarista que, em um processo de hegemonização, e já então batizado de saúde pública, praticamente redefine as diretrizes da teoria e prática no campo da saúde social no mundo ocidental.

O saber baseado na epidemiologia passou a ser reconhecido como uma ciência a partir do século XIX, adentrando os espaços públicos da saúde para que se reconhecessem os eventos fisiopatológicos dos agravos à saúde. Assim, iniciou-se um processo de intercorrelação entre fenômenos orgânicos e oriundos do “meio externo”, sobressaindo-se a idéia de que os fenômenos extra-orgânicos teriam maior determinação. No início do século XX, ganhou força outro marco conceitual baseado na clara separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo, e que resultou na redefinição do ensino e da prática médica a partir de princípios tecnológicos rigorosos

(AYRES, 1995, p. 14). Esse marco foi claramente explicitado nos Estados Unidos, no ano de 1910, com o Relatório Flexner (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998, p. 303). Esse modelo,

[...] baseado num paradigma fundamentalmente biológico e quase mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais, gerou, entre outras coisas, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde (SCHERER, MARINO e RAMOS, 2005).

Como apontam Scherer, Marino e Ramos (2005), apoiadas na idéia de Mendes (1996) e Novaes (1990),

a formação médica e o modelo de assistência em proposição neste modelo revelavam diversas influências, como o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização e o curativismo. O mecanicismo tomou o corpo humano em analogia a uma máquina, cujas estruturas e funções pudessem ser meticulosamente analisadas e tratadas de modo instrumental, isolando-se a parte adocida do resto do corpo. O biologismo ocultou a causalidade social da doença ao reconhecer a natureza biológica de suas causas e conseqüências, dada a ênfase na microbiologia e nas teorias dos germes e da história natural das doenças. O individualismo constituiu o objeto individual da saúde, ao considerar o paciente como abstração à parte da coletividade e, portanto, excluído de todos os demais aspectos sociais da vida. Associada ao individualismo, a especialização impôs a parcialização abstrata do objeto global, cuja preocupação dirigia-se principalmente para a excelência técnica de especialidades clínicas orientadas ao indivíduo, além da tecnificação do ato médico, que estruturou a engenharia biomédica, mediadora da ação entre profissional de saúde e paciente. Finalmente, o curativismo, que centrou a prática sanitária, em todos os seus níveis, nos aspectos curativos, prestigiando o processo fisiopatológico, em detrimento da(s) causa(s) geradoras do processo.

No entendimento de Canesqui (1995, p. 20 - 21), este quadro, começou a ser modificado timidamente no período após a Segunda Guerra Mundial, quando as ciências sociais adentraram na esfera da saúde, ainda por meio das Ciências da Conduta, mas já indicando que o olhar e o pensar social começavam, novamente, a permear o campo da saúde. Os campos de conhecimento mais difundidos na época eram o da sociologia, da antropologia e da psicologia social. Entretanto, a partir da década de 1970, esta inserção foi alvo de fortes críticas por estar embasada na corrente funcionalista, incapaz de realizar uma leitura analítica da estrutura e da dinâmica da sociedade capitalista e estabelecer sua correlação com a área da saúde.

Institucionalmente, uma das primeiras manifestações que anunciou a ampliação do conceito de saúde foi a Carta de Ottawa, elaborada em 1986, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Nela, a promoção da saúde é definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo

uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19 *apud* BUSS, 2003, p. 25). É na Carta de Ottawa que se estabelece que

“[...] as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, afirmando que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos” (BUSS, 2003, p. 25).

Com o questionamento do modelo de atenção preventivista adotado tanto pelas ciências da conduta quanto pela Medicina Preventiva, buscava-se outro paradigma a fim de nortear estudos e pesquisas referentes à saúde. Assim, segundo Canesqui (1995, p. 23),

[...] o recurso do materialismo histórico, nas suas diferentes versões, reorientaram parcela do ensino e da produção acadêmica nas áreas de Saúde Pública/Medicina Preventiva/Medicina Social e denominações congêneres, tendo oferecido à reflexão sociológica e epidemiológica importantes suportes para repensar os determinantes do processo saúde e doença, mediante a análise da produção social, historicidade e distribuição desigual da doença na sociedade, bem como da organização social da prática médica.

Foi sob esta orientação que se desenrolaram as discussões do conceito ampliado de saúde e a abordagem dos determinantes sociais da saúde. A concepção de saúde, até então formada pelo binômio saúde/doença, em que a falta de saúde sugeria a presença da doença, começava a ser abandonada.

No contexto brasileiro, esse debate sustentaria o Movimento de Reforma Sanitária e os reflexos deste debate podem ser observados na configuração das Políticas de Saúde, no final da década de 1970.

1.1. A Política de Saúde no Brasil

A Política de Saúde brasileira começou a ser delineada na década de 1920, mais precisamente em 1923, com o estabelecimento das Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAP’s, cuja finalidade era atender os trabalhadores que possuíam um vínculo formal de trabalho em categorias trabalhistas mais engajadas politicamente. Mais tarde, no ano de 1932, passaram a ser denominadas de Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP’s, porém, persistindo com a lógica de direcionamento do atendimento aos trabalhadores formais. Os primeiros a possuírem este direito foram os ferroviários e operários, que na época, tinham grande força e engajamento político.

Dessa forma, a política de saúde estava vinculada à política de previdência social, uma vez que limitava o atendimento às necessidades de saúde de algumas categorias profissionais e excluía aquelas que ainda não possuíam direitos previdenciários. Portanto, a política de saúde ainda não era universal, sobretudo porque grande parte da população estava, evidentemente, excluía do direito à saúde, pelo menos em seu âmbito mais amplo. Cabe salientar que novas categorias profissionais foram ganhando legitimidade no tocante a estas políticas à medida que foram conquistando direitos sociais e sendo incorporados pelos institutos que representavam os direitos previdenciários. Isto ocorreu, por exemplo, com as empregadas domésticas e com os trabalhadores rurais na década de 1970.

Apesar das transformações ocorridas ao longo de quase 40 anos, como, por exemplo, a incorporação do modelo do sanitarismo campanhista, na década de 1960, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1967, a instituição do Sistema Nacional de Previdência Social – SIMPAS, em 1977, não houve avanços significativos, por que estes sistemas ainda estavam subordinados aos órgãos da Previdência Social.

Na tentativa de modificar tal quadro, buscou-se forjar, na sociedade brasileira, um movimento de questionamento e de apontamento de novas propostas e estratégias no campo da saúde, no início da década de 1970, movimento este reconhecido como Reforma Sanitária. Encabeçado por intelectuais e militantes de um grupo que defendia a transformação da sociedade em que se estava vivendo na época e também por parte da sociedade civil, o movimento teve origem num período de ditadura militar e de particular especulação de empresas multinacionais que detinham o monopólio dos serviços de saúde, ou seja, o complexo médico-industrial. Aquele era também um momento de direcionamento das políticas sociais, por focar setores mais engajados e organizados politicamente, portanto, sem atender à totalidade da população.

Além disso, somam-se, nas palavras de Teixeira (1989, p. 27), outras especificidades da política de saúde adotada até então:

No caso brasileiro, desde o início dos anos 70, acentuaram-se algumas tendências relativas à organização do sistema de saúde: a) extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a qualidade total da população urbana e ainda parte da população rural; b) reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesses coletivos; c) desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos da lucratividade, propiciando a mercantilização e empresariamento da medicina através da alocação preferencial dos recursos previdenciários para compra de serviços

aos prestadores privados; d) viabilização de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos.

Começou-se, então, a observar e a reconhecer que esta orientação determinava um processo de assistencialismo à sociedade, o que não estava sendo suficiente para o atendimento de toda a população, especialmente quanto ao modelo assistencial⁵ ou de atenção medicocêntrico, curativo e hospitalocêntrico, cuja eficácia tornou-se duvidosa.

O Movimento de Reforma Sanitária caracterizava-se por possuir um conteúdo envolto em um viés democrático que, além de “propor o deslocamento efetivo de poder, desde um setor específico, mas sem se reduzir a ele, trata de formular propostas contra-hegemônicas e organizar uma aliança entre as forças sociais comprometidas com a transformação” (TEIXEIRA, 1989, p. 42).

Fazendo referência a esse tema, Dâmaso (1989, p.71) declara que

a proposta do Movimento Sanitário nascente é, assim, bifronte: a) Ela representa uma repercussão, no próprio aparelho de Estado, do deslocamento de forças da sociedade civil já ensaiada pela frente popular de oposição ao regime. Democratizar a saúde como parte da estratégia maior de democratização da sociedade. O primeiro ato neste *mise-em-scene* do movimento sanitário é, pois, uma resposta solidária, no setor saúde, ao esforço de construção da libertação do país. Este primeiro ato *não levanta uma bandeira sanitária com vocação contra-hegemônica, mas é um incisivo gesto contra-hegemônico com vocação sanitária*. É a sociedade civil que pode libertar o Estado e não o Estado que pode libertar a sociedade civil. Esta correspondência política do setor saúde constitui o que podemos denominar o *braço estatal* do movimento sanitário. b) O movimento encontra, porém, o seu *braço civil na instituição* do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) em 1976.

Este movimento iniciou, então, uma profunda revisão de conceitos e de estratégias para repensar a saúde em sua totalidade. Desse modo, o conceito de saúde foi ampliado em seu entendimento e alcance, tendo como referência a Carta de Ottawa, com a inserção do debate sobre os determinantes sociais da saúde⁶.

⁵ Para Paim (1994, p. 476) “modelos assistenciais são combinações tecnológicas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde”.

⁶ Torna-se relevante apontar para o fato de que no início do movimento de reforma sanitária a discussão sobre os determinantes sociais da saúde foi o motor para as demais discussões e um importante referencial para as transformações sociais e políticas ocorridas naquele momento. Entretanto, essa discussão tornou-se escassa devido aos rumos que o setor saúde tomou, em especial

Na busca por um conceito de Reforma Sanitária, Teixeira (1989, p. 39) revela :

A meu ver, o conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.

Dentre outros importantes elementos⁷ do processo de Reforma Sanitária (TEIXEIRA, 1989), surgiu a preocupação com a universalidade, equidade e integralidade (princípios do SUS) e isto suscitou a discussão acerca dos determinantes sociais da saúde. Uma discussão na qual se verificou a existência de iniquidades e desigualdades de saúde, e que os principais determinantes dessas disparidades estavam em estreita correlação com as formas nas quais a vida social era organizada e mais, com “o abandono da noção de causalidade e sua substituição pelo conceito de determinação.” (TEIXEIRA, 1989, p. 18-19).

Assim sendo, no desenvolver deste debate e da difusão de ideais levantados por este movimento, foram acatadas reivindicações que tiveram profundo impacto junto à sociedade, pela transformação que sofreu o conceito de saúde, adicionalmente, ao estabelecer a saúde como centro de uma política de Estado. Isto revela conquistas importantes obtidas pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Porém, foi a Constituição Federal de 1988 que instituiu uma nova Política Nacional de Saúde, atribuindo novas responsabilidades ao Estado em relação à sociedade, destacando-se a saúde como direito do cidadão. Ao Estado caberia a garantia do direito de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, almejando o fortalecimento dos direitos sociais, da cidadania e da inclusão social. Dessa forma, a nova Constituição enuncia a concepção de direito, que tem na satisfação das necessidades de saúde o seu foco, independente de contribuição ou requisitos prévios. Para a execução desta Política de Saúde, foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS, que teve sua elaboração a partir de demandas

na década de 1990, cujo momento foi desfavorável para este movimento e seu conteúdo permaneceu, de certa forma, estagnado. Todavia, no início da presente década, o tema dos determinantes sociais da saúde retorna ao cenário mundial com forte influência nas formulações de algumas políticas públicas e numa retomada da defesa de princípios do Movimento de Reforma Sanitária.

⁷ Os outros elementos seriam: “a ampliação da consciência sanitária; a construção de um paradigma analítico oriundo do campo disciplinar denominado Medicina Social ou Saúde Coletiva, organizada a partir das noções de determinação social do processo saúde-doença e da organização das práticas; o desenvolvimento de uma nova ética profissional; a construção de um arco de alianças políticas na luta pelo direito à saúde; a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde” (TEIXEIRA, 1989, p. 39-40).

sociais, amplamente discutidas em Conferências Nacionais, com forte participação social, e foi resultado de lutas favoráveis à democratização e à descentralização do Sistema de Saúde (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

O SUS emergiu enunciando como princípios doutrinários: a *universalidade*, que estende a todos o direito do atendimento das necessidades de saúde, indiscriminadamente; a *equidade*, pela qual todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades, devendo os serviços de saúde considerar as diferenças dos grupos populacionais e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes; e a *integralidade*, na qual as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, concomitantemente, para a prevenção e a cura, cabendo aos serviços de saúde funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido as mais diferentes situações da vida e de trabalho, entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida, sendo necessária a garantia do acesso às ações de: Promoção, Proteção e Recuperação (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

Apesar do conteúdo desses princípios revelar a ampliação do conceito de saúde, eles permanecem sendo um desafio constante no que toca a sua efetivação material. É evidente que, ao levar em conta aspectos sociais e políticos, é possível a identificação de indicadores, tais como a desigualdade na distribuição de renda. Nessa forma de pensar, entende-se que a pobreza pode ser considerada um dos fatores que determinam as condições de saúde de uma população. Ou seja, a situação de iniquidade em saúde está correlacionada com a efetivação da justiça social, com a equitativa distribuição de renda e com as condições econômicas e sociais de determinada população. Estes fatores exercem importante efeito sobre a saúde e a doença. Pesquisas revelam que países com uma grande iniquidade de renda, baixos níveis de coesão social e pouca participação política são aqueles que menos realizam investimentos em capital humano e em redes de apoio social, relevantes para que ocorram a promoção e proteção à saúde, seja individual ou coletiva (CNDSS, 2006).

A fim de combater a iniquidade social e tornar equânime a distribuição de melhores condições de saúde, segundo estudo realizado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, é relevante que se invista na idéia de fortalecimento do processo democrático na definição das políticas de saúde. Isto colabora para a consolidação efetiva da política de saúde e de interesse público, uma vez que, como consequência, ocorrerá a multiplicação dos atores comprometidos, a ampliação dos espaços de discussão, a interação

e a instrumentalização da participação desses atores para garantir o acesso equitativo às informações e aos conhecimentos relacionados à saúde (CNDSS, 2006).

Mais recentemente, em março de 2006, foi instituída, no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), seguindo uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo o país um dos primeiros a participar dessa iniciativa. Cabe salientar que a CNDSS é fruto de um processo iniciado pela Reforma Sanitária. Essa Comissão visa, dentre seus vários objetivos, implantar ações de enfrentamento dos determinantes sociais em saúde, diminuir as iniquidades e também realizar estudos e pesquisas que possibilitem aumentar os conhecimentos acerca dos determinantes sociais em saúde e incorporá-los na definição e implantação das políticas (CNDSS, 2006).

Entretanto, apesar do debate ter avançado significativamente, ainda existem resquícios do recuo sofrido pela Política de Saúde na década de 1990. Atualmente, são observadas continuidades referentes à precarização, terceirização dos recursos humanos, desfinanciamento e focalização. Exemplo disso é trazido por Bravo (2006, p. 104-105) quando cita o Programa Saúde da Família (PSF), que revela problemas relevantes quanto à sua estratégia de organização e cobertura, na visão da universalidade e integralidade. O autor destaca, prioritariamente, os problemas quanto aos recursos humanos que compõem a linha de frente do programa cujo despreparo e imprecisão das funções vêm revelando um ponto frágil e comprometedor quanto à leitura dos determinantes sociais da saúde em sua totalidade, o que vem a interferir na qualidade dos serviços prestados.

Mesmo com as dificuldades na implementação da Política de Saúde, considera-se que a discussão sobre os determinantes sociais amplia o conceito de saúde e, por consequência, a visão das necessidades que precisam ser atendidas por esta via. A integralidade da atenção à saúde, anunciada pelo SUS, é um princípio que prevê o alargamento do atendimento dessas necessidades. Por isso, atualmente, esse princípio acabou se tornando o centro das atenções não apenas das estratégias governamentais no que diz respeito à política de saúde, mas também em discussões e estudos junto às mais diversas profissões da área da saúde.

Dessa forma, a integralidade se desenha como fio condutor do debate dos processos de assistência à saúde, à medida que se torna o eixo norteador das práticas profissionais em saúde (MERHY, 1997; CAMPOS, 1997; FRANCO, BUENO e MERHY, 2003).

1.2. A Integralidade como princípio norteador de novas práticas em saúde

Por meio das leituras realizadas, constata-se que a integralidade tem se revelado um conceito polissêmico, com a instituição de conceitos e sentidos os mais diversos, oriundos de fundamentações teóricas as mais distintas, seguindo concepções procedentes dos projetos políticos em disputa no âmbito da saúde (MERHY, 1997; MERHY et al, 1997; CAMPOS, 1997; PINHEIRO, 2005; TEIXEIRA, 2005).

A integralidade vem sendo estudada mais enfaticamente por pesquisadores que constituíram o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), com sede na Universidade de Campinas (UNICAMP). O LAPPIS constitui-se em um programa de estudos que reúne um colegiado multidisciplinar de pesquisadores a fim de identificar e construir práticas de atenção integral à saúde, tendo como ponto de partida o conhecimento que é construído na prática dos sujeitos nas instituições de saúde e na sua relação com a sociedade civil⁸.

Para Mattos (2001), a integralidade pode ser considerada como uma “imagem objetivo”, imbuída de um conteúdo de lutas, valores, ideal de justiça e transformação social. Nas palavras do autor,

enuncia-se uma imagem objetivo com o propósito principal de distinguir o que se almeja construir, do que existe. Toda imagem objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. De certo modo, uma imagem objetivo [...] parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que “existe”, que se indigna com algumas características do que existe, e almeja supera-las. [...] Ao enunciar aquilo, que segundo nossa inspiração, existirá, a imagem objetivo também fala, embora sinteticamente, daquilo que criticamos no que existe, e que nos levou a sonhar com uma outra realidade (IBIDEM, p. 41).

Já para Pinheiro (2001), a integralidade pode ser compreendida como uma ação social que resulta da interação dos atores na relação entre demanda e oferta, em diferentes planos de atenção à saúde, individual ou sistêmica, em que são considerados os aspectos subjetivos e objetivos.

Por sua vez, Cecílio (2005, p. 115-116) entende que, para que haja uma definição mais ampliada de integralidade, é preciso, primeiramente, detectar as necessidades de saúde dos usuários. Em vista disto, o autor trabalha com a integralidade em duas dimensões: a integralidade focalizada e a integralidade ampliada. Sobre a primeira, ele assim se pronuncia:

⁸ Fonte: www.lappis.org.br

Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde [...] Poderíamos denominá-la “integralidade focalizada”, na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde.

No tocante a segunda dimensão, o mesmo autor destaca:

Chamemos, pois, de “integralidade ampliada” esta articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas - a integralidade no “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro” que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro”. [...] A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros (CECÍLIO, 2005, p. 119-120).

No entanto, Mattos (2001) considera que não se deve tentar cristalizar apenas um conceito de integralidade, pois assim um de seus sentidos poderia ser abortado, silenciando indignações dos atores sociais que lutaram conjuntamente com a Reforma Sanitária e buscaram construir a integralidade em suas práticas.

Segundo documento elaborado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (2006), a integralidade ainda não se difundiu em sua totalidade, nas mais diversas áreas profissionais, apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos no sistema de saúde.

Ainda conforme este mesmo documento,

a lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais de saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão-usuário, no usufruto de seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidados (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006).

Dentre as estratégias programáticas para o desenvolvimento de práticas baseadas na integralidade, encontra-se a mudança radical do modelo de atenção à saúde e o aumento da cobertura e da resolutividade. Essa mudança estaria centrada na identificação do usuário como foco principal de atenção, compreendendo-o “como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente.” (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006). Isto se reflete, portanto, na priorização da atenção em nível primário e no abandono da idéia de que o centro do modelo assistencial seria constituído pelos hospitais e pelas especialidades isoladas.

Além da mudança do foco da intervenção, deve-se destacar o debate sobre os determinantes sociais da saúde. Neste debate situa-se a idéia de que a totalidade da atenção é realizada quando são considerados os aspectos sociais, econômicos e políticos que envolvem o cotidiano dos cidadãos, por conseguinte, a integralidade pode ser compreendida como um dos princípios fundamentais a serem cumpridos.

Nesse sentido, cabe salientar a relevância que tal princípio possui se fizer parte do conteúdo teórico-metodológico e do arsenal técnico-operativo na intervenção realizada pelos profissionais do Serviço Social. Dentre as contribuições do campo do Serviço Social para o debate da integralidade encontra-se o estudo de Assumpção (2007). Esta autora realiza sua análise tendo como base a Política de Saúde e seus princípios doutrinários, bem como a literatura já apresentada sobre o tema a partir de autores que a abordam, realizando, por assim dizer, uma distinção conceitual.

Tendo como ponto de partida a assistência à saúde, Assumpção (2007) discute a integralidade, em sua análise do exercício profissional, e a enfoca em três sentidos: como prática profissional não fragmentada; como trabalho em equipe interdisciplinar; e dentro da formação profissional.

Para inserir este tema na esfera do Serviço Social, a autora explicita os aportes teóricos e metodológicos desta profissão ao tecer sua análise. Assim, para ela, o Serviço Social,

[...] ao se inserir nas discussões sobre Integralidade em saúde deve partir de sua própria construção profissional para alicerçar suas contribuições, fazendo referência a seu projeto ético-político, o qual se fundamenta na perspectiva crítica. Retomar tais balizas se faz sempre necessário para responder a questões advindas frente a novos temas, afinal compreendemos que a profissão tem referenciais bem firmados que como bússolas apontam o caminho a ser seguido (IDEM, IBIEM, p. 71).

É neste âmbito que são inseridos os elementos da perspectiva crítico-dialética, com destaque para a categoria da totalidade, presente no debate da profissão desde o Movimento de Reconceituação, ou seja, aproximadamente na década de 1970.

Guiada por este ponto de vista, Assumpção (2007, p. 94) pensa que, para o Serviço Social, a integralidade

[...] implica necessariamente considerar a categoria da totalidade como pedra angular na compreensão da realidade social e no desvendamento da mesma com as lentes apropriadas para tal. Lembrando que a totalidade é uma categoria ontológica que representa o concreto (síntese de determinações), a qual Lukács (1979) descreve como um complexo constituído de complexos subordinados, ou seja, toda parte é também um todo, sem eliminar o caráter de elemento.

A visão crítico-dialético contribui não somente com a discussão da totalidade, mas também inclui o pensar sobre as necessidades de saúde. Essa discussão abrange duas perspectivas: o debate sobre a integralidade em saúde e o debate sobre as necessidades humanas realizadas pelo Serviço Social. Para Assumpção (2007), no exercício profissional dos Assistentes Sociais, a integralidade é privilegiada no campo das ações profissionais de cunho interdisciplinar e intersetorial. Esta última corresponde à articulação de setores e políticas, organizadas em rede de serviços e acessíveis ao usuário, ao passo que a interdisciplinaridade refere-se à divisão e socialização de conhecimentos e saberes aplicados ao atendimento do usuário. A autora associa a possibilidade da efetivação de ações integrais à presença indissociável da perspectiva de totalidade e à superação da cisão entre teoria e prática. Assim, a integralidade, que depende especialmente da formação profissional, deixaria de tornar-se uma “imagem-objeto” para ser incorporada ao fazer profissional.

Para que seu conteúdo faça parte da formação profissional, é necessário um adensamento teórico capaz de clarificar a compreensão e o entendimento acerca da integralidade. Mas até então, o que Assumpção (2007) identificou foi uma escassa produção teórica acerca do tema. Entretanto, é na defesa do projeto ético-político da profissão que a autora apresenta uma provável saída, com a retomada da perspectiva crítico-dialética, a fim de que a compreensão da integralidade esteja imbuída de seus elementos.

Tomar a integralidade como prática pressupõe a realização de uma leitura que observe os determinantes sociais do processo saúde e doença, como também sugere a instituição de modificações nos processos de trabalho em saúde com o trabalho intersetorial e interdisciplinar (MERHY, 1997; CAMPOS, 1997; PINHEIRO, 2001). Enfim, tratar a integralidade como princípio do SUS, dentro da perspectiva crítica instaurada pelo movimento de reforma sanitária que pressupõe um projeto societário, universalizante e participativo, voltado para a equidade em saúde, implica em pensá-la em todas as suas dimensões, abarcando, inclusive, a perspectiva da qualidade dos serviços de saúde.

Imbuída do discurso da integralidade, sendo um facilitador da modificação dos processos de trabalho e das relações nele estabelecidas, é que emergiu a estratégia da humanização. Julga-se relevante destacar que essa estratégia não tem um discurso único e que tampouco sua utilização está voltada para um único objetivo. Verifica-se que existem outros fundamentos que norteiam suas análises, conformando um espaço de disputas conceituais que interferem sobremaneira nos projetos políticos em disputa na saúde. Justamente por este motivo é que o item subsequente será dedicado à discussão da questão da humanização e sua institucionalização, cujo marco foi a elaboração da Política Nacional de Humanização.

1.3. A Política Nacional de Humanização

O debate sobre a Política Nacional de Humanização (PHN) só poderá ser realizado mediante a exposição de algumas perspectivas que têm se tornado referência pela polêmica que despertam. Para tanto, a humanização será abordada sob três perspectivas, a saber: dentro da saúde coletiva, sua institucionalização no âmbito governamental e o debate realizado pelo Serviço Social.

1.3.1. O debate da Humanização no campo da saúde coletiva

A Saúde Coletiva no Brasil foi um espaço de debate organizado no cerne do Movimento de Reforma Sanitária. Na acepção de Fleury (*apud* PAIM & ALMEIDA FILHO 1998, p. 309), discutida na América Latina, a saúde coletiva é definida como “área de produção de conhecimentos que tem como objeto as práticas e os saberes em saúde, referidos ao coletivo enquanto campo estruturado de relações sociais onde a doença adquire significado”.

Para Canesqui (1995, p. 26), no entanto,

inegavelmente Saúde Coletiva é uma invenção brasileira. A origem dessa denominação partiu de um grupo de profissionais, durante o processo de distensão do regime militar e do reordenamento de um conjunto de práticas relacionadas com a questão da saúde, no fim da década de 70, combinando com preocupações de conferir maior organicidade à formação de pessoal no nível de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*, à produção de conhecimentos, à formulação da política de saúde e de reunir corporativamente distintos profissionais, pertencentes ao tradicional campo institucionalizado da Saúde Pública e das áreas acadêmicas de Medicina Preventiva e Social, Medicina Social e outras denominações congêneres.

Segundo Silva Junior (2006), no bojo da discussão da Saúde Coletiva, em meio à crise do governo militar, surgiram três relevantes propostas referentes à política de saúde, ancoradas em três vertentes teóricas. Estas vertentes vêm influenciar o debate sobre saúde e, subseqüentemente, sobre a integralidade, a humanização e o acolhimento.

A primeira proposta citada por Silva Junior (2006) é a da **Silos**. Originariamente baiana, tinha como eixo central

as recomendações da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1986), que indicavam um processo de regionalização das ações de saúde por meio de Distritos Sanitários como uma forma de descentralizar decisões, compreender os problemas locais e permitir maior acesso da população aos serviços de saúde (PAIM, 1995, *apud* SILVA JUNIOR, 2006).

Como concepção de saúde, esta corrente utilizou-se das propostas da epidemiologia social latino-americana, correlacionando a saúde com as condições de vida, ou seja, suas dimensões biológicas, ecológicas, da consciência, da conduta e dos processos econômicos, com base no conceito de reprodução social (CASTELLANOS, 1990, *apud* SILVA JUNIOR, 2006, p. 77). São adicionadas, ainda, as reflexões de Mario Testa, com a incorporação do Pensamento Estratégico em Saúde e, mais tarde, as diretrizes da Carta de Otawa, de 1986.

A segunda proposta é a da “**Saudicidade**”, de Curitiba, com origem no final da década de 1970, e que tem como lema: “*Saudicidade: Saúde para a cidade, saúde para os cidadãos que nela possam potencializar a plenitude da vida, isto é, o oposto da patogenicidade*”, embasada pela

[...] discussão de Atenção Primária à Saúde e de Medicina Comunitária, foram propostas modificações na atuação das Unidades Municipais de Saúde [...] A saúde era entendida como determinação social e seus determinantes deveriam ser discutidos. As Unidades de Saúde foram organizadas segundo áreas de abrangência e seus serviços tomaram a forma de Programas (SILVA JUNIOR, 2006).

A tradição da epidemiologia social latino-americana forneceu o pensamento inicial sobre saúde e doença, e posteriormente, com a aproximação com a proposta baiana, essa concepção foi ampliada, justapondo-se, portanto, às diretrizes da Carta de Otawa e do Movimento de Cidades Saudáveis da Organização Mundial da Saúde-OMS (SILVA JUNIOR, 2006).

A terceira proposta foi lançada pelo Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde-LAPA, no final da década de 1980, por um grupo de profissionais que ali desenvolviam suas atividades. Autores, como Emerson Merhy e Gastão Wagner Campos, iniciaram discussões acerca do processo de trabalho em saúde, do conceito de humanização em saúde, da necessidade da criação do vínculo e da responsabilidade pelos usuários, bem como do acolhimento como forma de humanizar as relações entre usuários e profissionais (SILVA JUNIOR, 2006).

Essa corrente teve como influência pensamentos diversos, tais como os de Carlos Matus, Mario Testa, Foucault, Guatari, Deleuze, da teoria da ação comunicativa de Habermas e Castoriadis. Mas no tocante à concepção de saúde, a terceira proposta utilizou-se de discussões que vinham ocorrendo na América Latina, levantando, entretanto, dois questionamentos acerca desta concepção:

Um, com relação à subjetividade e à individualidade, uma vez que essas não são valorizadas na percepção dos problemas de saúde. Refere-se à limitação da epidemiologia em perceber os aspectos individuais do adoecer, os desejos e interesses articulados na composição da demanda aos serviços. [...] O outro [...] diz respeito aos usuários e à incorporação de novos sujeitos sociais na luta em Defesa da Vida (SILVA JUNIOR, 2006, p. 103).

Assim, a corrente em **Defesa da Vida** recebe destaque no âmago da Saúde Coletiva, com suas publicações referentes, primeiramente, à integralidade, e posteriormente, à discussão da humanização. Esta última começou a ser discutida em meados da década de 1990, quando se iniciou o debate sobre o modo como estava se configurando o atendimento dos profissionais de saúde e aos usuários que acessavam este mesmo sistema. Uma vez que esta corrente determinou como um de seus princípios norteadores: “o serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva”, foi defendida a idéia de que a humanização das relações seria condição essencial para a melhoria da qualidade do atendimento prestado. Para este grupo, a humanização é conceituada como “a garantia de acesso ao serviço e a todos os recursos tecnológicos necessários para defesa da vida, de forma imediata; à informação individual e coletiva, e à equidade no atendimento a todos os cidadãos” (SILVA JUNIOR, 2006).

1.3.2. A institucionalização da Humanização como estratégia governamental

A temática da humanização foi introduzida como ponto de discussão na XI Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2000. A partir desse debate, o Ministério da Saúde propôs como estratégia governamental, concretizada através do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar – PNHAH, que vigorou entre os anos de 2000 a 2002 (BENEVIDES e PASSOS, 2005; ALVES, MIOTO e GERBER, 2007).

O PNHAH (2000) teve como justificativa “identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais”, e para tanto, foram convidados profissionais da área de saúde mental a fim de elaborarem uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde.

Foi neste programa que a discussão acerca da “ambiência” recebeu respaldo, quando o Ministério da Saúde se propôs a desenvolver um

[...] conjunto de ações integradas, na área da assistência hospitalar, visando à melhoria da qualidade de atendimento nos hospitais da rede SUS. Este

conjunto de ações inclui grandes investimentos para a recuperação das instalações físicas das instituições, a renovação de equipamentos e aparelhagem tecnológica moderna, o barateamento dos medicamentos, a capacitação do quadro de recursos humanos etc. (PNHAH, 2000).

Portanto, a iniciativa governamental já apontava para duas importantes características que originaram a atual PNH: sua ligação com o nível terciário de atenção (hospitais) e o tom da discussão marcado pela mescla do viés humanista e da ambiência. O programa tentava qualificar o atendimento ao usuário e, mais tarde, surgiram propostas relativas à melhoria da atenção destinada ao trabalhador de saúde, porém, calcados nos vieses anteriormente citados.

Neste contexto é que Benevides e Passos (2005, s/p) afirmam ter ocorrido uma tensão entre dois atores incluídos no processo: os usuários e os profissionais da saúde. Os autores explicam:

Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, no mínimo, secundarizada (quando não banalizada) pela maioria dos gestores e dos profissionais. Os discursos apontam para a urgência de se encontrar outras respostas à crise da saúde, identificada por muitos, como falência do modelo SUS. A fala era de esgotamento. De fato, cada posição neste debate se sustenta com as suas razões. Por um lado, os usuários por reivindicarem o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo. Os profissionais, por lutarem por melhores condições de trabalho. Por outro lado, os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos.

Após o ano de 2003, o PNHAH foi elevado ao *status* de Política, quando em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização, conhecida como *HumanizaSUS*, que apresenta como princípios norteadores:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social;
 2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
 3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
 4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
 5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente [...]
- (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 9-10).

Embora tenham permanecido traços significativos do PNHAH, a Política de Humanização trouxe algumas aproximações com o que vinha sendo discutido no campo da

saúde coletiva, mais precisamente, pela corrente de Defesa da Vida. Um avanço expressivo é observado quando fica reconhecida a necessidade de adotar a humanização como uma *política transversal*, um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos vários serviços e práticas de saúde. O debate acerca das relações entre profissionais e usuários também foi qualificado com a introdução de princípios e modos de operar no conjunto das relações entre estes, entre os próprios profissionais e dos profissionais com as unidades e serviços de saúde. Outro princípio que também buscou modificar a lógica dos processos de trabalho foi o de que a humanização poderia transformar-se numa estratégia de interferência no processo de produção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A tentativa de instituir a PNH como uma *política transversal* pressupunha que a sua efetivação seria realizada a partir de “um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para Benevides e Passos (2005, s/p), isto proporcionou uma indicação no tocante ao desafio metodológico a ser enfrentado quando se falava em humanização. Esta indicação era a de que essa transversalidade poderia

superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e um eixo horizontal que cria comunicações por estames. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorizada construída na intercessão dos eixos vertical-horizontal.

Ainda que a PNH não tenha revelado um conceito específico, ela apresentava apenas um entendimento sobre humanização. Assim, segundo o Ministério da Saúde (2004, p.7),

augmentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção de saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho.

O fato de a PNH não apresentar uma definição sobre o que seria humanização fez com que Deslandes (2005) apontasse algumas conseqüências já que isso balizava a criação de

um espaço “indefinido”. Uma das conseqüências apontadas era a proposição de não encerrar a humanização como uma definição programática. Outra era que seu entendimento (e não conceito) revelaria a utilização dos princípios desta mesma política. Isso poderia indicar a ampliação do desejo da transversalidade da política porque o conceito estipulado seria um conceito-princípio presente em muitos níveis da produção de cuidados. Mas o dilema colocado é o seguinte: se uma política é construída de forma tão genérica, pode ser estabelecida uma confusão entre os seus princípios e os princípios do SUS. Entretanto, o seu oposto também não é visto como uma solução plausível, pois ela, igualmente, não pode ser tão específica que recaia numa definição “ortopedicamente reguladora”.

Em outras palavras, uma compreensão não tão definida de humanização pode revelar-se preocupante uma vez que é passível de influenciar na direção dada à PNH em sua concretização diária. Deslandes (2005, s/p) corrobora este entendimento quando menciona claramente:

Suas possibilidades interpretativas variam desde o senso comum do “ser bom com o outro que sofre”, num mix de altruísmo caritativo e humanismo *naif*, passando por leituras essencialistas da busca do que seria o fundante do Humano, até as leituras de um humanismo revisitado, aberto sinergicamente ao singular de cada experiência humana em suas necessidades e ao mesmo tempo ancorado numa ética da vida, portanto, universal.

Tal polissemia tem sido discutida por autores como Casate e Correa (2005), que realizaram uma pesquisa acerca das concepções sobre humanização para a enfermagem desde a década de 1950 até a atualidade. Os autores citados identificaram que, nas décadas de 1950, 1960 e 1970, duas características despontaram: primeiro, vendo a humanização como possibilidade de resgate de valores caritativos e religiosos; e segundo, enfatizando a necessidade de humanizar os serviços hospitalares no tocante à dimensão da arquitetura, de equipamentos, mobiliário, tamanho dos quartos, localização, sala de estar e outros mais. No entanto, também constataram que, a partir da década de 1980, com a inserção de ponderações políticas, promovida pela Reforma Sanitária, os discursos começam a receber um tratamento baseado na perspectiva mais crítica, de dignidade e cidadania. E, mais enfaticamente, a partir da década de 1990 é que a distinção da humanização com a lógica de participação e de direitos dada neste período é realizada em detrimento da lógica da caridade. Apesar de significativo, este discurso é considerado, pelos profissionais da enfermagem, um tanto confuso no tocante à sua compreensão. Isso decorre da contradição que existe entre a

concretização desse discurso de totalidade e a prática, uma vez que a enfermagem ainda permanece atrelada a trabalhos fragmentados e especializados.

Mas a contraditoriedade observada no discurso empreendido pela enfermagem não é exclusiva dessa profissão. A polissemia faz com que diferentes interesses sejam materializados nas práticas de saúde. Um deles diz respeito à tentativa de consolidação do projeto de saúde voltado para o mercado, com a cooptação dos princípios e das diretrizes do SUS, tendo em vista o setor privado (BRAVO, 2006), colocando por terra o discurso empreendido pelo Movimento Sanitário.

Como consequência principal, tem-se a utilização da humanização para ações direcionadas a aspectos pouco reflexivos e politizados do conceito, ou seja, a visão de um entendimento de humanização restrita apenas a um dos itens que a PNH traz como relevante, mas que se revela problemática se reservada somente a este item, ou seja, a noção de humanização relacionada apenas à aparência física ou à valorização dos profissionais perante critérios meritocráticos ou canalizados somente para os aspectos lúdicos.

Para concluir, Alves, Miotto e Gerber (2006) consideram que a humanização, na década de 1990, apareceu como um conceito largamente utilizado por instituições privadas de saúde, na ótica da busca pela produtividade e lucratividade, embora atualmente exista um novo modelo em vigência, focado no cliente, ou seja, no paciente. Conforme as autoras,

sob o rótulo de humanização verificam-se um claro vínculo a padrões de gestão da qualidade, eficiência e marketing com busca de reconhecimento de entidades de acreditação. Outra preocupação a ser considerada é a adesão às concepções do *managed care* como pertencentes à proposta de humanização em saúde. Oriundas da Teoria da Administração, estas concepções estão diretamente associadas a notoriedade da dimensão econômica da saúde, já que passa a responder 7% a 15% do PIB dos países desenvolvidos (IDEM, IBIDEM, p. 32-33).

Não raras vezes, a implantação da PNH, principalmente em instituições hospitalares privadas, vem ocorrendo neste nível. Evidentemente, isto aponta para o direcionamento de um projeto privatista que não consegue vincular a noção de direito, de reorganização do processo de trabalho, e tampouco apresentar um comprometimento com a autonomia dos usuários e com o aumento do grau de desalienação dos trabalhadores. Nas palavras de Campos (2005, s/p), “a humanização poderá abarcar um projeto com este teor. Ou não. De qualquer modo, é um conceito que tem um potencial para se opor à tendência cada vez mais competitiva e violenta da organização social contemporânea”.

1.3.3. O debate da humanização no Serviço Social

Em suas reflexões, Campos (2005) tem afirmado que a humanização depende do aperfeiçoamento da gestão compartilhada dos serviços e das relações cotidianas, envolvendo estratégias que permitam aumentar o poder dos usuários ante o poder do saber e das práticas sanitárias, com a modificação das normas de funcionamento das instituições hospitalares, Unidades de Saúde e demais serviços, tendo em vista o acesso e a garantia dos direitos dos usuários. O mesmo autor prevê também a humanização como uma estratégia que dificulte o abuso do poder, sendo as saídas jurídicas *pos factum* um sintoma de perversidade das instituições e normas que ora vigoram.

Vale destacar que, desde 1993, o Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS nº 273, de 13/03/1993) explicita algumas das considerações realizadas por Campos (2005), como sendo deveres que este profissional possui para com o usuário. Dentre eles, evidencia-se os seguintes:

- a) contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuário nas decisões institucionais;
- b) garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais resguardadas os princípios contidos neste Código;
- c) democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários;
[...]
- g) contribuir para a criação de mecanismos que venham a desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de realizar e melhorar os serviços prestados (CODIGO DE ÉTICA, 1993).

Este mesmo Código define ainda que é vedado ao Assistente Social: “[...] c) bloquear o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas instituições, através de atitudes que venham coagir e/ou desrespeitar aqueles que buscam o atendimento de seus direitos” (CODIGO DE ÉTICA, 1993).

Ao confrontar estas duas posições, verifica-se que os Assistentes Sociais possuem subsídios para estarem em consonância com a proposta de humanização alinhada com a Reforma Sanitária, já que ambos manifestam um conteúdo ético, de responsabilização e respeito para com o usuário. Nesse sentido,

o Serviço Social há alguns anos começa a incorporar em seu conteúdo de trabalho a proposta da humanização. Embora ainda permeado por uma

imprecisão conceitual, é referenciada em ações que traduzem diferentes perspectivas que oscilam entre o senso comum e o fortalecimento da saúde como direito e espaço de cidadania para criação/produção de sujeitos, já que se evidenciar que o assistente social necessita estar atento para afirmação dos paradigmas que fundamentam seu projeto profissional e questionar idéias de humanização presentes no imaginário dos usuários e dos profissionais, que implicam em processos de aprisionamento, cooptação e capitalização do sujeito por um poder instituído (CHUPEL, ALVES e GERBER, 2006)

Destarte, sob este prisma, fundamenta-se a visão crítica de humanização cuja concepção não está aprisionada por uma idéia de “humanização” vinculada ao “tratar bem”, formulada sob bases acríticas e que denotam superficialidade da potencialidade do conceito. Neste patamar não se consegue estabelecer relações pautadas na perspectiva do direito e da cidadania. Ao contrário, há um retrocesso no sentido do retorno ao modelo medicocêntrico, não centrado no usuário, e em práticas que contemplem o usuário com um serviço atencioso de hotelaria ou com a idéia de que este é um “coitadinho” que merece compaixão. Estas concepções podem receber influência dos ideais de assistencialismo e infantilização do usuário. Tudo isso, visto de maneira acrítica, acaba se tornando uma prática legítima à medida que o profissional a toma como postura frente ao usuário e que o usuário assimila essa forma de atendimento como sendo a mais adequada (CHUPEL, 2006).

Por mais que se constate uma incipiência quanto ao debate sobre humanização, no âmbito dessa profissão, verifica-se que começa a existir um movimento de reflexão acerca dessa temática. Quando pouco se escreve e se publica, pouco se reflete e se qualifica. Essa carência de qualificação propicia algumas problemáticas, pois num contexto em que as visões teóricas, políticas e ideológicas estão em constante concorrência, pode-se incorrer num afastamento da perspectiva crítica e dialética, cuja base sustenta o projeto profissional. Na mistura da carência de debate com a oferta de visões de mundo as mais diversas é que se situa a questionável adesão acrítica a propostas incertas, contrárias à visão crítica e aos princípios da Reforma Sanitária (ALVES, MIOTO, GERBER, 2007; COSTA, 2006).

Ademais, torna-se relevante analisar outro aspecto marcado por Costa (2006, p. 331), qual seja:

Preocupa-nos o fato de que a categoria passe a implementar tal política sem uma efetiva e coletiva discussão crítica. Sobretudo se considerarmos que tal reconhecimento do profissional de Serviço Social em lidar com a questão da humanização e sua própria adesão à tal política ainda é associada a tradição e à influência do pensamento humanista cristão, o qual, nos primórdios do Serviço Social no Brasil, incorpora as discurso e a prática profissionais uma preocupação com a questão da humanização onde o homem era visto como indivíduo isolado, necessitado de ajuda resultante de atitudes voluntárias

de pessoas e profissionais de boa vontade, que associada à concepção de saúde restrita à assistência médica individual elege como objeto de suas ações o alívio de tensões derivadas de “situações” problemáticas, ou seja, a harmonização das relações.

É relevante destacar o que Costa (2006) afirma no tocante ao espaço que vem sendo criado para a atuação destes profissionais. A autora destaca que, com a implantação do PHNAH e, posteriormente, da PHN, os Assistentes Sociais foram convidados a assumirem a tarefa de sugerir estratégias e implementar ações com vistas ao trabalho interdisciplinar. Para a autora citada, esta tarefa foi dada ao Serviço Social, uma vez que seus profissionais são, historicamente, identificados como os que mais se dedicaram às questões concernentes à humanização. Dessa forma, é fundamental que a temática da humanização seja debatida pelos profissionais do Serviço Social.

Essas diferentes concepções incidem sobre aquilo que o Assistente Social realiza em seu cotidiano, ou seja, sobre o “como fazer”, um espaço que pode ser conformado pela articulação entre o fazer profissional embasado pelo projeto ético-político e o projeto de Reforma Sanitária. Como a ação profissional é a concretização dessa articulação de projetos confluentes, quanto mais qualificada ela for, maior resolutividade será alcançada no atendimento oferecido ao usuário (ALVES, MIOTO, GERBER, 2007; MIOTO e NOGUEIRA, 2006). Portanto, há a qualificação na relação estabelecida com o usuário, que pode refletir, mas não necessariamente, na resolutividade de sua demanda.

É nesse campo que a humanização necessita tomar forma, através de um conteúdo sustentável para a ação profissional. Como visto, há indícios de que o projeto é defendido pelo Serviço Social e pela Reforma Sanitária, ou seja, ambos estão em consenso, apontam para a mesma direção, por isso, este tema não pode ser negligenciado nem silenciado. Caso o estabelecimento de uma “nova relação” entre profissionais e usuários seja a preocupação dos Assistentes Sociais, revela-se urgente um adensamento conceitual da humanização para que as relações construídas cotidianamente no campo da intervenção profissional passem por um processo de mudança. Essa requisição tem se mostrado crescente na nova configuração do Sistema de Saúde (ALVES, MIOTO, GERBER, 2007).

Nesse aspecto, pode-se dizer que a humanização em saúde, como tratada por Campos (2005) e Merhy (2005), é considerada como um elemento designado tanto para a qualificação das relações estabelecidas nos serviços de saúde quanto para a modificação do processo de trabalho. Atrelado a isso, encontra-se o acolhimento que, sob diferentes óticas, possui distintos significados, mas que pode ser considerado como um dispositivo capaz de

reorganizar os serviços de saúde (FRANCO, BUENO e MERHY, 2003; CAMPOS, 1997, MALTA, 2001; GOMES, 2005) e também como uma diretriz da PNH. E o Assistente Social, como profissional da saúde, é igualmente um dos profissionais a realizarem acolhimento e contribuir com o que Merhy (1997) designa como trabalho vivo em ato, capaz de transformar estas relações e estes processos.

CAPÍTULO II:

ACOLHIMENTO: diferentes perspectivas para o debate

Pode-se dizer que o acolhimento já possui uma literatura cuja representatividade permite refletir sobre as opiniões dos autores acerca das concepções, dos objetivos e do referencial teórico. À medida que foram sendo conhecidos os estudos que abordam o acolhimento, foram encontradas distintas perspectivas e, embora entre elas existam poucos pontos divergentes, mesmo assim, muitos elementos em comum foram identificados, fazendo com que algumas perspectivas não se excluam mutuamente. Por isso, esse capítulo tratará de abordar o tema do acolhimento mediante a apresentação das principais idéias sobre o assunto, centrado nos seguintes itens: primeiramente, apresentar-se-á a idéia do acolhimento como um dos elementos facilitadores da reorganização dos serviços de saúde, pois esta interpretação gerou variações no estado da arte, as quais referem o acolhimento como facilitador do acesso ao usuário, como elemento para o aumento do coeficiente de autonomia dos sujeitos e também visto sob o prisma da Bioética; em segundo lugar, identificar-se-á a idéia do acolhimento inserido na Política de Humanização; e em terceiro lugar, considerou-se necessário incluir um item que tratará da discussão do acolhimento do âmbito do Serviço Social. Apesar da inexistência de produção teórica do tema na área da saúde, com esta nomenclatura, existe uma discussão teórica que tem oferecido bases para a discussão do acolhimento por meio do arcabouço teórico e operativo que esta profissão tem construído.

2.1 O acolhimento na estratégia de reorganização dos serviços

A reformulação dos serviços de saúde começou a ser pensada a partir das discussões ocorridas no Movimento de Reforma Sanitária, iniciado em meados da década de 1970.

O Movimento Sanitário ganha repercussão junto ao Estado e à sociedade civil, sendo liderado por intelectuais e políticos que faziam oposição ao regime militar e tinham uma trajetória política na área da saúde. Este Movimento influenciou a esfera acadêmica no processo de reformulação do sistema de saúde, buscando alternativas de resistência quanto a mercantilização da saúde no Brasil e quanto à alteração das relações entre saúde-sociedade e saúde-Estado. A proposta era a de uma reorientação para um sistema comprometido com a universalidade do direito à saúde, de natureza pública, descentralizado e democrático, com a

participação da comunidade, através da criação de um Sistema Único, hierarquizado, com controle social e com a readequação do financiamento. Mas foi na VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, no ano de 1986, que foi consagrada a concepção ampla de saúde, compreendida como resultante das condições de vida e trabalho dos cidadãos, enunciando a concepção de direito, ou seja, a satisfação das necessidades de saúde dos cidadãos brasileiros independente de contribuição ou requisitos prévios ou do mercado, por prever acesso universal, integral e igualitário, dever do Estado. Com a instituição do Sistema Único de Saúde, os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade foram instituídos, como também a hierarquização do sistema, sendo que no nível terciário de atenção ou alta complexidade estão situados os hospitais.

Movidos pelos ideais da Reforma Sanitária, principalmente pela necessidade de modificação do modelo de assistência à saúde utilizado, autores como Franco, Bueno & Merhy e os demais que serão aqui analisados deram suas contribuições. Assim, de acordo com Franco, Bueno e Merhy⁹ (2003) o acolhimento é um elemento essencial para a reorganização dos serviços de saúde, ou seja, da forma como estes serviços são oferecidos. Para os autores citados, esta reorganização seria oriunda, primeiro, da modificação do foco de atendimento, que passa a ser o usuário e suas necessidades; segundo, porque, quando o usuário se torna o centro da intervenção, é possível que o princípio da integralidade seja cumprido, uma vez que é neste contexto que podem ser utilizadas práticas que contemplem este princípio, dentre elas o trabalho multiprofissional, a garantia do acesso, a resolutividade e a humanização. É assim que é criado um novo fluxo e uma nova dinâmica de atendimento. A grande questão, segundo estes autores, é dar resposta a seguinte pergunta: como está ocorrendo o acesso dos usuários ao Sistema de Saúde no momento em que os trabalhadores de saúde os recebem e buscam a resolução de suas necessidades?

Se verificarem que os atendimentos (feitos ou não) possuem características diferentes do modelo assistencial medicocêntrico, os trabalhadores poderão identificar uma dinâmica em construção, que permite utilizar novas formas de atendimento, com a modificação do processo de trabalho em saúde, e isso implica na modificação do cotidiano, porque doravante, é o usuário que se encontra no centro da intervenção.

⁹ Estes autores têm trazido importantes contribuições de categorias emergentes no debate da saúde, tais como integralidade, processo de trabalho em saúde, acesso, mas também possuem significativa contribuição na discussão acerca do acolhimento. A visita à estes autores ocorreu a partir de um texto publicado acerca da experiência do acolhimento realizada na cidade de Betim/MG, em uma Unidade Básica de Saúde.

Ainda os mesmos autores propõem que o acolhimento é um dispositivo que coloca em questionamento os processos intersessores¹⁰ que constroem “relações clínicas” e que possibilita revelar os problemas que o trabalho vivo¹¹ apresenta quando é capturado pelos diferentes modelos de assistência. Também indicam que sugere uma nova maneira de expor os encaminhamentos e as possíveis intervenções profissionais no decorrer dos atendimentos.

É por meio desta busca pela garantia do acesso que, conforme os autores, a criação do vínculo entre trabalhadores e usuários e entre usuários e serviços é essencial. Franco, Bueno e Merhy (2003, p. 38) asseveram que sem o vínculo e sem o acolhimento não há responsabilização, tampouco resolutividade. Assim, nas suas palavras,

[...], em todo o lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, opera processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objetivam atuar sobre as necessidades em busca da produção de “algo” que possa representar a “conquista” de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou produção da saúde.

Desse modo como diretriz operacional, o acolhimento além de inverter a lógica da organização e funcionamento dos serviços de saúde, deve expressar os princípios de:

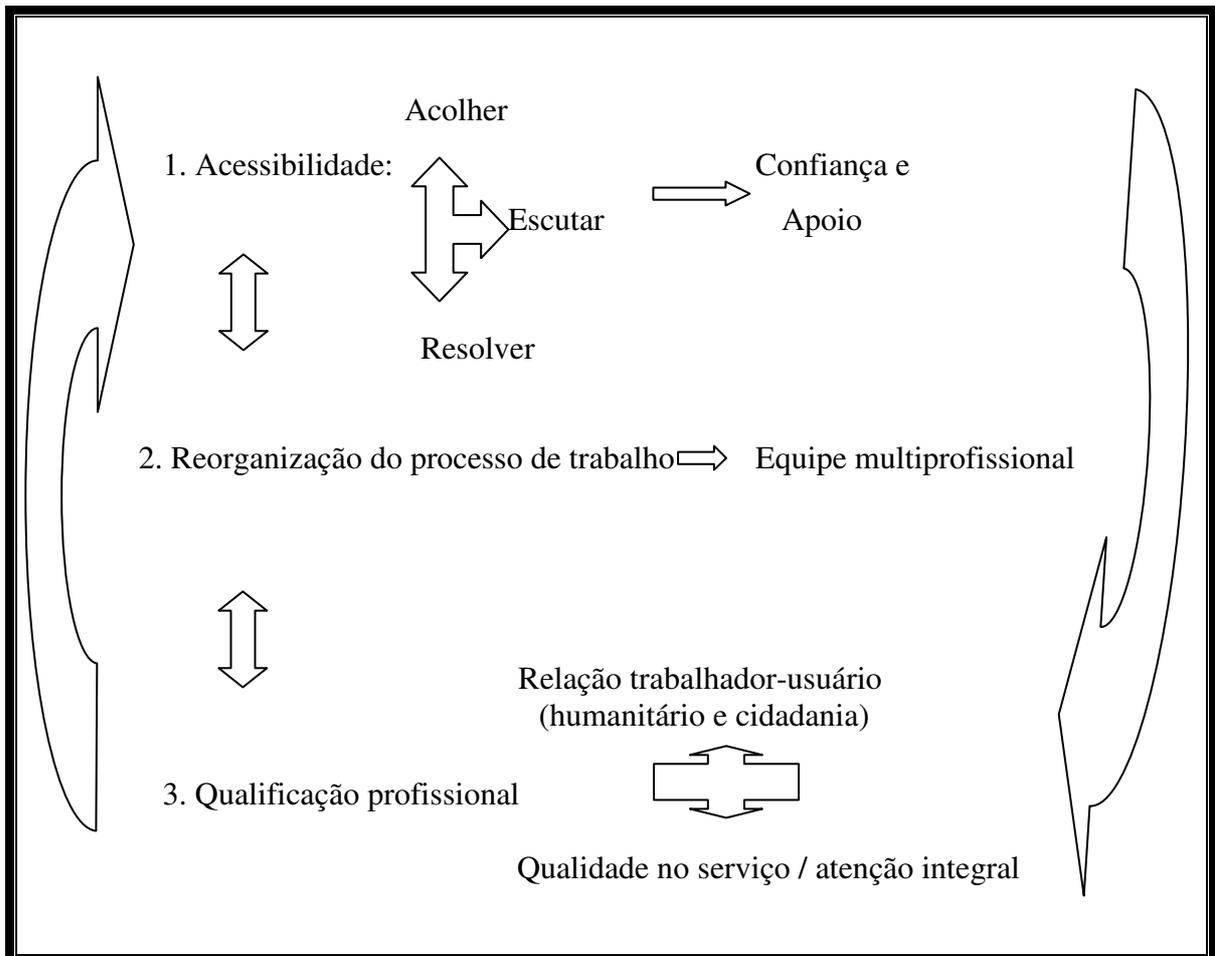
1. Atendimento a todas as pessoas para a garantia do acesso universal. É neste âmbito que ocorre o acolhimento, a escuta e a busca pela resolutividade com a finalidade de estabelecer uma relação de confiança e apoio do usuário.
2. Reorganização do processo de trabalho, com a formação de equipes multiprofissionais que realizem o acolhimento, assim, todos os profissionais de nível superior e ainda as auxiliares e técnicas de enfermagem, participam da assistência direta ao usuário, o que potencializa o serviço da Unidade.
3. Qualificação da relação trabalhador-usuário, a qual deve ser baseada por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, almejando, dessa forma, a

¹⁰ Para Merhy (1997), os processos intersessores ocorrem na relação entre profissional de saúde e usuário, afim de que aconteça um processo de escutas de problemas, trocas de informações, um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, mas também um processo de decisões para a escolha de intervenções pertinentes ao encontro da necessidade do usuário (real necessidade). Pode ainda ser o lugar que dá factibilidade as trabalho vivo e ao jogo de necessidades.

¹¹Sobre o trabalho vivo, Merhy (2004) aponta que este significa o momento em que o trabalhador de saúde está realizando um trabalho criativo, sem uma produção anterior do trabalho chamado morto. Há a autonomização do profissional, que aplica um novo fazer, criativo, sem uma cristalização posterior, num evidente processo de “autogoverno” de seu trabalho, com a utilização de um equipamento tecnológico sofisticado, qual seja, a criatividade e autonomia do fazer em saúde.

constituição de um serviço de saúde de qualidade, com atenção integral, que atenda a todos e esteja sob controle da comunidade.

Estes princípios podem ser visualizados no quadro a seguir:



Fonte: Elaborado pela autora

Em suas reflexões, Franco, Bueno e Merhy (2003) também sinalizam que a reorganização do processo de trabalho faz com que sejam criadas equipes multiprofissionais nas quais o saber é compartilhado. Isto exige dos profissionais não médicos a utilização de todo o seu arsenal tecnológico, ou seja, que reúnam todos os seus conhecimentos sobre a assistência, na escuta e na solução de problemas de saúde, que são apresentados pelos usuários.

Entretanto, segundo estes autores, o acolhimento cumpre também uma tarefa fundamentalmente social, e justificam que no imaginário coletivo, o acolhimento

[...] é a realização da utopia construída com o advento do SUS e perdida no momento seguinte, com a constituição de uma hegemonia neoliberal nos serviços de saúde. A grande capacidade do acolhimento, de articulação

junto a espaços correlatos aos serviços de saúde e mesmo, a identidade que ele é capaz de formar com amplos segmentos sociais, tem razões que explicam através da recente história das políticas de saúde e por consequência, tem raízes sociais significativas. É notório que o Acolhimento, enquanto diretriz do modelo tecnoassistencial, aparece consoante à conjuntura de mudanças, que estão sendo disputadas, no cenário das Políticas de Saúde no Brasil [...] associa na forma exata, o discurso da inclusão social, da defesa do SUS a um arsenal técnico extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até a constituição de dispositivos auto-analíticos e autogestionários, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão da Unidade. O resultado esperado, de imediato é a inversão do modelo tecnoassistencial (FRANCO, BUENO e MERHY, 2003, P. 50-51).

Como um dos desafios para a concretização da inversão do modelo assistencial, os autores citam a super especialização do saber, ou seja, sua verticalização, divisão e seu fracionamento, condição para a alienação do profissional de saúde do seu objeto de trabalho, já que estes ficam distantes do produto final de sua atividade laboral. Assim, o compromisso com o resultado é prejudicado porque este tipo de organização favorece a fixação dos trabalhadores em uma determinada etapa do atendimento prestado ao usuário. O acolhimento pressupõe o trabalho em equipes multiprofissionais, o que modifica em essência o processo de trabalho dos profissionais, especialmente os não-médicos.

Com o objetivo de solucionar o reordenamento do processo de trabalho, os autores citados sugerem, como tarefa principal, a constituição de **vínculo**, porque com ele seria possível sair do ordenamento da “agenda-consulta” para a responsabilização de uma equipe multiprofissional. Isso quer dizer que a equipe teria que se responsabilizar pelas pessoas inscritas (clientela), desde que tenha autonomia para a resolução dos obstáculos e para a mobilização de recursos para fazer saúde.

Seguindo por este mesmo caminho de interpretação está a contribuição de Gomes (2005)¹², que faz parte do grupo de pesquisa do Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde (LAPA) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e analisa o acolhimento sob a visão da integralidade acompanhada da humanização.

¹² O estudo realizado por esta autora buscou analisar a experiência do PSF de Vilar Carioca, no período do início de sua implantação em 1999 até abril de 2004. O objetivo traçado foi o de compreender os sentidos e significados de acolhimento e vínculo, enquanto estratégias de construção de integralidade. Para Gomes (2005, p. 140) “Ao analisar as práticas cotidianas, foi necessário mapear os dispositivos de poder e examinar as relações entre os sujeitos da pesquisa na compreensão desse espaço institucional como *loci* de poderes, interesses e projetos de diferentes sujeitos (PINHEIRO, 2001)”.

Além disso, a autora apresenta como base de argumentação os conhecimentos advindos de dois autores: por um lado, discute utilizando as idéias de Foucault quando trata da integralidade; e por outro, recorre a Gramsci para falar do vínculo e do cuidado, à medida que insere o debate da sociedade civil e do Estado para afirmar que aqueles são desejos da sociedade civil.

Quanto à integralidade, a autora afirma que ela

[...] existe em ato e pode ser reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado, mediante a defesa permanente da alteridade do usuário e a permeabilidade das instituições em saúde aos valores democráticos. A visibilidade desse ato se configura na resolubilidade da equipe e dos serviços, por meio de discussões permanentes, capacitação da equipe, utilização de protocolos e na reorganização dos serviços. Constata-se a existência de várias iniciativas no campo das práticas do cuidado e da atenção em saúde, tais como o “acolhimento/usuário-centrado” [...] (GOMES, 2005, p. 20).

É neste sentido que a autora se aproxima das idéias de Franco, Bueno e Merhy (1997), quando estes colocam que o acolhimento apresenta-se como uma diretriz de reorganização do processo de trabalho em saúde. Todavia, Gomes (2005) adiciona a compreensão de Pinheiro (2003), cuja representação é a “democratização da gestão do cuidado, pela participação dos usuários nas decisões sobre a saúde que se deseja obter”.

A autora estabelece ainda uma discussão quanto ao conceito que o Ministério da Saúde traz de acolhimento, por meio da *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*, publicada em 2004, conceito este que diz o seguinte:

“Acolhimento: receber toda a criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada, estabelecendo uma relação cidadã e humanizada, definindo o encaminhamento mais adequado para a resolução das demandas identificadas. Deve-se adotar uma postura acolhedora na recepção e atendimento dos usuários – durante todo o expediente para não incorrer no erro comum de burocratização dessa prática, com a instituição de agendamento ou distribuição de senhas para o acolhimento, que de fato deve acontecer como fluxo contínuo. A unidade/equipe assume o paciente e estabelece compromisso e responsabilidade sobre todas as necessidades de saúde (BRASIL, 2004, p.14 *apud* GOMES, 2005, p. 22).

Como seus estudos foram realizados no PSF, a autora tece algumas considerações a respeito dos vários sentidos atribuídos ao acolhimento, qualificando-o como prática cuidadosa, responsável, resolutiva, dos problemas apresentados pela população adscrita; como prática orgânica de geração de vínculos e integralidade na atenção e no cuidado em saúde serviço-usuário-profissional; e como “porta de entrada”. Porém, como ela mesma afirma:

No início, o acolhimento foi confundido e tratado como sinônimo de porta de entrada. Esta se apresentou mutável, em busca de relações melhores, tanto para os próprios profissionais quanto para os usuários. Outras estratégias se somaram à “porta” e resultaram em melhor acesso da população aos serviços (GOMES, 2005, p. 140).

Avançando um pouco mais na sua análise, a mesma autora atribui ao agente comunitário um papel de agente de transformação ao construir o acolhimento e o vínculo, uma vez que este unia os profissionais ao usuário, agindo como “laço”. Além disso, com a qualificação de seu saber, o profissional afasta-se de uma posição “inferiorizada”, em direção a uma relação de igualdade e de importância decisiva no desenvolvimento da estratégia.

Com base em Foucault, a autora finaliza, dizendo:

O poder institucional e o técnico se mostraram algumas vezes impeditivos e outras, facilitadores de acolhimento, vínculo e integralidade. O poder da violência, no entanto, sempre impediu a construção de Integralidade, pois limitou ações, impediu atendimentos e gerou medo entre profissionais, gestores e usuários (GOMES, 2005, p. 143).

Também Malta (2001)¹³ é uma autora que discute o acolhimento baseado nas idéias de Emerson Merhy. Tendo em vista que o acolhimento e o Projeto Vida¹⁴ foram os responsáveis pela mudança de todo o processo de trabalho em saúde, o qual vinha se constituindo em uma problemática vivenciada tanto pelos usuários quanto pelos trabalhadores de saúde na local por ela estudado, a autora assim se pronuncia:

O processo de trabalho em sua micropolítica encontra-se num cenário de disputa entre forças instituídas, fixadas pelo trabalho morto, e outras que operam no trabalho vivo em ato, que se encontram nos processos imaginários e desejantes. Esta criatividade permanente do trabalhador em ação deve ser explorada, na dimensão pública e coletiva, para que sejam reinventados novos processos de trabalho ou mesmo para abri-los em novas dimensões não pensadas. Atuar nestes processos significa buscar novas possibilidades, isto torna-se possível na medida em que a escuta para os ruídos do cotidiano ocorre. O que possibilita abrir linhas de fuga do instituído. Caberia ao gestor desenvolver a capacidade de "escutar" estes

¹³ A autora realizou estudo a fim de analisar a experiência do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS/BH), no período de 1993 a 1996, cujo objetivo foi o de analisar a implantação dos dispositivos de intervenção institucional, o Projeto Vida e o Acolhimento, para verificar se há correlação positiva entre esses dispositivos e o impacto na assistência.

¹⁴ "O Projeto Vida busca estabelecer um vínculo entre a equipe de saúde e a população, favorecendo o acesso aos serviços de saúde, através de um Acolhimento de qualidade em todos os níveis de assistência, com objetivo de melhorar a qualidade de vida. Para isto, torna-se necessário estabelecer uma nova forma de trabalhar, de modo que a equipe, utilizando todo o seu potencial, se responsabilize pela saúde e seja referência para a população de sua área de abrangência (SMSA/BH, 1995d; 1994d, *apud* GOMES, 2005, p. 83).

ruídos, construindo um processo de busca de entendimento e possibilitando a invenção de novas missões institucionais e novos sentidos para o processo de trabalho. (MERHY, 1997b; BAREMBLIT, 1996 *apud* MALTA, 2001, p. 80).

Com o apoio da população usuária, este projeto foi aprovado e implantado, tendo como ponto central o acolhimento, que era responsável por garantir melhor o acesso, oferecer atendimento humanizado e incentivo ao trabalho multiprofissional.

É no relato desta experiência e com o auxílio do rico e extenso material coletado e devidamente analisado que Malta (2001) demonstra a relevância que o acolhimento revelou para a modificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas estudadas. A autora fez as análises da intervenção baseada nos seguintes indicadores de avaliação: financiamento, acesso, eficácia, publicização, novas tecnologias de trabalho e sustentabilidade do projeto. Ela assim explana:

De uma maneira geral pode-se dizer que tanto o Projeto Vida quanto o Acolhimento consistiram em bons dispositivos de intervenção institucional, pois possibilitaram a produção de novos sujeitos, que desenvolveram novas ações e causaram o impacto pretendido. Ao analisarmos a intervenção, à luz dos marcadores de avaliação [...] foi possível concluir que houve avanço e melhoria dos indicadores analisados (MALTA, 2001, p. 337).

Levando em conta que o acolhimento pressupõe a garantia do acesso, na pesquisa realizada por Malta (2001, p. 338), este indicador possibilitou a seguinte análise:

A medida do *acesso* é complexa, pois a rigor teríamos que estabelecer a capacidade do paciente obter, quando necessário, o cuidado com a saúde [...] Tomou-se por indicador a incorporação de outras necessidades no atendimento, buscando-se avaliar em que medida as portas da rede se abriram para as novas demandas colocadas pelos usuários. Esse indicador é potente, na medida em que permite, como um evento sentinela, perceber o esforço criativo e instituinte em curso, incorporando necessidades novas, buscando atenção integral, resolutiva e universal.

Para esta autora, o acolhimento permitiu reorganizar o processo de trabalho e oportunizou outras visíveis conseqüências, como a otimização dos recursos da Unidade de Saúde, a qualificação do trabalho dos profissionais, o resgate do trabalho multiprofissional e a melhor qualidade nos serviços prestados, além de provocar questionamentos e reflexões acerca de problemas anteriormente vivenciados pelos trabalhadores e usuários. A inversão do modelo que o acolhimento proporcionou (usuário-centrado) ressaltou estas situações. Ademais,

essa mudança possibilitou a ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisão, por ampliar os espaços de escuta, de trocas e decisões coletivas. Significou ainda um grande dispositivo no sentido da “criação do sujeito coletivo”, por representar uma força impulsionadora que critica as forças paralisantes da instituição, mobiliza as forças instituintes que tendem a transformar as instituições [...] (MALTA, 2001, p. 343).

Finalmente, Malta (2001, p. 344) reconhece que

[...] a diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos não pode se resumir às unidades básicas, mas deve permear todo o sistema, modulando os demais níveis da assistência (especialidades, urgências, hospitais), as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo tecno-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva. Do que podemos concluir que se o processo de mudança não for conduzido no sentido de impactar o Sistema de Saúde, abrindo-lhe as portas, permitindo ampliação do acesso e resolutividade de todo o sistema, tende a se tornar um limite (MALTA, 2001, p. 344).

A exposição do pensamento e dos estudos destes três autores finaliza a compreensão do acolhimento como sendo um dos elementos da reorganização dos serviços, abrangendo também a construção do vínculo e humanização como fatores relevantes para o acolhimento.

2.2 O acolhimento no processo de reorganização dos serviços e a ampliação do Coeficiente de Autonomia

Gastão Wagner Campos (1997) apresenta afinidades com os autores citados anteriormente, por fazer parte do mesmo grupo de estudos e pesquisas que destina suas publicações a assuntos como a integralidade, e que também subsidia, segundo estes autores, as análises sobre o acolhimento.

Entretanto, é num texto poético e revolucionário, no qual a mudança das coisas e a reforma das pessoas e da sociedade são vistas como dualidade, tangente à arte e a ciência, que Campos (1997) centraliza sua análise. Assim, este autor faz uso da dialética para afirmar que qualquer projeto de cunho mudancista deveria vislumbrar não apenas as mudanças nas determinações sociais, ou seja, nas estruturas e nas instituições sociais, mas também nas pessoas, em seus valores, sua cultura e ideologia.

Neste sentido, o autor estabelece diretrizes do processo de revolução permanente, cujos pontos merecem destaque:

- A diminuição da distância entre gestores, planejadores para quem executa as ações nos serviços ordenados. Colaborar para a inserção para que todos sejam gerentes, a fim de redistribuir o poder e as decisões;
- Fazer cumprir os objetivos de atendimento das instituições. A solução seria a de centrar a atenção na necessidade do usuário quando este adentra as instituições no momento em que demonstra suas necessidades, desejos e sensibilidade para se fazer sentir a interferência da sociedade na vida das instituições.

Na busca pela transformação, o autor trilha seu caminho de mudança, pontuando três elementos sem os quais esta mudança não ocorre: o fator humano, a reformulação da estrutura e das formas de operar os serviços públicos e a reformulação da clínica e da saúde pública.

Quanto à mudança do fator humano, o autor dedicou seus estudos à leitura da prática médica, e verificou heterogeneidade nas correntes políticas utilizadas, quer dizer, havia tanto os que defendiam projetos com orientação socializante quanto os que defendiam projetos de cunho privatista. Mas apesar da existência de correntes ideológicas mais democráticas, Campos (1997) observou a respeitabilidade pelos interesses básicos dos médicos, a defesa da tradição, da autonomia profissional e do predomínio do poder médico. Assim, o autor problematiza o domínio dos saberes e dos poderes instituídos e difíceis de serem quebrados e traz discussões feitas por autores, como Foucault e Jean Clavreul, acerca dos motivos desta ordem seguir ainda de maneira consistente. Porém, demonstra que outras experiências são possíveis quando cita a discussão da saúde pública, de sistemas de gestão colegiada em unidades locais de saúde, de instituições de saúde que conseguiram implantar um novo processo de reestruturação do poder e da lógica de gestão.

Acerca da reformulação da estrutura e das formas de governar os serviços públicos de saúde, Campos (1997) destaca que é necessário a desalienação dos trabalhadores de saúde, a partir da reflexão destes sobre as relações com os usuários, equipe, comunidade e seus meios de trabalho. O autor enfatiza a necessidade do abandono da apatia das práticas burocráticas e corporativistas e a pouca eficácia do movimento sindical, movimento que teria papel mais significativo neste processo.

Outro grande problema apontado pelo autor refere-se ao modo de funcionamento dos serviços públicos. A solução, para ele, seria a de encontrar novas formas de governar a coisa pública: o autogoverno das instituições. Ou seja,

haveríamos de inventar, na prática, novas combinações para os elementos polares que compõem binômios como o da centralização e descentralização, da autonomia da base e responsabilidade com objetivos gerais da instituição, planejamento de metas e atendimento às flutuações da demanda, entre outros. Antinomias complexas, cujo equacionamento exigiria uma flexibilidade doutrinária e operativa a que não estamos habituados. Exigiria um grau de democracia, de distribuição de poder, de confiança no outro, estranhos à sociedade atual e, evidentemente, à máquina estatal e ao serviço público (ibidem, p. 43)

No tocante à reordenação da clínica e da saúde pública, o objetivo do autor é o de criticar o caráter habitualmente assumido pela clínica, a sua tendência de medicalizar a saúde e a doença e o predomínio de procedimentos ditados pelo interesse econômico, além de apontar ainda a possibilidade de sua reformulação.

Uma das propostas de Campos (1997) diz respeito à revisão do conceito de cura para que ocorra a ampliação do COEFICIENTE DE AUTONOMIA. O autor considera que

[...] os serviços de saúde deveriam trabalhar para aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades de lidarem com (as) dificuldades, eliminando-as ou recebendo apoio para reduzir seus efeitos maléficos [...] deveriam existir tanto para ajudar cada cliente a melhor utilizar os recursos próprios, partindo sempre do reconhecimento da vontade e desejo de cura de cada um, como para lhes oferecer recursos institucionais também voltados para melhorar as condições individuais e coletivas de resistência à doenças (ibidem, p. 50).

O aumento da capacidade de autonomia do paciente exige da equipe de saúde o olhar e a abordagem pautada na integralidade. Isto requer o entendimento de que a cura e a promoção da saúde estão ligadas ao meio social e à história psíquica de cada sujeito. Para que ocorra esta leitura, é valorizada a necessidade da fala e da escuta.

Neste contexto estão situados o vínculo e o acolhimento, categorias que fazem parte de uma proposta de reformulação da clínica a fim de que sejam estabelecidas novas formas de relações com a clientela.

Para tanto, Campos (1997) assegura que as alterações da prática clínica podem vir a ocorrer com o reforço do vínculo entre profissionais ou equipes de saúde e os usuários, que serve como instrumento para potencializar estas alterações. O autor assim se expressa:

A idéia do vínculo prende-se tanto à busca de maior eficácia (aumento do percentual de curas), como à noção que valoriza a constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes. Ou seja, [...] exige-se a assunção do paciente à condições de sujeito que fala e deseja e julga, sem o que não se estabelecerão relações profissional/paciente adequadas (ibidem, p. 53).

Se para o autor é necessário repensar a clínica, é necessário também repensar a saúde pública que, segundo ele, está passando por um momento de crise, crise de identidade e de recessão financeira, com a diminuição de investimentos em projetos de cunho social. A retomada do dinamismo da Saúde Pública depende da reforma da coisa pública, que possibilite pensar em processos que sejam capazes “de criar meios de incorporar os cidadãos, com toda sua subjetividade e preconceitos (ibidem, p. 57)”.

A mudança no modo de fazer saúde, conforme Campos (1997), depende da reforma que precisa ocorrer nos modelos de atenção¹⁵. Assim, modelos alternativos de atenção deveriam ser propostos, entretanto, o autor aponta para alguns fatores que dificultam tal inversão. O primeiro é o financiamento destes modelos alternativos. O segundo, as disciplinas que ordenam o campo da saúde. O terceiro é a adoção de diretrizes ordenadoras dos sistemas públicos de saúde, particularmente quanto às noções de hierarquização e regionalização. Para o autor, a hierarquização e a regionalização aparecem como um problema, se não bem articulados, tendo em vista que

[...] a definição rígida dos papéis e atribuições de cada unidade, de cada equipe, de cada profissional – ainda quando isto ocorra segundo o princípio das complexidades crescentes –, termina por recortar a história de cada doente segundo uma lógica que lhe é estranha. Além de fragmentar o doente e sua doença, este cristal de pureza hierárquica também diminui a abertura das unidades à variedade dos problemas individuais e coletivos de saúde (ibidem, p. 62).

As conseqüências negativas desta postura tradicional podem ser verificadas nos cuidados clínicos, uma vez que dificultam “o acatamento de algumas outras diretrizes que julgo fundamental para assegurar a qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos pelos usuários. Estou me referindo às noções de VÍNCULO DE ACOLHIDA e de RESPONSABILIZAR-SE A EQUIPE” (ibidem, p. 62).

Neste momento, o autor aborda mais diretamente o que ele entende por acolhimento, e afirma que, nos sistemas públicos, a noção de acolhida deveria “dizer respeito tanto da abertura dos serviços públicos para a demanda, como da sua vocação para responsabilizar-se por todos os problemas de saúde de uma região (ibidem, p. 63)”. Assim, a

¹⁵ Para Campos (1997, p. 58), modelo de atenção pode ser compreendido “como um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um Projeto de Atenção à Saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, sócio-culturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável”.

avaliação do coeficiente de acolhida ocorre através das possibilidades de acesso e conforme a capacidade de mudança e adaptação do modelo de atenção.

O vínculo seria outra possibilidade de uma prática inovadora e Campos (1997) apresenta como objetivo deste, primeiro, o aumento da eficácia das ações de saúde, depois, a introdução, no espaço dos serviços de saúde, de uma das formas de controle social mais efetivas já experimentada, realizada pelos próprios interessados, no mesmo momento em que os cuidados estão sendo produzidos.

Para o autor, este modelo de atenção, que leva em conta o vínculo e a acolhida, obterá sucesso quando houver um razoável equilíbrio dialético entre a autonomia e a responsabilidade dos trabalhadores de saúde, porque será um modelo que tende à descentralização, à produção de modos distintos de cuidado e à maior democratização.

Como análise final, o autor utiliza categorias do materialismo dialético para embasar seus argumentos, sugere que os trabalhadores de saúde são os novos protagonistas da reforma do modelo tecnoassistencial e faz uma leitura dos mecanismos sociais envolvidos na produção de sujeitos, ora objetos ora autônomos na realidade do sistema de saúde brasileiro.

2.3 A inserção do acolhimento na rede de conversações e a mudança do modelo tecnoassistencial

Ainda tendo como base a premissa da mudança do modelo tecno-assistencial, também com uma abordagem que inclui a integralidade, constata-se que Teixeira (2005)¹⁶ dedicou seus estudos ao tema do acolhimento. Entretanto, a inovação deste autor está no fato de sinalizar para mais um elemento de análise quando afirma que não é a reversão do modelo tecnoassistencial que está em pauta, mas sim a reversão do modelo comunicacional.

Assim, o autor focaliza o aspecto comunicacional e postula que a substância do trabalho em saúde é a conversa. Isto porque, segundo ele, o que se percebe com mais frequência, numa unidade de saúde, são conversas, mesmo aquelas que acompanham outros procedimentos, e que se efetuam antes, no decorrer e após o procedimento, podendo dar-se individualmente, em grupos, sem cessar.

Acerca da conversa, o autor declara o seguinte:

¹⁶ O texto analisado é: TEIXEIRA, R.R. O acolhimento em um serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.. **Construção da Integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2003, p. 89-112.

A grande vantagem que vemos em se admitir que a conversa é a própria substância do trabalho em saúde é o reconhecimento de que se age sobre um objeto, desde o princípio, partilhando, trabalhando em conjunto, de um modo mais ou menos simétrico. É só enquanto matéria necessariamente trabalhada por todos os atores em presença na conversa, que esta ganha forma (ibidem, p. 96).

Dessa maneira, o que entra em questão é a forma pela qual se daria esta conversa. Para responder a este questionamento, Teixeira (2005) afirma que as formas dependem dos atores, trabalhadores e usuários, que constroem, juntos, a conversa, e da força com que estes trabalham a substância. Para o trabalhador, esta conversa está repleta de possibilidades de intervenção, e neste ato de conversar, há trabalho vivo operando, no qual o trabalhador emprega diferentes técnicas de conversa e tecnologias leves¹⁷ que implicariam a produção de relação entre os dois sujeitos. Esta conversa apenas ganha seu significado material quando do desenvolvimento de ações profissionais que busquem a resolutividade da necessidade expressa pelo usuário.

Com a ajuda do referencial teórico de Jakobson (1995), Teixeira (2005) expõe as duas funções da linguagem, quais sejam: a *função referencial* e a *função poética*. A primeira define a dimensão das finalidades colocadas para o trabalho que se realiza através daquela forma de conversa. A segunda define a dimensão dos elementos que participam da construção de certa estética da existência. Estes conceitos seriam úteis à medida que se percebe o seu alcance micropolítico e que a riqueza destes processos pode fazer-nos reconhecer experiências que almejam a tecnodemocracia (participação social).

O acolhimento-dialogado seria uma técnica especial de conversar, por se tratar de uma qualidade especial de conversa e uma possibilidade real a ser suscitada ou facilitada por uma “técnica geral de conversa” praticada em todas as conversações ocorridas no serviço. O autor destaca a preocupação de que o acolhimento não pode ser confundido com um pronto atendimento para que não se alcance o limite de seu esvaziamento conceitual.

Além de considerar o acolhimento como mola-mestra da lógica tecnoassistencial, Teixeira (2005) compreende que a conversa é a substância principal das atividades no cotidiano de um serviço de saúde. Assim, de acordo com este autor, a rede tecnoassistencial pode ser entendida como uma rede de conversações, uma vez que cada momento da conversa

¹⁷ Merhy et al (1997, p. 121) conceitua tecnologia **leve-dura** “como sendo, dentre outros, os saberes bem estruturados que operam nos processos de saúde.” No caso específico do Serviço Social, Lima (2003, p. 63) pontua acerca da utilização da tecnologia leve, que este “é chamado a intervir como no acolhimento inicial dos usuários, na viabilização de recursos e serviços materiais e institucionais [...] ou em situações onde se pretende a transformação da atitude do usuário no contexto das relações sociais”.

pode envolver variadas atividades técnicas específicas e cada nó constante nesses momentos corresponde a um encontro entre profissional e usuário. É devido à técnica da conversa que todos os espaços oferecidos podem ser interconectados, o que possibilita ao usuário as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede, ou seja, maior acesso, transformando-se, dessa forma, em espaços coletivos de conversação (intersetorialidade).

No entender de Teixeira (2005), existem duas características do dispositivo acolhimento-dialogado. Como primeira característica, o autor aponta o acolhimento, cujo papel central é a recepção e qualquer outra atividade que prolifere em todos os encontros assistenciais que marcam a passagem do usuário pelo serviço. Dessa forma, o acolhimento pode ser visto como um distribuidor, presente em todos os pontos da rede, e é nesse momento que é decidida a trajetória a ser percorrida para a resolutividade da necessidade de saúde apresentada pelo usuário. No entanto, para o autor, não basta apenas saber “o que” fazer no acolhimento, mas também saber “como” fazer. Desse modo, ele aponta o segundo traço característico do dispositivo acolhimento-diálogo: o diálogo, que busca conhecer melhor as necessidades do usuário e os modos de satisfazê-lo, uma vez que “as nossas necessidades não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais definitivamente definidas” (TEIXEIRA, 2005, p. 104).

Continuando suas reflexões, Teixeira (2005) aborda a categoria democracia e afirma que determinadas técnicas de conversa constituem-se verdadeiros exercícios de democracia por revelarem a possibilidade de ouvir o outro e ser ouvido, sem desqualificar ou menosprezar a fala do outro, mas sim agregando o que o outro diz para a formação de um conhecimento conjunto. O autor sintetiza também três tipos de disposições gerais morais e cognitivas para o acolhimento-dialogado:

- Reconhecer que o outro é um legítimo outro;
- Reconhecer que cada um é um insuficiente;
- Reconhecer que o sentido de uma condição é elaborado pelo conjunto dos saberes existentes.

O autor atribui ainda um aspecto educativo ao acolhimento, porque pressupõe a utilização de todas as práticas de conhecimento que se dão no serviço, já que “trata-se de uma técnica de conversa, um diálogo orientado pela busca de uma maior ciência das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las” (TEIXEIRA, 2005, p 106).

2.4 O acolhimento como postura, como técnica e como princípio de orientação de serviços.

Os autores Silva Junior e Mascarenhas (2006), ao publicarem um texto que faz uma avaliação da Atenção Básica em saúde, discutindo os aspectos conceituais e metodológicos, deixam claro que a base de análise é a mudança do modelo tecnoassistencial. Portanto, trazem como ponto de partida a integralidade e compartilham da idéia de Franco, Bueno e Merhy (2003), quando estes sugerem que o objetivo do acolhimento é a garantia do acesso, a humanização das relações e o dispositivo para a reorganização do processo de trabalho. Aproximam-se também do referencial de Teixeira (2005), quando atribuem ao acolhimento um papel de escuta qualificada, diferenciando, porém, a fundamentação teórica, que aqui é baseada em princípios da psicanálise e não na teoria comunicacional.

Em seu texto, os autores preocupam-se com conceitos e abordagens metodológicas, assim sendo, demonstram que o conceito de integralidade utilizado é proveniente dos estudos de Mattos (2001), autor este que situa a integralidade em três grandes conjuntos de sentidos: primeiro, como atributo das práticas dos profissionais; segundo, como característica da organização dos serviços; e terceiro, como respostas governamentais. Entretanto, anunciam que usarão como referência a integralidade em seus primeiro e segundo níveis, ou seja, como atributo das práticas dos profissionais e como organização dos serviços.

Ao discutirem o acolhimento, Silva Júnior e Mascarenhas (2006) afirmam que este pode ser pensado a partir de três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de orientação de serviços.

Acerca do entendimento do acolhimento como uma postura, os autores declaram que este “pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. É estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre profissionais e usuários” (SILVA JUNIOR e MASCARENHAS, 2006, p. 243). Os autores recorrem à teoria psicanalítica para subsidiarem suas análises acerca da escuta. Neste contexto, alegam que, ao fazer a escuta, esta não está direcionada apenas ao que é dito, mas também àquilo que é silenciado. Falam ainda da necessidade de conhecer quem se escuta, quem está falando, como e sobre o que se fala.

Como entendimento de que o acolhimento possui uma dimensão técnica, os autores revelam que, dessa forma, ele “instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação de risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas nos problemas demandados” (SILVA

JUNIOR e MASCARENHAS, 2005, p. 245). Nesta dimensão, destacam o trabalho multiprofissional e a possibilidade que o acolhimento apresenta quando é realizado pelos vários profissionais da saúde: o enriquecimento da intervenção pela incorporação de novos agentes. Em conformidade com estes autores (2005, p.245),

a complexidade da equipe multiprofissional refere-se à articulações dos diferentes processo de trabalho. Supera-se a fragmentação de saberes e a organização de serviços [...] em que cada parcela se apresenta como exercício autônomo e independente. Na busca da superação da fragmentação, a interdisciplinaridade vem contribuir para a construção de novos saberes apropriados às necessidades do trabalho em saúde, mediante criação de novas práticas.

A terceira e última dimensão citada pelos autores citados é a do acolhimento como princípio de orientação de serviços. Nesta dimensão, eles sugerem que o acolhimento possui uma proposta que faz parte de um projeto institucional, que dá a direção do trabalho realizado. Isto aponta para uma modificação do processo de trabalho e das necessidades de saúde, por intermédio da modificação da composição do trabalho na equipe, do perfil dos agentes buscados no processo de seleção, da capacitação, dos conteúdos operacionais da supervisão e da avaliação de pessoal.

Concluindo, para formulação da idéia sobre o acolhimento, os autores incorporam duas categorias: a acessibilidade organizacional, ou seja, o acesso, e o vínculo. Para este último, empregam as definições de Emerson Merhy e sugerem três diferentes dimensões de análise: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade. Como afetividade, porque o vínculo firme e estável torna-se valioso instrumento de trabalho. Como relação terapêutica, já que por si só pode ser considerado instrumento de terapia, levando em consideração questões como: escuta, divisão de responsabilidades, autoconhecimento. E como continuidade, porque proporciona maior adesão à terapêutica e às medidas de promoção e prevenção à saúde.

2.5. O acolhimento a partir do referencial da Ética

A abordagem do acolhimento realizada tendo como foco de análise não apenas o aspecto organizacional e administrativo, mas também aspectos éticos, é feita por Farias (2007)¹⁸. Isso se deve ao fato de que estes elementos são levantados pela proposta de

¹⁸ O Acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis foi o objeto de estudo da dissertação apresentada por Farias (2006), no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

humanização da saúde, e, ao embasar suas análises bebendo da fonte da ética, a autora considera que há a possibilidade de conquistar avanço no debate sobre o acolhimento.

Assim, para Farias (2007, p. 40),

o acolhimento, quando entendido como estratégia de humanização, redundante às relações humanas, na atenção a saúde como nas demais áreas, sugere conflitos em diferentes âmbitos, político, profissional e pessoal. A relação destes âmbitos está pautada sob a perspectiva de respostas ao atendimento às necessidades individuais e coletivas, neste caso especificamente a saúde, de forma bilateral, de quem oferece e quem recebe. Estas relações perpassam por implicações bioéticas do seu desenvolvimento.

A autora entende que a diretriz fornecida pela PNH ao acolhimento é guiada pelo princípio da integralidade, entretanto, apresenta como referencial mais evidente a bioética. Segundo ela, este referencial tem sido mais usado em virtude do avanço das práticas da medicina. Porém, “atualmente sua aplicabilidade transpõe fronteiras e adentra em situações do cotidiano, sobretudo no que tange as desigualdades sociais no acesso à saúde” (FARIAS, 2007, p. 42).

A articulação do acolhimento com o referencial da bioética ocorre à medida que se compreende que as relações humanas constituem-se no fundamento das práticas em saúde e, por serem humanas, podem provocar conflitos éticos e fazer parte de políticas públicas que talvez não alcancem o direito inviolável à saúde. Neste sentido, citando Schramm (2001), a autora pontua:

[...] a quantidade e a qualidade dos desejos individuais ou mesmo das sociedades democráticas modernas, apontam para situações de dilemas éticos em relação ao respeito de valores fundamentais a dignidade humana e de acesso aos produtos desta dinâmica. A garantia de direitos constitucionais como a “saúde para todos” torna os serviços públicos de saúde um rico cenário para situações cotidianas de desrespeito aos princípios sociais e morais.

Desta maneira, Farias (2007, p. 44) justifica a utilização de dois referenciais da Bioética, a saber: o da Bioética da Proteção e o da Bioética Cotidiana, que

[...] refere-se aos comportamentos e idéias de cada pessoa, a partir dos quais se busca compreender princípios e valores que estão na base das ações humanas. Além disso, foca a atenção nos dilemas éticos que afetam cotidianamente milhares de pessoas e que são sistematicamente negligenciados.

O referencial da Bioética da Proteção tem sua utilidade uma vez que, para a “saúde pública é considerada uma ferramenta de ética aplicada para legitimar políticas sanitárias como a brasileira que visam garantir o direito de cidadania” (idem, ibidem)

Prosseguindo, a autora aponta para o fato de que as dificuldades da implementação do acolhimento correspondem aos determinantes organizacionais impostos, pois a estratégia do acolhimento é uma proposta que tem a finalidade de ultrapassar as fronteiras técnicas e objetiva garantir o acesso e promover o vínculo com o Sistema Único de Saúde. Utilizando este contexto é que a autora realiza entrevistas junto a gestores, a trabalhadores do campo da saúde e aos usuários e busca, no seu estudo, “identificar e analisar as implicações éticas emergentes nas práticas cotidianas de acolhimento” (ibidem, p. 16).

Primeiramente, a autora destaca as contradições existentes entre as percepções subjetivas e descrições que os sujeitos de pesquisa fizeram das experiências vivenciadas pelos atores no processo de acolhimento, ou seja, um distanciamento entre o discurso empreendido e a sua operacionalização na prática.

O segundo ponto enfatizado pela autora refere-se a uma contradição, desta vez, entre o discurso do direito ao acesso universal e a organização da demanda espontânea, uma vez que o acolhimento é visto como uma possibilidade de acesso aos serviços e recursos na saúde. Assim, ela afirma que

o acolhimento surgiu como uma atividade programada para a atenção da demanda espontânea. A ação mecânica reduz um processo com diferentes e complexas interfaces a simplesmente mais uma atividade da unidade para o atendimento daqueles que não foram, por critérios de classificação e seleção, elencados para a atenção (FARIAS, 2007, p. 67).

Quanto aos usuários, a autora constatou o desejo de ser acolhido e ter suas necessidades atendidas, mas as experiências revelam exclusão do direito à saúde. Assim sendo,

são situações que expressam a negligência do direito à saúde proposto em conformidade com valores éticos e legais. Uma geração de direitos jamais se sobrepõe à outra, neste caso há um violação dos direitos humanos e de cidadania, visto que o sujeito é colocado numa posição de privação da liberdade individual e lhe é negado o acesso a um serviço garantido pela proteção do Estado. (FARIAS, 2007, p. 77).

Destarte, são evidenciadas as dificuldades de implantação do acolhimento, seja por motivos organizacionais, seja pela falta de um referencial doutrinário coerente com a prática efetiva do acolhimento, uma vez que há contradições e distanciamentos entre a

aplicação do acolhimento e a intenção prática de fazê-lo. Isto poderia denotar uma prática muito próxima de uma estratégia técnica de recepção, triagem e encaminhamentos, prática esta que gera o descumprimento do direito universal à saúde e encontra-se distante do ideal e das expectativas do usuário. Disto decorrem implicações éticas expressivas, mesmo assim, Farias (2007) ainda tenta mostrar um caminho possível por meio da ética quando afirma:

A reflexão ética das situações problemas do cotidiano dos serviços básicos de saúde torna-se essencial para superar os limites, reavaliar as atitudes e efetivamente construir uma nova prática na atenção à saúde. Torna-se, em igual teor, um incentivo ao questionamento quanto o papel assumido pelo Estado na proteção da saúde do cidadão (ibidem, p. 79).

Desta maneira, a autora demonstra o motivo pelo qual optou por utilizar-se dos referenciais da Bioética da Proteção de do Cotidiano, uma vez que seu estudo ratificou uma “desproteção” do Estado no sentido de violação dos direitos, em especial o direito à saúde. Estas dificuldades parecem ser vivenciadas cotidianamente nos serviços de saúde, evidenciando as contradições, distanciamentos e os obstáculos na efetivação do SUS e no atendimento integral às necessidades de saúde dos usuários.

Igualmente Renata Borges (2002) vem discutindo a temática do acolhimento por meio de estudos que são reflexos de experiências vivenciadas junto à equipe do Programa Saúde da Família, na cidade de Florianópolis¹⁹.

Neste contexto, Borges (2002) situa o acolhimento como sendo necessário para a inversão do modelo tecno-assistencial, aproximando-se, desta forma, da postulação de Franco, Bueno e Merhy (2003) e Campos (1997). Entretanto, o elemento novo citado pela autora é o fato do acolhimento possuir uma dimensão relacional, ou seja, “os saberes são compartilhados pelos profissionais na busca de uma “ética do cuidado”.” (BORGES, 2002, s/p).

Assim, utilizando o referencial de Benhabib (1993), a autora pontua que:

[...] a contextualidade, narratividade e especificidade deste aporte teórico tem como norma vigente a amizade, o amor e o cuidado, sendo as categorias morais prevaletentes a responsabilidade, a vinculação e o compartilhamento. Uma “ética do cuidado” é uma ética feminina em que os homens são convidados a se integrar (BORGES, 2002, s/p)

De acordo com esta autora, as relações éticas explicam a concepção de ser humano pautadas, segundo Hegel, em três níveis de reconhecimento: “as relações de amor

¹⁹ A visita a esta autora ocorreu por meio de um texto na qual ela centra o discurso na Estratégia Saúde da Família, portanto no nível básico de atenção, e cita brevemente alguns resultados das experiências ocorridas no Centro de Saúde Saco Grande, em 2003.

(família, amigos, vida íntima), desenvolvendo auto-confiança; as relações legais (vida na comunidade), desenvolvendo o auto-respeito; e as relações de solidariedade (cidadão com direitos e deveres), desenvolvendo a auto-estima” (IDEM, IBIDEM).

Para a autora, na coexistência entre os seres humanos, os conflitos podem surgir pelo não reconhecimento entre as situações vivenciadas pelos usuários no momento do acolhimento. A fim de que o reconhecimento aconteça, ela sugere que a escuta desempenhe o papel de reconhecer, de compreender, via afeto.

Empregando as idéias de Morin (2002), a autora ainda afirma que, no momento da comunicação, podem existir duas formas de compreensão, quais sejam: a compreensão intelectual, que passa pela inteligibilidade e pela explicação, e a compreensão humana intersubjetiva, que vai além da explicação e passa por um processo de empatia, identificação e projeção, simpatia e generosidade.

Ao fim, Borges (2002) pontua que, para o acolhimento, não basta atribuir apenas a tarefa de reorganizar os serviços de saúde, mas de constituir-se em um espaço no qual os usuários participem do processo de garantia de direitos e da consolidação da cidadania. Isto, porém, pode acontecer entre questões que variam desde o dimensionar o acolhimento em uma dimensão relacional de ética feminina ou do cuidado, até situá-lo como um processo apenas de reconhecimento e compreensão, processo este desencadeado via escuta afetiva.

2.6. O acolhimento como diretriz da Política de Humanização

O acolhimento é apontado por Fonseca et. al (2006)²⁰, enfaticamente, como diretriz da PNH, sem, no entanto, excluir o referencial ético. Apesar de dividirem e defenderem a idéia de modificação do processo de trabalho em saúde e da inversão do modelo medicocêntrico, assim como postulam Bueno, Franco e Merhy (2007), o acolhimento é visto pelos primeiros autores como uma “postura eminentemente ética” tida pelos profissionais da saúde. Dessa maneira, os autores ressaltam que o acolhimento “pode ser considerado como uma atitude de receber, integrar, incluir. As atividades que envolvem as pessoas perpassam por atitudes de acolher ou não. Isto vai depender da intenção ente acolhedor e acolhido.” (FONSECA, et. al, 2006, p. 28).

²⁰ Fonseca et. al (2006) também desenvolveram seus estudos tendo como referencia as Equipes Multiprofissionais em Saúde da Família.

Porém, embasados na idéia de humanização os autores afirmam que esta é promotora de esperança e solidariedade social, e que nela estão implícitas idéias como as de tolerância, respeito, responsabilidade e respeito.

Os autores citados utilizam-se de duas postulações para formarem o conceito de acolhimento. Desse modo, Merhy (1994) é citado tendo em vista a resolutividade das necessidades de saúde. Já Miranda e Miranda (1990) são referenciados por usarem uma perspectiva que remete o acolhimento à concepção do ajudado e daquele que ajuda. Como se pode observar, estes últimos autores

[...] relatam que ao ajudado faltam algumas qualidades e o ajudador precisa ter disponibilidade interna para ajudar. Acolher, portanto, é receber o ajudado calorosamente transmitindo-lhe receptividade e interesse de modo que ele se sinta valorizado (MIRANDA E MIRANDA, 1990, *apud* FONSECA, et. al, 2006, p. 32).

É sob este prisma que, para os autores, o acolhimento revela seu mote mais intrínseco: ligado aos valores do ser humano, aqueles referentes à sua formação como também aqueles tangentes à busca por novos ideais. Ao situar o acolhimento sob este prisma, os autores destacam a Política Nacional de Humanização, vendo-o, então, como uma diretriz desta Política, mas também utilizam este mesmo argumento para discuti-lo sobre a dimensão ética, em três pontos peculiares: direitos humanos, equidade e comunicação.

Na dimensão dos direitos humanos, os autores deram destaque à conquista dos direitos, concretizada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, e à inserção da saúde como direito na Constituição Federal. Na segunda dimensão, a da equidade, os autores elencam como pontos de vista a saúde coletiva e a bioética para melhor explicar a complexidade na práxis cotidiana. Quanto à terceira dimensão, os autores explicitam que a comunicação verbal e não-verbal possibilita a criação de vínculos e citam Silva (2002) para afirmar que a humanização da assistência depende da ciência de códigos não verbais, “que fala da essência do ser humano”.

Nesse sentido, ainda citando Silva (2002, p. 22), Fonseca et. al (2006, p. 39) ponderam:

Quando somos complementares na nossa ação e na nossa fala, tranqüilizamos o outro, mesmo que pensemos diferente dele, o que nos facilita relacionar e comunicar efetivamente [...] Devemos então, como profissionais da saúde, nos preocupar em desenvolver uma comunicação efetiva que nos permita ser empáticos, pois só assim teremos a capacidade de perceber o outro, ou seja, o seu ponto de vista.

Como pode-se observar, neste referencial, o acolhimento é tratado como uma diretriz da Política de Humanização agregando análises baseadas na discussão dos direitos humanos, na equidade e na comunicação. Paradoxalmente, na análise empreendida por estes autores está embuído um conteúdo calcados na solidariedade e ajuda.

2.7. O acolhimento na produção bibliográfica do Serviço Social

Durante a revisão bibliográfica, constatou-se que o acolhimento ainda não ocupa um espaço significativo no que toca à produção científica no Serviço Social. Não obstante isto, verificou-se que a produção científica referente aos fundamentos teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político desta profissão oferece bases suficientes para discuti-lo e qualificá-lo. Nesse sentido, foram encontradas contribuições de autores contemporâneos que apresentam abordagens distintas, ora discutindo sobre o relacionamento no Serviço Social, ora trazendo o acolhimento no debate sobre gênero.

Hélder Boska de Moraes Sarmiento (1994) realiza uma aproximação com o debate sobre o acolhimento quando discute o relacionamento. Este autor dedica parte de seus estudos a este tema, uma vez que, como ele mesmo diz, “nos parece que o relacionamento se apresenta como uma categoria fundamental que permeia toda a prática profissional” (SARMENTO, 1994, p. 251).

Como aponta Sarmiento (1994), no Serviço Social, o relacionamento vem sendo discutido desde o início da profissão, com as contribuições de Mary Richmond, que já sinalizava para as relações sociais explicando que, por meio do relacionamento, o cliente trazia as situações ao profissional e a afirmação desta relação dependia da ação direta da mente do assistente social sobre a mente do seu cliente.

Entretanto, esta discussão segue outros rumos quando vão sendo incorporados elementos da psicanálise, com subsídios da psicologia social, nos estudos de Gordon Hamilton. Esta autora afirmava que os assistentes sociais deveriam ser pessoas amistosas, amigáveis, o que facilitaria a ativação de processos intelectuais e emocionais. Com relação à visão desta autora, Sarmiento (1994, p. 252) afirma:

Esta relação profissional é de grande significado, pois a autora chega a dedicar um capítulo ao uso do relacionamento onde, as relações entre assistente social e cliente são importantes, para ajudar a pessoa a ajudar-se e, ainda, estas relações profissionais trazem ao Serviço Social, os sentimentos, atitudes e comportamentos experimentados. É neste ambiente

de confiança, criado pelo assistente social, que o cliente sentirá que se realizou um relacionamento.

Sarmiento (1994) resgata também a contribuição de Biestek, que situa o relacionamento no denominado “Serviço Social de Caso” e que define: “o relacionamento em Serviço Social de casos é a intenção dinâmica de atitudes e emoções entre o assistente e o cliente, com o objetivo de auxiliar o último a atingir um ajustamento com seu cliente” (BIESTEK, 1960, p. 11, *apud* SARMENTO, 1994, p. 253).

Nesse sentido, com a idéia de ajustamento, o relacionamento acaba por tornar-se um espaço em que são criados estereótipos, e os valores pessoais influenciariam no “tratamento” dado aos clientes.

Mas a concepção de relacionamento vai sofrendo profundas alterações a partir do final da década de 1980, quando da compreensão do significado sócio-histórico e da inserção desta profissão na divisão sócio-técnica do trabalho, que apontavam para elementos que influenciariam na leitura social, vista agora como relações socialmente produzidas por meio das relações de produção, num determinado modo de produção. Mergulhado neste contexto é que o relacionamento está situado e “é incluído na totalidade das relações sociais que constituem a vida social e que são mediatizadas pelo mercado e por ele coisificado” (SARMENTO, 1994, p. 258).

Ao realizar crítica ao modelo de relacionamento baseado no aspecto puramente afetivo, o mesmo autor afirma que isto acaba por negar toda a dimensão política da prática, uma vez que é nela que o profissional possibilita aberturas com vistas à autonomia, à insubordinação, de forma oposta às relações de reprodução das relações sociais. Aqui se encontra delimitada a dimensão política do relacionamento, pois, “nele estão presentes as relações globais de força e, pelo reconhecimento de sua expressão de poder sempre manifesto nas relações” (SARMENTO, 1994, p. 259).

Assim, quando o relacionamento é potencializado intencionalmente,

é necessário que esteja claro que na intermediação do assistente social com o objeto de seu trabalho (as relações sociais que desdobram sobre um fato) ele sempre estabelece relações com os sujeitos envolvidos e, que podem ser reproduzidas ou reconstruídas em outro nível de relação (SARMENTO, 1994, p. 258).

Ao refletir sobre o relacionamento, Sarmiento (1994) menciona um elemento importante para sua potencialização: o compromisso, que também apresenta aproximação com a idéia de vínculo, um dos objetivos do acolhimento. O autor, baseado em Padilha (1992,

p. 90), afirma que este compromisso é visto como sendo um ato de vontade que “não surge espontaneamente no profissional (forma voluntária), se constrói e se explicita na vivência da prática, como ação/reflexão sobre a realidade, como consequência do seu compromisso enquanto ser social no engajamento pela transformação da sociedade.” (SARMENTO, 1994, p. 260).

Assim, o profissional compromete-se com o usuário à medida que também se compromete com as lutas por transformações ou pela manutenção das relações historicamente herdadas. Além disso, o autor evidencia que é pelo relacionamento que os profissionais podem transformar a compreensão que os usuários têm da realidade, e pontua:

Quando o assistente social entra em contato com um cliente ele estabelece uma dada relação, a qual é sempre consequência das relações sociais de produção. O relacionamento *é esta ação profissional intencional na relação, isto é, processo de mediação de relações sociais* (SARMENTO, 1994, p. 260).

Numa segunda perspectiva identificada na produção bibliográfica do Serviço Social encontra-se, especificamente, o debate do acolhimento, empreendido por Santos (2006)²¹, autora que reforça este debate com a afirmação de que:

O Serviço Social, mesmo desenvolvendo um trabalho que envolve o acolhimento de pessoas, tem deixado de lado a reflexão sobre essa categoria. Entretanto é possível identificar que a profissão possui sim um acervo de conhecimentos historicamente construídos, no qual figuram concepções teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas, que dão base para a reflexão sobre o acolhimento (SANTOS, 2006, p. 11).

De acordo com a autora, as primeiras abordagens acerca do atendimento inicial aos usuários foram realizadas com base numa concepção fenomenológica de Ana Augusta Almeida e Anésia de Souza Carvalho, com destaque para as categorias da subjetividade e da inter-subjetividade no processo de entrevista de ajuda ou mesmo no encontro dialógico. Porém, a autora busca as bases de sua discussão na perspectiva do direito e da ética de Leonardo Boff, para quem

o ser humano emerge como seu ético quando sente o outro como outro, em sua autonomia, quando se solidariza com ele, quando desenvolve compaixão por sua vida e sua causa. Ser ético é assumir os interesses do outro

²¹Esta autora realiza o debate sobre o acolhimento a partir da Política Pública de Atendimento e Proteção à Vítima de Crime, mais especificamente, à proteção em casos de violência doméstica contra mulheres. Neste contexto, a autora sinaliza que a compreensão que esta possui sobre acolhimento é embasada no princípio do direito social conquistado historicamente por homens e mulheres.

até mesmo quando eles não coincidem com os nossos (BOFF, 2000, p. 79 *apud* Santos, 2006).

No seu trabalho, a autora problematiza também a utilização dos termos acolhimento *versus* triagem. Segundo ela, o termo triagem²² é, por vezes, utilizado como sinônimo para acolhimento, por tratar dos primeiros atendimentos, “porém sem levar em conta a necessária mudança, as condições diferenciadas de atendimento que o termo pede. Não basta mudar uma expressão, tornando-a socialmente positiva, é necessário mudar uma concepção de atendimento que permeou os serviços públicos até então” (SANTOS, 2006, p. 41).

A autora dá a seguinte definição para acolhimento:

O acolhimento é um processo de intervenção profissional que incorpora as relações humanas. Não se limita ao ato de receber alguém, mas a uma seqüência de atos dentro de um processo de trabalho. Envolve a escuta social qualificada, com a valorização da demanda que procura o serviço oferecido, a identificação da situação problema, no âmbito individual, mas também coletivo (IDEM, p. 58).

Desse modo, com a proposta de processo de intervenção profissional do Assistente Social, o acolhimento é constituído pelos seguintes momentos (IDEM, p. 43-44): entrevista individualizada; exposição das informações sobre os serviços oferecidos; momento da escuta da queixa; identificação da tipificação da violência e diagnóstico da situação; encaminhamento para outros setores; repasse de informações sobre direitos sociais; e registro do material coletado. Ao situar a escuta qualificada como um instrumento para a realização do processo de acolhimento, a autora aponta para variadas possibilidades, entre as quais a da liberdade de expressão da mulher, da compressão da rede de relações sociais, da percepção da situação problema, por primar pelo direito da pessoa usuária, e afirma:

No acolhimento, escutamos com o corpo todo, com nossos ouvidos, nossos olhos, nossa capacidade de perceber amplamente cada situação, mas especialmente com o coração e o conhecimento teórico de que dispomos sobre o tema abordado. Esse conjunto é essencial para a efetividade do acolhimento (IDEM, p. 65).

Partindo do princípio de que a profissão possui um acúmulo de conhecimentos teórico e prático sobre o processo interventivo, permeados por distintas correntes de

²² A terminologia “triagem” adquiriu significância no Serviço Social anteriormente ao período de Reconceituação, na década de 1970, que naquele período possuía como embasamento teorias tayloristas e neotomistas, na qual eram considerados aspectos morais, com a responsabilização do indivíduo (SANTOS, 2006, p. 40).

pensamento, a autora coloca em questionamento a “nova” expressão acolhimento e o surgimento de modismos em detrimento de terminologias já existentes. No entanto, defende que o acolhimento não se constitui em uma nova terminologia por abarcar vários elementos, como postura profissional, projeto ético-político, processo teórico-metodológico, articulação de conhecimentos e instrumentos técnico-operativos. E acrescenta:

Acreditamos que o acolhimento supera a idéia de aplicação de uma técnica, seja ela de uma entrevista ou de um questionário. Traz presente a dinamicidade, o movimento, a dialética, envolve uma agir local, muitas vezes focal, uma metodologia, bem como uma filosofia, uma postura ética, uma opção política. Sua efetividade se dá orientada a partir de uma visão do que é ser homem, do que é ser mulher e de uma concepção de mundo e de sociedade que envolve a profissional e a pessoa usuária (IDEM, p. 60-61).

Diante da exposição realizada, verifica-se que a discussão acerca do acolhimento tem sido enriquecida com estudos que revelam diferentes perspectivas. Isso significa dizer que não há uma visão única e consensual sobre o que é o acolhimento e qual sua finalidade, e que as diferentes análises produzidas revelam, a cada dia, novos elementos.

Assim, a revisão bibliográfica permitiu identificar, num primeiro momento, a existência de abordagens diferenciadas sobre o acolhimento, vinculadas às diferentes análises, sem, contudo, se excluírem ou invalidarem mutuamente. Através de uma observação atenta das produções sobre o acolhimento, é possível identificar quatro grandes linhas, considerando os principais pontos de articulação do debate.

Ou seja, pode-se identificar uma primeira linha, demarcada em torno dos trabalhos que tratam do acolhimento como um dispositivo de reorganização dos serviços, a partir de práticas fundamentadas no princípio da integralidade; uma segunda linha, que trabalha o acolhimento tendo como referência a Ética; uma terceira, que anuncia o acolhimento como diretriz do processo de humanização; e uma quarta linha; que mapeou trabalhos que sustentam as análises e a operacionalização do acolhimento no contexto da produção dos Assistentes Sociais.

Em relação à primeira linha, pode-se dizer que tem como ponto central a reorganização dos serviços de saúde e nela são apontados os diferentes elementos que caracterizam as finalidades do acolhimento. São exemplos significativos dessa abordagem, as contribuições de Franco, Bueno e Merhy (2003), Gomes (2005) e Malta (2001), que postulam o acolhimento a partir da mudança do modelo tecno-assistencial na assistência à saúde, tomando como relevantes o princípio da integralidade, a garantia de acesso e a criação de vínculo.

Significativa contribuição vem de Campos (1997), igualmente centrado na premissa da reorganização da atenção em saúde. Este autor sugere que o que ele denomina com sendo Coeficiente de Autonomia pode ser otimizado à proporção que os serviços de saúde aumentem a capacidade dos usuários de lidarem com suas dificuldades e seus recursos próprios. Mas para que isto ocorra, é necessário que a equipe de saúde estabeleça com os usuários os vínculos de acolhida, demonstrando uma resignificação da clínica tradicional.

Teixeira (2005) amplia esta visão quando situa o acolhimento sob o enfoque comunicacional e revela elementos, como o acolhimento dialogado, por meio do emprego de diferentes técnicas de conversas, sendo que esta seria a substância essencial para o cotidiano dos serviços de saúde. Silva Júnior e Mascarenhas (2006) adicionam a este referencial a idéia de que o acolhimento pode ser pensado a partir de três dimensões: como princípio de orientação de serviços, como técnica e como postura. Nesta última dimensão, estes autores pontuam que o acolhimento possui uma função de escuta do ponto de vista psicanalítico, na qual o que se escuta não é apenas aquilo que é verbalizado, mas também o que é silenciado.

Com referência à segunda linha, contemplando o referencial da ética, encontram-se as contribuições de Farias (2007) e Borges (2002). A primeira autora trabalha no sentido de alargar o conceito de acolhimento, com vistas a responder às novas demandas requisitadas cotidianamente, no interior dos serviços de saúde, por seus profissionais e usuários, tendo como ponto central de articulação a questão da humanização em saúde. Ao destacá-la, a autora centra a discussão sobre o acolhimento no âmbito da ética, o que vem a enriquecer o debate. Para tanto, utiliza os conhecimentos da Bioética do Cotidiano e da Bioética da Proteção. Todavia, afirma que sua implantação é prejudicada por motivos organizacionais e pela falta de um referencial doutrinário coerente com a prática efetiva do acolhimento. Destaca ainda que há contradições e distanciamentos entre a aplicação do acolhimento e a intenção prática de desenvolvê-lo. No tocante a Borges (2002), esta autora situa o acolhimento como sendo necessário para a inversão do modelo tecno-assistencial. Mas levanta um elemento novo em suas análises quando sinaliza que o acolhimento possui uma dimensão relacional, ou seja, que “os saberes são compartilhados pelos profissionais na busca de uma “ética do cuidado” (BORGES, 2002), na qual a coexistência entre os seres humanos pode fazer surgir os conflitos, pelo não reconhecimento entre as situações vivenciadas pelos usuários no momento do acolhimento. Para que o reconhecimento aconteça, a autora sugere que a escuta desempenhe o papel de reconhecer, de compreender, por meio do afeto. Porém, para ela, não basta atribuir apenas a tarefa de reorganizar os serviços de saúde, mas de

constituir-se em um espaço no qual os usuários participem do processo de garantia de direitos e na consolidação da cidadania.

A terceira linha anuncia mais expressivamente o acolhimento como diretriz da PNH, mesmo assim, ainda vinculado ao referencial da ética. Esta perspectiva é adotada por Fonseca et. al (2006), para quem o acolhimento é visto como uma “postura eminentemente ética” apresentada pelos profissionais da saúde. A humanização é desenvolvida pelos autores como uma promotora de esperança e solidariedade social, e no seu conceito estão implícitas idéias como as de tolerância, respeito, responsabilidade e respeito. Estes autores destacam a Política Nacional de Humanização, vendo o acolhimento como uma diretriz desta Política, mas também utilizam este mesmo argumento para discutir o acolhimento sob a dimensão ética, em três pontos peculiares: direitos humanos, equidade e comunicação.

No que concerne à produção do Serviço Social, Sarmiento (1994) e Santos (2006) foram os autores que apresentaram suas contribuições para o adensamento do debate. O primeiro autor não trata propriamente do acolhimento, mas revela outro debate empreendido, que possui estreiteza com o acolhimento: o relacionamento. O segundo autor discute especificamente o acolhimento, no contexto do atendimento à mulheres em situação de violência

Dessa forma, verificou-se que a abordagem que trata o acolhimento como reorganização dos serviços possui repercussão nas demais formulações, uma vez que a partir dela é que são originadas outras análises que apresentam enfoques distintos quando apontam finalidades e elementos para a (re)formulação da idéia de acolhimento. Nesse sentido, puderam ser percebidas as idéias de acolhimento como possibilidade de acesso e de construção de vínculo; de aumento do coeficiente de autonomia; de acolhimento como escuta qualificada, ou mesmo, a idéia de acolhimento partindo do enfoque comunicacional.

Apesar deste referencial oriundo da primeira linha apresentar-se consistente para agregar novos elementos analíticos para o acolhimento, ele se distancia das formulações que situam o acolhimento no âmbito da Política Nacional de Humanização e, em menor grau, no prisma usado para o referencial da Ética.

Percebeu-se, durante a revisão bibliográfica, que até mesmo dentro da discussão do âmbito da ética há certa divergência quanto a este referencial. Enquanto Farias (2005) aponta para a Ética do Cotidiano e da Proteção, cuja visão remete ao direito e ao dever do Estado na formulação de uma política de saúde consistente e que atenda as necessidades dos usuários, Fonseca et al. (2000) apontam para a ética do cuidado. Apesar do segundo referencial apontar para a reorganização dos serviços e para a inversão do modelo que

contemple as necessidades de saúde do usuário, a fundamentação nele utilizada revela certa oposição ao primeiro referencial. Esta fundamentação está pautada no auto-cuidado, na responsabilização do indivíduo e na ênfase do fator subjetivo, sendo a escuta elemento importante para o acolhimento, mas esta escuta é qualificada por um aporte teórico estritamente afetivo, como a solidariedade, simpatia e generosidade.

Apesar de também existirem elementos em comum com as análises empreendidas pelo referencial da ética, a idéia de acolhimento como diretriz da PNH mostra-se reduzida a um fim em si mesmo. É nela que se verifica a concepção psicologizada e individualizada do acolhimento, bem como a noção de “ajuda”, em estreita oposição à outra linha, que a situa como direito e garantia de acesso aos serviços à medida que estes são reorganizados.

É neste contexto que se pode observar uma demarcação de diferentes referenciais teóricos para a abordagem de um mesmo ponto. E estes referenciais, apesar de não se auto-excluírem, podem revelar posturas e concepções que demonstrem para aquilo que há tempo é sabido, isto é, duas fortes vertentes que tentam ganhar batalhas e vencer a guerra, assim como a guerra de Tróia contra Esparta. Assim, tem-se, de um lado, o projeto privatista do mercado, e de outro, o ainda existente projeto de Reforma Sanitária, cujo princípio é o de universalidade e expansão dos direitos sociais.

Depois de concluída esta pesquisa bibliográfica sobre as diferentes abordagens, constata-se sua relevância para pautar a elaboração da etapa de análise das categorias empíricas que surgiram do rico material coletado no decorrer das entrevistas realizadas. Assim, o item subsequente será dedicado à exposição do que foi proposto no projeto de pesquisa e, logo em seguida, serão apresentados os resultados que esta pesquisa forneceu, com a consequente análise dos dados empíricos.

CAPÍTULO III: ACOLHIMENTO E SERVIÇO SOCIAL

O objetivo central da pesquisa realizada é verificar como o acolhimento está sendo operacionalizado no cotidiano profissional do Assistente Social que atua na área da saúde, mais especificamente, na alta complexidade. A fim de que este objetivo fosse alcançado, optou-se por desenvolver pesquisa de caráter exploratória, com abordagem qualitativa dos dados.

Para Minayo (1992, p.134), este tipo de abordagem torna-se relevante

[...] a) para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; b) para compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; c) para avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina.

O estudo foi realizado em Hospital Estaduais situados na região da Grande Florianópolis. De um total de vinte e três (23) Assistentes Sociais, identificados como sendo profissionais que fazem parte do quadro de profissionais dos Hospitais Estaduais, constituíram-se como sujeitos participantes da pesquisa treze (13) Assistentes Sociais. Adotaram-se os critérios de seleção dos participantes levando em consideração a identificação da disponibilidade de tempo para participar da entrevista, o interesse em participar da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido²³.

Os critérios de exclusão foram estabelecidos para aqueles que não quiseram participar das entrevistas, encontravam-se em período de férias, licença ou apresentaram dificuldades para o agendamento das entrevistas.

A coleta de dados para o desenvolvimento da pesquisa ocorreu com a realização de entrevistas semi-estruturadas, que tiveram como base perguntas formuladas em

²³ Por trata-se de um projeto multicêntrico de pesquisa, foi necessário que o mesmo passasse pela aprovação de um Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos. Então, o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação em três (03) Comitês de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, quais sejam: O Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (Processo nº 300/07); o Comitê de Ética do Hospital Regional de São José (Parecer CEP nº23/07) e; o Comitê de Ética da Maternidade Carmela Dutra. Recebeu aprovação, sem ressalvas, nos dois primeiros Comitês supracitados. Porém, no último, foram solicitadas pendências, o que fez com que o parecer fosse liberado tardiamente. Destaca-se que estes dois Hospitais negaram a homologação do parecer elaborado pelo Comitê da UFSC, exigindo à submissão aos seus Comitês internos.

questionário pré-elaborado (em anexo). A ida a campo ocorreu entre os meses de novembro de 2007 e março de 2008. Antes do início das entrevistas, entregou-se aos profissionais o Termo de Consentimento, para leitura e assinatura. Os participantes foram advertidos de que a entrevista seria gravada em fita K7 para, posteriormente, ser transcrita na sua íntegra.

Após a realização das entrevistas, iniciou-se o processo de análise dos dados. Conforme proposto no projeto, procurou-se observar a “significação” do discurso empreendido pelos sujeitos, uma vez que, como sugere Minayo (1992), a tendência hodierna das ciências sociais é contemplar os significados, porque neles é que são possíveis as observações acerca de si mesmo e de situações despercebidas até então que perpassam a sociedade. A autora ressalta ainda que

isso não nos leva a menosprezar o método quantitativo, mas colocá-lo como um dos elementos da compreensão no todo. Conduz-nos também a enfatizar as correntes de pensamento que assumem como a essência da sociedade o fato do homem ser o ator de sua própria existência. Essa *atoria e autoria em condições dadas* é o material básico com o qual trabalhamos na pesquisa social, e que pode ser traduzida em números, gráficos e esquemas, mas não se limita e não se resume aí (MINAYO, 1992, p. 33).

Para observar a significação do discurso, três etapas tiveram que ser cumpridas. Em primeiro lugar, procedeu-se à transcrição das fitas K7. Esta tarefa não foi aleatória, uma vez que as falas tiveram que ser ouvidas repetidas vezes e isto auxiliou tanto na memorização quanto na reflexão sobre as mesmas. Após a transcrição, foram realizadas inúmeras e exaustivas leituras de cada uma das entrevistas realizadas, para que fosse constituído o corpo do estudo, que conteria as informações representativas do universo que se almejou analisar. Em seguida, iniciou-se o processo de identificação das categorias empíricas. Como a análise centrava-se na significação do discurso, foi necessário utilizar uma técnica de destacamento das falas com canetas de cores diferentes para enfatizar as categorias e melhor visualizá-las nos discursos. Assim, cada cor correspondeu a uma categoria empírica.

Vale ressaltar que a utilização da técnica de destacamento com cores foi necessária, uma vez que, no decorrer das treze entrevistas, os sujeitos de pesquisa usaram duas formas de discurso: o discurso direto e o indireto. O discurso direto foi de fácil identificação visto que os entrevistados respondiam de forma direta às mais diversas questões, inclusive sobre o conceito de acolhimento. Já o discurso indireto foi constatado quando os entrevistados empregavam exemplos práticos, ou seja, citavam situações que foram vivenciadas por eles no seu cotidiano profissional. Para esta forma de discurso, houve a necessidade de imputar o sentido teórico das afirmações, classificando-as segundo as

categorias empíricas. Por meio dessas duas maneiras é que foram reveladas as concepções de acolhimento, humanização e integralidade formadas pelas Assistentes Sociais.

No intuito de sistematizar e analisar o material coletado, a sua apresentação será realizada sob quatro diferentes aspectos: 1) a concepção de acolhimento; 2) os objetivos estabelecidos para o acolhimento; 3) a sua forma de operacionalização; e 4) as bases profissionais para a prática do acolhimento.

3.1. O contexto da pesquisa

Considerando que a discussão sobre a humanização foi iniciada, fundamentalmente, no âmbito hospitalar (nível terciário de atenção), com a instituição do PNHAH, temas diretamente ligados à atual PNH, tais como o acolhimento em saúde, têm recebido maior trato científico junto ao nível primário de atenção. Há um número significativo de publicações sobre acolhimento, que relatam experiências ocorridas neste âmbito do sistema de saúde, como constatado no item de revisão de literatura. Intenta-se, dessa maneira, um retorno da discussão da humanização ao local no qual foi iniciada, isto é, nos hospitais, enfocando, neste momento, o acolhimento.

Escolheu-se, portanto, como *locus* para a pesquisa empírica, o nível terciário de atenção, ou seja, hospitais estaduais, situados na Grande Florianópolis. O Estado de Santa Catarina possui oito (08) hospitais que são de natureza estadual²⁴. Dois (02) deles estão situados em Florianópolis; outros três (03) em São José; um (01) está situado na região norte/Nordeste, em Joinville; um (01) na região norte/nordeste expansão, em Mafra; e um (01) em Ibirama.

Como foram selecionados apenas aqueles situados na região da Grande Florianópolis, para totalizarem os sete (07) hospitais, foram elencados outros dois (02) hospitais, situados na Grande Florianópolis, que são de gestão dupla, isto é, em que uma das esferas de gestão é estadual. Desta forma, pôde-se justificar a viabilidade e acessibilidade da pesquisa.

Integraram a pesquisa os seguintes hospitais:

²⁴ Dado referente ao período de julho de 2003.

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/cxsc.def>

- Hospital de Caridade. Gestão estadual. Esfera administrativa: privada. Município: Florianópolis.
- Hospital Florianópolis. Gestão dupla. Esfera administrativa: estadual. Município: Florianópolis.
- Hospital Governador Celso Ramos. Gestão estadual. Esfera administrativa: estadual. Município: Florianópolis.
- Hospital Infantil Joana de Gusmão. Gestão dupla. Esfera administrativa: estadual. Município: Florianópolis.
- Hospital Nereu Ramos. Gestão estadual. Esfera administrativa: estadual. Município: Florianópolis.
- Hospital Regional de São José. Gestão estadual. Esfera administrativa: estadual. Município: São José.
- Maternidade Carmela Dutra. Gestão dupla. Esfera administrativa: estadual. Município: Florianópolis.

Apesar de se desejar que houvesse a participação de todos os profissionais, isto não foi possível. A Tabela a seguir mostrará, de maneira mais clara, os locais selecionados, o número de Assistentes Sociais que lá desempenham suas atividades, e o número de profissionais participantes da pesquisa.

Tabela 1: Instituição, número de Assistentes Sociais e participantes

Instituição	Nº Assistentes Sociais	Participantes
Hospital de Caridade	02	02
Hospital Regional de São José	04	04
Hospital Governador Celso Ramos	08	03
Hospital Infantil Joana de Gusmão	03	03
Hospital Nereu Ramos	03	01
Maternidade Carmela Dutra	02	00

Hospital Florianópolis	02	00
TOTAL: 7²⁵	24	13²⁶

Fonte: Dados levantados pela pesquisadora

A esfera da alta complexidade não foi escolhida ao acaso, mas baseada em dois pontos principais: 1) devido à especificidade deste nível e todo o potencial latente quanto ao debate que pode ser gerado em torno de temas como a integralidade, a humanização e o acolhimento; 2) devido à inserção histórica do Serviço Social neste espaço ocupacional e toda a problemática em torno dessa inserção. Maiores considerações serão tecidas adiante a respeito destes dois pontos que, conjugados, constituem o contexto no qual foi desenvolvida a pesquisa.

A especificidade do nível terciário de atenção é dada, num primeiro plano porque, apesar de não ser considerada como uma porta de entrada do usuário no sistema (ou a melhor delas segundo a instituição da hierarquização do sistema), não raras vezes é o próprio usuário que assim a considera.

Diferentemente do nível primário de atenção, os serviços de alta complexidade exigem uma infra-estrutura tecnológica altamente especializada e avançada, de recursos humanos também especializados e habilitados para este tipo de atendimento. São hospitais²⁷ e

²⁵ Pode-se observar que duas Instituições não tiveram representantes no universo de pesquisa: Maternidade Carmela Dutra e Hospital Florianópolis. Na Maternidade Carmela Dutra foi exigido que o projeto de pesquisa fosse avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da própria Instituição. Embora os documentos exigidos tenham sido entregues no prazo determinado, o Comitê aprovou o projeto com pendências, mas mesmo após eliminá-las, não enviou a liberação em prazo compatível com a coleta dos dados. Este trâmite levou mais de cinco meses, o que impossibilitou a realização das entrevistas. Quanto ao Hospital Florianópolis, contatos telefônicos foram feitos com os profissionais que lá desempenham suas atividades, entretanto, estes argumentaram que, pela precarização das condições de trabalho, bem como pelo afastamento de uma delas por motivo de doença, não teriam tempo disponível para a entrevista. É importante ressaltar que nesta Instituição há apenas duas Assistentes Sociais para atender toda a demanda do Hospital.

²⁶ Destaca-se que a não participação dos outros onze profissionais ocorreu pelos mais variados motivos: o não interesse na participação, profissionais em período de férias e afastamento por motivo de doença.

²⁷ Apoiada em Cohn e Elias (1996, p. 74-76), Vasconcelos (2002, p. 135) conceitua hospital como sendo: *estabelecimento voltado precipuamente para a assistência médica em regime de internação, localizado geralmente em áreas urbanas, funcionando dia e noite, apresentado graus variáveis de incorporação de tecnologia e dispondo de meio e pessoal de enfermagem em regime permanente de atendimento. Podem ser classificados segundo o porte apresentado (pequeno, médio e grande) e o grau de incorporação tecnológica que exibem (pequeno, moderado e grande), sendo que alguns deles são voltados exclusivamente para atendimento mais especializado. Atuam nos níveis secundária e terciária de atenção à saúde.*

clínicas em que são resolvidas questões que demandam maior especialidade, como cirurgias de grande porte, tratamentos de doenças complexas, exames que exigem equipamentos específicos, dentre outras situações que não conseguiram resolutividade nos níveis básico e médio e por isso são referenciadas para a alta complexidade. Diante disso, há a regionalização dos serviços de saúde, assim, as unidades de atendimento nos níveis de atenção básica e média referenciam o usuário para o atendimento de alta complexidade disponível em sua região ou até mesmo no seu estado.

Em geral, quando há a entrada do usuário em atendimento de alta complexidade, este ingressa num universo hospitalar, sendo comum a sua internação, ou seja, a hospitalização. A internação hospitalar transforma completamente o cotidiano de um usuário, o que implica em mudanças relativas ao ambiente familiar e às suas relações, à modificação dos papéis e à adaptação a uma nova realidade. As expectativas sobre o diagnóstico e sobre o consequente tratamento da doença geram uma fonte de *stress* que pode adquirir maior significação se a internação tiver seu tempo prolongado. Como aponta Merhy (1997a, p. 78): “Para o usuário, a ‘necessidade de saúde’, neste momento, está sendo representada e sentida como ‘um problema’ que ele ‘sinceramente’ vive, como uma ‘questão de saúde’ a ser enfrentada com a ajuda de ‘alguém’”.

Este quadro de alta especialização oferece a sensação de que as necessidades de saúde possuem um grau maior de resolução. É assim que o hospital é considerado por parte dos usuários, ou seja, como o local onde encontram maior resolutividade às suas demandas. Este pensamento pode ser verdadeiro e tornar-se uma prática comum à medida que são verificadas falhas no atendimento nos outros níveis da hierarquização do sistema, isto é, quando a resolutividade de um nível fica comprometida pela falta de resolutividade em outro nível. A este fato se acresce a desarticulação da política de saúde com as demais políticas sociais ocasionada pela precariedade do próprio sistema de saúde.

Neste sentido, Cecílio e Merhy (2003) defendem a idéia do hospital como uma referência para os usuários, inclusive para os casos que não são de urgência (casos que deveriam ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde). Isto leva a supor que os usuários, por si próprios, desejam um atendimento baseado no princípio da integralidade, ou seja, que eles mesmos elegeram a integralidade como uma prioridade, como um direito que lhes é benéfico e adequado às suas necessidades. O próprio usuário mostra-se exausto quanto ao tipo de atendimento a que está acostumado, às peregrinações, filas, ao atendimento setorizado,

fragmentado, sem a construção de vínculos de confiança entre ele, usuário, e os trabalhadores de saúde.

Isso leva a crer que o hospital pode ser considerado como uma “estação” que recebe e atende os mais variados tipos de usuários, com diferentes necessidades. Esta idéia de “estação” é oferecida por Cecílio e Merhy (2003) e com ela é possível imaginar variadas formas de adoção de práticas que visem a integralidade. Assim, nesta forma figurada de ver o hospital, o usuário percorre um circuito em busca do atendimento integral, total, e o hospital é a instituição que pode proporcionar uma parte deste atendimento integral. Entretanto, o hospital é um dos pontos de parada dessa estação, cuja fragmentação pode novamente ocorrer se os outros pontos de parada não oferecerem este mesmo atendimento integral e novamente realizarem o atendimento de forma parcial.

Dessa maneira, o hospital acaba por se tornar uma referência para o usuário que o procura, principalmente, por compreender que os casos de maior complexidade são lá atendidos. Portanto, este é um local ideal para o cumprimento da referência e contra referência²⁸, para que o usuário acesse todos os níveis de atenção, articuladamente, integralmente, respeitando a racionalidade do sistema.

É neste contexto que, além da referência e contra-referência, outro importante fator pode estar presente para contribuir com a integralidade no âmbito hospitalar: a forma como se dá o trabalho articulado entre as profissões, quanto às linhas de produção do cuidado como forma de estratégia de gestão hospitalar. O fato de se pensar uma forma descentralizada e democrática das decisões é indicativo de se romper com a tradição centralizadora, de domínio e controle. A proposta estaria relacionada com uma condução participativa, com maior grau de adesão dos trabalhadores para a construção de um projeto que preconizasse um serviço hospitalar de boa qualidade (CECÍLIO e MEHRYS, 2003).

Um mecanismo relevante para o processo de construção do cuidado aos usuários seria a criação de pontes ou pontos convergentes entre as lógicas profissionais de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais da saúde que, em permanente diálogo, realizam o cuidado integral. Pois, como assinalam Cecílio e Merhy (2003, p. 204), “pode-se afirmar que esses pontos de contato, esses canais, nem sempre são

²⁸ O processo de referência e contra referência ocorre por meio do encaminhamento dado ao usuário quando a unidade de saúde (básica, de média ou alta complexidade) não possui o serviço necessário naquele momento. O usuário é encaminhado (referenciado) à um centro de referência para que o usuário tenha a necessidade de saúde atendida. Já a contra-referência é, justamente, o retorno desse usuário à unidade de saúde de origem para a continuidade do tratamento e posterior acompanhamento, para que ocorra, também, a criação do vínculo entre o usuário e o serviço de saúde.

livres, bem definidos e vistos ou aceitos como regras do jogo institucional, e por isso mesmo, são fontes permanentes de ruídos, de tensões e disputas”.

Atualmente, torna-se cada vez mais comum, nos hospitais, o trabalho multiprofissional, em que se agregam os saberes de várias profissões. Vários profissionais são responsáveis pelo cuidado destinados aos usuários que estão sendo atendidos no hospital. Este fato vem ganhando campo para discussão, dentro da proposição de uma nova forma de gestão hospitalar, uma vez que “[...] a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital” (CECÍLIO e MERHY, 2003, p. 198). Ainda sobre a atuação dos trabalhadores em saúde, é importante lembrar que

o hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Como desdobramento de tal premissa, resta-nos a tarefa de pensar quais dispositivos podem ser pensados, no hospital, que o conectem, de forma mais adequada, à rede de serviços de saúde. Como pensar a integralidade, “olhando” dessa estação que é o hospital (CECÍLIO e MERHY, 2003, p. 200).

Junto da discussão da integralidade e do trabalho multiprofissional, coloca-se o trabalho do Assistente Social no nível terciário.

O trabalho dos Assistentes Sociais nos hospitais, ou seja, junto ao nível de alta complexidade, data do início da profissão, já que a origem do Serviço Social está ligada, também, às bases da igreja católica, com trabalhos desenvolvidos nas Santas Casas, local historicamente ocupado por religiosas. No entanto, é com a ação pioneira do Serviço Social no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, denominado Serviço Social Médico que, em 1943, no Brasil, a profissão passou a ganhar maior destaque. Neste momento, foram integradas à ação profissional na área da saúde, a racionalidade técnica e os novos conhecimentos do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade, influenciados pelos assistentes sociais norte-americanos.

Como visto, é de longa data a inserção do Serviço Social no nível terciário de atenção. No entanto, constata-se que, apesar da experiência prática adquirida no campo interventivo, ainda é tímida a quantidade de publicações a respeito deste espaço sócio-ocupacional. Destacam-se contribuições oriundas de autores como Maria Inês Bravo, Maurílio Matos, Ana Maria Vasconcelos e Maria Dalva Horácio da Costa. Não deixa de ser uma contradição frente à importância que este espaço revela para a profissão, tanto porque

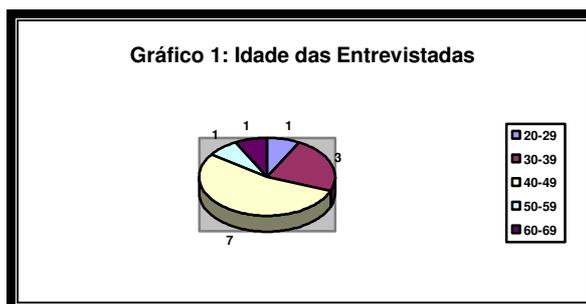
conforma uma trajetória profissional que se revela bastante importante para o setor quanto por constituir-se num dos espaços que mais emprega Assistentes Sociais.

3.2. Caracterização dos sujeitos de pesquisa

Quando se busca caracterizar algo ou alguém, busca-se, de fato, colocar em evidência, distinguir, apontar características peculiares do objeto. Portanto, este item, tratará de evidenciar as características dos sujeitos de pesquisa, isto é, daqueles de cujas falas se extraiu o material bruto que, lapidado, resultou nesta exposição. Porém, não tratará apenas de mostrar as características, mas também de que seja possível conhecer o contexto em que os sujeitos estão inseridos, um pouco da realidade em que suas práticas são absorvidas e que nelas podem influenciar.

Com relação ao sexo dos sujeitos pesquisados, verificou-se que, dos 13 profissionais entrevistados, todos são mulheres. Isso revela que a profissão ainda é marcada pela acentuada presença feminina. Esta é uma condição contemporânea, pois as mulheres avançam na conquista de seu protagonismo na vida pública e social, especialmente na conquista de espaço no mercado de trabalho. Com a expansão do mercado de trabalho para a área da saúde, expande-se, proporcionalmente, o número de profissionais Assistentes Sociais do sexo feminino nesta mesma área. E as Instituições Hospitalares do Estado de Santa Catarina não fogem a esta realidade ao demonstrarem o predomínio das mulheres Assistentes Sociais. Por esse fato é que, no decorrer das análises, será concedido um tratamento feminino para os artigos e adjetivos. Assim, por exemplo, ao citar os profissionais Assistentes Sociais, tratar-se-á como as profissionais Assistentes Sociais.

No que diz respeito ao item idade, encontraram-se mulheres numa faixa etária que varia entre 26 e 69 anos. Entretanto, sete das treze entrevistadas encontram-se na faixa etária situada entre 40 e 49 anos, como se pode ver no Gráfico 1 a seguir.



Correlacionado o leque variado de idades, verificou-se qual o ano de formação das entrevistadas. Constatou-se que houve uma profissional formada no ano de 1960 e uma que se formou na década de 1970, assim como uma que terminou sua graduação no período de 2000 a 2008. Contudo, o maior número de formandas foi identificado na década de 1980, sendo cinco representantes, seguido das que se formaram nas décadas de 1990 e 2000, períodos em que três entrevistadas finalizaram a graduação, respectivamente. O Quadro 2 a seguir ilustrará de forma mais adequada a distribuição dos sujeitos de pesquisa conforme o período de formação dos mesmos:

Tabela 2: Período de Formação

1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2008
Afrodite	Febe	Harmonia Artemis Iris Hera Tétis	Deméter Perséfone Nêmesis	Héstia Hebe Atena

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora

Estes dados apontam para a diversidade da formação, uma vez que, no decorrer de 40 anos, muitas foram as modificações nos currículos universitários.

No que se refere aos currículos que estiveram em vigência nas décadas de 1960 e 1970, destaca-se, em primeiro lugar, que estes estavam permeados pelas influências conservadoras oriundas dos pensamentos humanista, funcionalista e positivista, no qual se evidenciava o empiricismo e uma marca burocrática e tecnicista. Por isso, era momento de neutralidade científica anunciada mediante o avanço dos aspectos técnico e desenvolvimentista no interior do Estado. Foi neste momento que a preocupação com o

instrumental técnico a ser utilizado em prol desta tecnificação adquiriu relevância e ocorreu o despreendimento do questionamento sócio-político (SARMENTO, 1994).

Entretanto, em segundo lugar e de forma oposta a esta posição, parte deste período foi caracterizado por um questionamento acerca da forma tradicional de se pensar o Serviço Social e suas influências. Assim, as discussões acerca do Movimento de Reconceituação fizeram-se presentes a partir de 1965 e foram incluídas referências marxistas, apontando para uma modernização.

Embora na década de 1970 este Movimento tenha perdido forças em virtude da ditadura instaurada no país, o debate foi recuperado logo na década seguinte. Assim, o currículo de graduação em Serviço Social da década de 1980 teve como característica o aprofundamento do debate realizado com vistas a problematizar a ação profissional e o conhecimento teórico. O currículo de 1982 buscou clarear o norte teórico e metodológico pela inserção de novos conteúdos programáticos, tanto com a influência do pensamento de Gramsci quanto com o direcionamento dado ao novo currículo e ao novo Código de Ética da profissão o qual já apontava para um projeto que estava atrelado a um compromisso político e ético com as classes subalternas (SARMENTO, 1994; ASSUMPÇÃO, 2007).

Já os anos de 1990 apresentaram significativas modificações sociais que alteraram sobremaneira o trabalho profissional dos Assistentes Sociais. Tendo em vista estas modificações, constatou-se a necessidade de reformulação das concepções para a formação profissional, na qual foram inseridos pressupostos norteadores, colocando o Serviço Social como uma profissão interventiva circunscrita à esfera da questão social cujo agravamento resultava em novas requisições feitas para a profissão, com importante repercussão no mercado de trabalho.

Nesse mesmo período, foram estabelecidos princípios que direcionavam as diretrizes curriculares da formação profissional, resultando na capacidade teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Para a conquista de uma nova lógica curricular e para a efetivação de um projeto profissional, tornou-se necessário a instituição de um conjunto de conhecimento dos Núcleos de Fundamentação da Formação Profissional: **fundamentos teórico-metodológicos da vida social; fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira; fundamentos do trabalho profissional** (ABEPSS, 2004, p. 61).

Dessa maneira, desenhou-se um novo currículo que visou a formação profissional a partir do ano de 1996 e implementou modificações nas disciplinas e na grade curricular dos acadêmicos. Esse currículo esteve vigente até a formação profissional da entrevistada cuja

formação foi mais recente, embora novas discussões estejam ocorrendo na atualidade a fim de promoverem novas mudanças curriculares.

No que diz respeito à entrada destas profissionais na área da saúde, os resultados apontam que seis entrevistadas começaram a desenvolver suas atividades, no campo da saúde, após o ano 2000, estando logo atrás a década de 1990, com cinco das profissionais entrevistadas. Estes dados podem ser visualizados no Gráfico 2 que segue.



Isso demonstra que, após a Constituição Federal de 1988 e a implementação do SUS, bem no início da década de 1990, 11 das 13 profissionais iniciaram suas atividades, portanto, já inseridas na lógica deste sistema. Apenas duas Assistentes Sociais ingressaram neste setor com a lógica anterior, ou seja, na época de vigência do antigo INAMPS e SUDS.

Vale ressaltar que das cinco Instituições que tiveram participantes na pesquisa, quatro são espaço público da esfera do estado. Por isso, a admissão dos servidores públicos depende de concurso público. Foi constatado que, das 11 entrevistadas destas quatro Instituições, a maioria ingressou por esta via. Houve relatos que apontaram para transferências de outros locais de trabalho do Estado, como também foi observado que há profissionais que estão em desvio de função. Duas profissionais trabalham em Instituição de gestão estadual, mas com esfera de administração de âmbito privado. Ou seja, apesar de dizer-se pública, aquela instituição possui fins lucrativos, sendo gerida pela ótica do mercado. Então, estas profissionais possuem contrato de trabalho celetista. Uma delas, inclusive, poucos meses após a coleta de dados, teve seu contrato rescindido.

Quando perguntadas acerca da inserção profissional após o término da graduação, algumas entrevistadas citaram que a atividade profissional não iniciou imediatamente na área da saúde. Parte delas, inclusive, afirmou ter buscado inserção em atividades fora do Serviço Social, tais como o trabalho em telemarketing. Outra parte, contudo, citou ter realizado

inserção imediata na área do Serviço Social, entretanto, em setores como: criança e adolescente, assistência social, iniciativa privada, dentre outros espaços sócio-ocupacionais. Pouco mais da metade das entrevistadas, ou seja, sete delas, citaram ter na saúde seu primeiro espaço de atuação profissional, como se pode ver no Gráfico 3.



Outra peculiaridade que merece ser destacada, talvez não como um dado novo, é o fato de que, apesar de já apresentarem vínculo empregatício, parte das profissionais entrevistadas possuem dois vínculos empregatícios. Portanto, além do hospital no qual elas foram entrevistadas, algumas atuam em outras instituições de saúde (federal ou municipal) e outras nos âmbitos municipais da Assistência Social e na área da Criança e do Adolescente.

Quanto à instituição de ensino superior em que fizeram seus estudos, a maioria das entrevistadas citou ter se formado na Universidade Federal de Santa Catarina e apenas duas concluíram suas graduações no Estado do Rio de Janeiro. A grande maioria, ou seja, dez delas afirmaram terem prosseguido em seus estudos, ou seja, terem concluído curso de pós-graduação. Apenas duas entrevistadas afirmaram não terem feito pós-graduação, entretanto, manifestaram interesse e evidenciaram a necessidade de fazê-lo para a qualificação profissional. Não houve resposta de apenas uma das entrevistadas, conforme ilustrado no Gráfico 4.



Os itens subseqüentes tratarão de dois pontos importantes: a prática do acolhimento e as bases profissionais para sua prática. O primeiro item explicitará o conteúdo técnico-operativo analisado a partir dos relatos realizados pelos sujeitos de pesquisa. O segundo item mostrará as bases que sustentam o agir profissional. Dessa forma, será apresentada a concepção de acolhimento, seus objetivos, sua operacionalização e, por fim, as bases profissionais (teóricas e ético-políticas) para a prática do acolhimento.

3.3. A prática do acolhimento

3.3.1. Concepção de acolhimento

A definição de acolhimento apareceu de diferentes formas no decorrer das entrevistas. Observa-se que sua definição se ancora em diferentes elementos que podem ser vistos nas análises de autores, como Franco, Bueno e Merhy (2003), Campos (1997, Teixeira (2006), dentre outros.

No conjunto, pode-se identificar que as definições contêm diferentes elementos. Dentre estes cita -se acolhimento como: **a) fornecimento de informações; b) conhecimento da demanda do usuário; c) escuta; d) postura profissional; e) comportamento cordial; f) classificação de risco.** Estas definições, por vezes, não se excluem mutuamente e apresentam elementos em comum, o que vem a corroborar a literatura sobre o assunto.

O acolhimento como **fornecimento de informações** emerge nesta fala:

Acolhimento, para mim, é essa fase inicial, quando o paciente vem ser internado. Que seria dar as informações pertinentes à essa instituição [...] Isso para mim é o acolhimento (HARMONIA).

Dessa forma, Harmonia revela que, para ela, o acolhimento é visto no sentido de fornecer informações para o paciente, ou seja, orientá-lo sobre as mais variadas situações vivenciadas pelo usuário.

Nesse sentido, considera-se que há informações que interessam ao usuário, referentes ao sistema de saúde, aos níveis de hierarquização deste sistema, ao local onde ele se encontra no momento (nível de alta complexidade), além de informações sobre os procedimentos que serão realizados e como serão realizados, e também aquelas concernentes aos seus direitos como paciente, às leis que o protegem e a todas as situações que possam

influenciar em seu diagnóstico, tratamento, acesso ao sistema, nível de complexidade que se refere, dentre outros.

Também há as informações sobre os serviços disponibilizados pelo hospital, que podem ser acessadas pelos usuários ou seus familiares e ainda informações referentes à rotina que a instituição possui e que pode influenciar sobremaneira o modo de vida do usuário. Portanto, instrumentalizar o usuário com estes conhecimentos é garantir a qualidade dos serviços prestados e levar em consideração que este é um cidadão de direitos.

Para outra parcela de entrevistadas o acolhimento significa **conhecer a demanda do usuário**. Isto, muitas vezes, implica resignificar as demandas trazidas por ele, de modo que a profissional precisa conhecer e identificar as demandas, como o relato a seguir ilustra:

O acolhimento é buscar atender a todas essas necessidades. O que é que ele vem buscar no hospital? Então acolhendo na demanda dele. O que é que ele veio buscar no hospital? Ele chega tendo reflexos, ele está tendo dor, mas ele também precisa de orientação, ele também precisa de um espaço para sentar, então, acolhe-lo em todas as necessidades (PERSÉFONE).

Porque durante esse acolhimento tu vais estar sabendo, vai estar discutindo com essa pessoa porque ele veio, o que o trouxe aqui, quais são as suas necessidades [...] (DEMÉTER).

Quando a profissional pergunta o que é que ele vem buscar no hospital e incentiva o paciente para que ele responda a esta pergunta, ela busca saber quais são as necessidades dele e para isto, faz com que o usuário, por si só, aponte as suas dificuldades, os direitos que estão sendo violados, mas segundo a sua ótica. Não por meio de um diagnóstico realizado a priori, num saber tradicionalmente instituído.

Assim, verifica-se que, quando o foco está centrado nas necessidades do usuário, ou seja, no modelo assistencial usuário-centrado, há a possibilidade de ampliação da resolutividade da sua situação de saúde. Neste sentido, as falas das entrevistadas demonstram aproximação com a idéia dos autores Franco, Bueno e Merhy (2003), quando estes apontam para a modificação do foco de intervenção. Portanto, pode-se dizer que é com as demandas expressas pelo usuário que as intervenções poderão ser realizadas.

A definição de acolhimento como **escuta** foi identificada na investigação, com significativa ressonância entre as entrevistadas, sendo bastante citada e valorizada. Neste sentido, a fala que segue assinala:

Que o acolhimento é, para mim, em minha opinião, seria ouvir a demanda do meu usuário [...] (HEBE).

Outra entrevistada afirma ainda que o acolhimento é um momento em que os pacientes estão

[...] precisando tanto de alguém que os ouvisse, trocasse as informações naquele momento tão difícil. Então o nosso papel, que a gente dizia que era uma sala de espera, era justamente isso, de fazer, de dar esse suporte, naquele momento, estar ali para acolher, para receber essas pessoas (ARTEMIS).

Ouvir, ou seja, exercitar a escuta, é uma tarefa atribuída aos trabalhadores de saúde e citada pelos autores como uma das tarefas a serem recuperadas no atual contexto dos serviços. Alguns deles até apontam a escuta como se fosse uma atividade perdida em meio à mecanização e superespecialização do trabalho em saúde.

Este problemática é levantada pela Política Nacional de Humanização quando afirma que, por conta desta superespecialização do trabalho, os profissionais tornaram-se mecânicos no fazer e insensíveis ao sofrimento humano, ou seja, ao sofrimento daqueles que recebem os cuidados. Quando o trabalho do profissional se torna mecânico e ele próprio se torna insensível às relações mais “humanitárias”, deixa de existir a preocupação em olhar para o paciente, em dialogar com ele, enfim, em demonstrar preocupação integral com o paciente. Neste contexto, Campos (1997, p. 51) lembra:

Além deste clássico padrão de intervenção terapêutica, urgiria trazer para o rotineiro espaço da prática clínica a valorização da fala e da escuta. Falas do profissional, do doente e da sociedade, escuta de uns pelos outros. Sem a renovação dos modos como vem se exercendo a comunicação profissional/paciente, ou serviço de saúde/comunidade, nunca diminuiremos a dependência do homem moderno da instituição médica.

Já no Serviço Social a prática da escuta do usuário é utilizada historicamente. Isto pode ser verificado no debate realizado acerca do relacionamento entre Assistente Social e usuário. Sua concepção, inicialmente, esteve relacionada à dimensão afetiva porque o profissional interferia no problema social do cliente e o personalizava. Neste sentido, “o relacionamento emerge como possibilidade de buscar melhorar sua (indivíduo) relação com o meio social, para tanto, o profissional deveria escutar o necessitado com agrado e paciência estabelecendo uma simpatia com muita compreensão” (SARMENTO, 1994, p. 254).

No avanço do debate, com a inserção da perspectiva crítica, o relacionamento toma outra direção, sendo necessário para o estabelecimento de um campo de mediações, incluindo a totalidade das relações sociais, na qual está incluída uma dimensão política e problematizadora. Todavia, ainda há a predominância do nível afetivo, embora significativamente acrescido do nível cognitivo, tendo em vista que, “quando se assume o caráter político da prática e são trabalhadas as relações de autoridade, poder, dominação, subordinação, liberdade, o homem é o sujeito da práxis” (IDEM, IBIDEM, p. 259).

Nota-se que a escuta também influencia significativamente na reversão do modelo tecnoassistencial. Se a fala e a escuta estão dirigidas para as necessidades do paciente, é por meio delas que as intervenções serão realizadas. Teixeira (2005, p. 91), ao abordar o acolhimento na perspectiva comunicacional, afirma:

Em suma, o foco está claramente posto na relação trabalhador-usuário que se dá nos serviços, para a qual se dirigem os mais fortes desejos de integração. [...] é possível entender, nas falas dos técnicos, gestores, pesquisadores e diferentes profissionais da saúde, que essa integração é mais do que construção de um vínculo/responsabilização (o que também é, sem dúvida, muito valorizado), mas se trata de uma efetiva “mudança na relação de poder técnico-usuário”. À luz dessa concepção de integralidade, a pretendida “reversão do modelo tecnoassistencial” muitas vezes se parece mais com uma “reversão do modelo comunicacional” em vigor nos serviços...

Sintetizando esta discussão, para as entrevistadas, acolhimento é escutar, e isto vem a embasar a concepção de acolhimento. As falas a seguir corroboram esta afirmação:

Se a definição de acolhimento é mais ou menos a escuta, um diálogo e uma busca para a solução, é mais ou menos isso que a gente faz quando a visita ao leito do paciente (HEBE).

Conversa, mesmo, diálogo, com os familiares, identificar situações. Não só da doença, mas como ele vive em casa, como ele vive no âmbito da família. E os mais diferentes fatos. A dificuldade de tratamento (HÉSTIA).

Muitas vezes essa família pode não te apresentar uma necessidade, mas ela vai estar ali para te contar como é que ela chegou, uma história de como é que foi a viagem dela até esse hospital, então tem algumas coisas que ela quer te contar, eu acho que a gente está também para ouvir essas pessoas. Então eu acho que essa primeira abordagem com esse usuário, com essa família que está ali, isso para mim é a questão do acolhimento (ATENA).

Olha, na verdade assim, o acolhimento, que eu entendo, é a questão de receber a pessoa e, de certa forma, fazer com que ela se sinta atendida naquela necessidade que ela tem (HERA).

Apesar de existir um movimento na direção da reversão do modelo tecnoassistencial, com experiências praticadas desde a década de 1990, especialmente no nível básico de atenção, mas não somente nele, com a revisão dos processos de trabalho em saúde e de outros elementos contidos neste debate, as entrevistadas apontam para o fato de que a escuta já fazia parte do universo dos profissionais Assistentes Sociais anteriormente a este movimento. Elas afirmam que são as profissionais mais qualificadas para esta tarefa, uma vez que as outras profissões possuem um “tarefismo” exacerbado, o que não propicia momentos de conversas.

Segundo as entrevistadas, apenas as Assistentes Sociais possuem como tarefa o ato de “parar para ouvir o paciente” e asseguram que, por vezes, é apenas esta a intenção do paciente: ser ouvido. As próximas falas expressam este pensamento:

Eu acho que o paciente, na maioria dos casos ele quer essa atenção, ele quer seu ouvido [...] Então, por mais que tu vás conversar com o paciente, ou com o familiar, isso não vai substituir a fala com o paciente. O paciente precisa ser ouvido. E, as vezes, eles têm perguntas simples, coisas da rotina do hospital que ele não entende. [...] Claro que não, tem profissionais de enfermagem que são muito humanos, que realmente acolhem o paciente num todo. Mas têm outros que não. O tarefismo do hospital ele é muito grande mesmo, ele exige do profissional, tem vários horário para medicação, horário para banho, horário para alimentação. Então isso faz com que muitos profissionais não olhem o paciente. Olhem o papel, a injeção que eu tenho que ir lá colocar e não o Seu João e a Dona Maria. Então quando chega alguém disposto a conversar, a ouvir, a tirar dúvidas, esse paciente ... E o paciente idoso, até, as vezes é o que sente mais. O paciente idoso tem uma necessidade desse acolhimento (PERSÉFONE).

Mas assim, como nós já somos uma área de humanas, dentro da área da saúde, nós já temos sempre mais esse olhar do humano. Eu não vou dizer que o pessoal da enfermagem não tem. Claro que tem. Mas eles estão tão preocupados com o procedimento e aí na prática tu vê assim: se for para fazer uma escuta realmente do paciente, eles vão chamar o assistente social. Ainda mais num hospital como o nosso que não tem a função do psicólogo. [...] Porque primeiro eu acho que é bem inerente da nossa área. O ouvir faz parte da questão do Serviço Social. Segundo, hoje está colocado dentro dessa maneira, porque é como a saúde se estrutura (IRIS).

Entretanto, ao mesmo tempo em que tal afirmação é feita, com bastante ênfase, por uma parte significativa das entrevistadas, esta tarefa, ao que parece atribuída a apenas um dos profissionais de saúde, é problematizada por Perséfone:

Tento muito desmistificar isso. Uma porque a gente tem uma herança na profissão que são as moças boazinhas e que distribuem benefícios, né? E aqui dentro do hospital também tem essa visão. E outra que assim, a gente não pode vender a idéia de que para ouvir o paciente, para dar atenção para ele, para entender, é a assistente social. Porque a assistente social não passa o tempo todo com esse paciente aqui dentro e porque a equipe está em contato muito mais com ele. Isso não pode e não deve ser incumbência só do assistente social. É claro que o assistente social, pela sua própria especificidade, ele vai fazer essa escuta desse paciente, talvez com muito mais tempo, propriedade, objetividade, do que o outro. Mas assim, a pessoa precisa da atenção de todos que estão lidando com ela. Então o acolhimento, não é o acolhimento só do assistente social.

A entrevistada demonstra preocupação pelo papel que, por vezes, é atribuído às Assistentes Sociais, mas que, na verdade, deveria ser atividade de todos os profissionais de saúde. Quem já pontua isso é Merhy (1997a), quando diz que o acolhimento deve ser realizado por todos os profissionais de saúde, desde o porteiro da instituição até ao último profissional com quem o usuário tiver contato. Se a escuta (ou o diálogo) é elemento do acolhimento, então, não são apenas os Assistentes Sociais os que devem desempenhar tal tarefa.

Outro elemento identificado para a definição de acolhimento, encontrado no material analisado, é a **postura profissional**. Com vistas a este referencial, as entrevistadas mencionam:

Acolhimento é essa maneira de receber as pessoas, respeitando. Como a gente estava falando agora, respeitando os valores, as crenças, a maneira de ser deles. [...] ou orientar para que a pessoa modifique, mas, aceitar também, quando ela não quer [...] É como eu te disse, é importante que esse acolhimento seja feito de maneira generalizada: pelo médico, pela enfermeira, pelo atendente de enfermagem, lá na portaria. Seria importante que todos, todos tivessem a mesma postura (FEBE).

Acho que é o tipo de postura que a gente tem. Porque a gente procura muito, a partir das necessidades do paciente, e muitas vezes, até se colocar no lugar do usuário. Não estar julgando, não estar tendo uma postura autoritária. E, às vezes, a gente vê que nem todos os

profissionais têm esse tipo de postura. Às vezes o outro profissional já chega com o saber pronto e começa a repassar para o paciente. E, às vezes, não vê se ele está compreendendo, se ele consegue, se ele tem alguns outros valores que estão conflitando com o tipo de situação. E nós temos muito essa postura de estar procurando, a partir do paciente, o que ele conhece, o que ele sabe, estar orientando (TÉTIS).

Estas citações aproximam-se da concepção levantada por Silva Junior & Mascarenhas (2006, p. 243), quando colocam que a postura é uma diretriz do acolhimento. Nesta acepção, receber, escutar e tratar de maneira humanizada os usuários e suas demandas é o pressuposto de uma postura baseada no acolhimento. A postura receptiva, para os autores citados, é uma maneira de ser solidário ao outro, de estabelecer uma relação de apoio entre profissionais e usuários. Nesta dimensão, são abertas possibilidades de diálogo e escuta que permeiam as relações estabelecidas não apenas entre a equipe de saúde e o usuário, mas também entre os profissionais.

O terceiro elemento constituinte da definição de acolhimento e apontado pelas entrevistadas é o **comportamento cordial**. Quanto a este elemento, foram verificados os seguintes depoimentos:

Para mim é acolher a pessoa, é ela chegar e estarmos para ajudá-la e fazermos com que se ela precisar de alguma coisa, ajudarmos. É isso que eu tenho em mente, é aquilo que a Assistente Social faz todos os dias, desde a hora que sai de casa até a hora que volta (AFRODITE).

Eu acho que é me sentir acolhida e me sentir valorizada, sabe, respeitada. Eu já falei três coisas. Mas eu acho que é uma mistura disso. Eu me sentir querida, entendeu? E que de alguma forma eu vou ser importante para aquilo e eu vou dar um atendimento individualizado. Mesma coisa, vamos supor, se eu fosse um paciente, um cliente, eu gostaria de me sentir assim, sabe? Gostaria de ver que alguém está me atendendo, que alguém está me olhando, que alguém está preocupado com que eu estou falando, sentindo (DEMÉTER).

Nesta direção, autores como Miranda e Miranda compreendem o acolhimento sob a ótica da ajuda. Citados por Fonseca et al (2006, p. 32), os autores colocam o usuário na condição de ajudado cuja característica é a falta de algumas qualidades. Já o ajudador (profissional de saúde) precisa estar disponível para a ajuda. Disso se origina a concepção de acolhimento, que é receber o ajudado de maneira calorosa, sendo receptivo e interessado a ponto de fazer o ajudado sentir-se valorizado.

Ainda na perspectiva da ajuda e de um comportamento cordial, de bem receber, a escuta também é um elemento fundamental para esta definição. Como coloca Borges (2002, p. 04):

No entanto, seguindo a perspectiva que traçamos, a escuta, mais do que atenta, é a base para um processo de reconhecimento. É preciso compreensão. Uma escuta atenta e compreensiva passa, necessariamente, pelo afeto. [...] Mas como escutar de forma afetiva, com o coração e fazer acolhimento ao mesmo tempo? Será que são coisas diferentes? Como dar conta das “urgências” e sobreviver a um dia no acolhimento? É preciso trabalhar a ansiedade de que nós profissionais não somos os portadores da salvação e nem os guardiões do acesso universal. Embora esta seja uma trilha de lutas a percorrer com a participação da população. Mas podemos procurar ouvir de outra forma e principalmente, perguntar de outra forma.

O último elemento identificado pelas entrevistadas, no decorrer das análises, quanto à concepção de acolhimento, foi a **classificação de risco**. Neste sentido as entrevistadas pontuam:

Já (ouvi falar do acolhimento). Porque faz parte da Política de Humanização também, o acolhimento (HEBE).

Tanto que a classificação de risco é um acolhimento que foi implantado na emergência. Mas não existe um acolhimento para o hospital. O acolhimento, existe o acolhimento do Serviço Social que você vai lá e faz o acolhimento. Eu te coloquei que a minha abordagem, no meu acolhimento, é tentar ver o quanto que esse paciente está interado do contexto dele. Agora, o acolhimento num hospital como um todo, ele está preconizado pelo HumanizaSUS, na classificação de risco. Que é esse acolhimento pela emergência (IRIS).

Esta concepção de acolhimento tem origem na Política Nacional de Humanização, já que nela, o acolhimento aparece como uma diretriz de implantação. Atualmente, Assistentes Sociais são chamados a atuarem, junto à outros profissionais da saúde, naquilo que a PNH denomina de Classificação de Risco. Na Classificação de Risco, a PNH sugere que os profissionais realizem o acolhimento classificando as situações que aparecem no setor de emergência de um hospital, com cores que significam o grau de emergência e o período de tempo que este paciente deve esperar para ser atendido. Assim, os pacientes que recebem a cor vermelha são os casos mais graves e necessitam ser atendidos com a máxima urgência; os de cor amarela precisam ser atendidos com uma espera de até trinta minutos; os de cor verde,

também apresentam necessidade de atendimento rápido, mas podem aguardar por até uma hora; e os de cor azul são considerados casos que não necessitam atendimento em emergência, mas situações que as Unidades Básicas de Saúde devem atender. Assim, estes pacientes podem esperar até seis horas para atendimento.

Dentro desta configuração, os profissionais Assistentes Sociais são chamados a atuar na classificação de risco com a determinação que a entrevistada aponta:

Neste primeiro momento, na verdade não está sendo negado o atendimento para ninguém. Se esse paciente se dispuser a ficar o dia inteiro esperando, ele vai ser atendido. Então ele tem essa opção em primeiro lugar. Então ele não vai, nós não vamos mandar ele embora. E o Serviço Social entra, justamente, buscando referendar esse paciente para o seu município. É o que eu tenho feito. Porém, eu vou te dizer que tem umas situações que são muito difíceis. Vou dar um exemplo mais prático. Um paciente que chega à emergência com uma unha encravada. Dentro de critério de risco ele não é um paciente de uma emergência. Ele é paciente de ambulatório. E muitas vezes ele buscou isso no seu município. São José que é um município que está situado aqui na área do hospital não tem, na verdade, serviço nenhum que ofereça esse atendimento. O único Posto, o único Centro de Saúde que faz esse tipo de atendimento, a média de espera lá é de 5 a 6 meses, e pode ser mais, tá? Então, uma unha encravada é uma coisa que incomoda, que gera dor, desconforto, a pessoa não consegue colocar um calçado, atrapalha a vida dela. Então, não é um paciente para aguardar 5 ou 6 meses. Mas ao mesmo tempo não é um paciente para congestionar uma emergência, concorrendo com pacientes acidentados, com quadro de pancreatite, coisas mais agravadas. Então, a gente fica sem ter para onde encaminhar esses pacientes (PERSÉFONE).

Considera-se que a PNH nasceu tendo como marca a priorização de um atendimento acolhedor e resolutivo, entretanto, baseado em critérios de risco, cuja justificativa é a redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso em pronto-atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio, diagnóstico e terapia. É marcada também por outras prioridades, como a responsabilização dos profissionais para com um território e os usuários que lá vivem, a garantia de informações que interessem aos usuários, bem como a gestão participativa aos trabalhadores e usuários, assim como a educação permanente aos trabalhadores.

No conjunto de definições estabelecidas pelas entrevistadas, observou-se que não existe um elemento específico que perpassa a definição de acolhimento para o Serviço Social. Desse modo, ele se apresenta como múltiplo, numa perspectiva multidimensional, e elementos como escuta, fornecimento de informações, conhecimento da demanda e postura

profissionais contribuem para a formulação da definição de acolhimento no âmbito do Serviço Social.

Circularam por esta esfera definições distintas, embasamentos teóricos pautados em influências da visão crítica, passando pela influência humanista, indo até a corrente mais conservadora. Optou-se, então, por dividi-las segundo dois grupos: um com influências da vertente crítica e outro com influências da vertente conservadora.

Situado no primeiro grupo, o acolhimento definido como fornecimento de informações, conhecimento da demanda e escuta está mais atrelado ao debate atual de acolhimento realizado no âmbito da Saúde Coletiva. Ou seja, o espaço de ouvir, de conhecer as necessidades de saúde dos usuários, com vistas à integralidade da atenção e na busca pela maior resolutividade, vem sendo parte constituinte de um movimento de universalização e de interpretação de que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado. Atrelada a esta definição, verifica-se que está a maioria das profissionais que saíram do processo de formação entre as décadas de 1980, 1990 e 2000. Isso leva a crer que a influência da vertente crítico-dialética obteve repercussão na definição de parâmetros que orientam o fazer profissional.

Já num segundo grupo e pensando no acolhimento como postura profissional e como comportamento cordial, aponta-se para uma visão oposta, ou seja, limitada, que não consegue abranger todo o seu potencial, situando-o apenas na esfera individual do profissional. Nesta condição, a visão crítica, de totalidade e da coletivização dos processos sociais, é inexistente e encerra o acolhimento nele mesmo. Neste contexto, destacam-se as seguintes indagações: se o acolhimento é visto como uma postura profissional, o usuário não fica a mercê de posturas individualizadas, que dependem de cada profissional de saúde, cada um com suas representações, desejos, medos e anseios? Será que uma postura solidária pode ser adotada por todos os profissionais, em prol de todos os usuários?

Não se pode dizer, pelo menos com veemência, que esta definição de acolhimento situe-se na defesa de preceitos contrários ao debate da saúde como pública e universal. O que se pode afirmar é que, quando o acolhimento se encerra nele mesmo, é mais difícil de se atingir a integralidade e a resolutividade, enfim, as necessidades de saúde trazidas pelo usuário e cuja leitura depende do conceito ampliado de saúde. Nesse sentido, intervenções que busquem atender as necessidades do usuário, de forma integral, ficam comprometidas. Nesta linha, foram encontradas profissionais que tiveram sua formação profissional inicial nas décadas de 1960, 1970, 1980 e 1990.

Vale lembrar que as décadas de 1960 e 1970 formam o período de vigência de influências mais conservadoras do Serviço Social, ou seja, com influências do funcionalismo,

psicologismo, positivismo e humanismo. Além de todas estas, com as particularidades importantes que as distinguem, verificou-se ainda a influência de um discurso baseado em princípios cristãos e humanistas, apesar de constituir-se em minoria.

Embora as profissionais graduadas entre as décadas de 1980 e 1990 tenham sido maioria quanto à definição embasada no viés crítico, a menor parte delas apontou para definições influenciadas pelo viés mais conservador. Isto pode denotar que, apesar da formação acadêmica ter apontado para a direção crítica, esta teve menor repercussão no exercício profissional. Esta problemática foi questionada por muitos autores que viram a cisão da teoria e da prática como herança deixada pelo positivismo.

Aliado a isto, a definição de acolhimento como classificação de risco também é citada por profissionais formadas nas décadas de 1980, 1990 e 2000. Só que estas mesmas profissionais, quase todas, em momentos diferentes das entrevistas, apontaram para uma definição relativa ao primeiro grupo. Isto indica outra peculiaridade: a incorporação das diretrizes institucionais. Ou seja, a PNH começa a ser implantada pela Instituição e este discurso influencia e, muitas vezes, confunde as profissionais. Não deixa de ser uma incorporação realizada sem a reflexão e a diferenciação de conceitos. Um exemplo claro disso é percebido quando as profissionais vêem o acolhimento como escuta, como informar e como conhecer a demanda, mas se confundem quando o situam na classificação de risco, em que já está implícita uma idéia de triagem, de seletividade, portanto, oposta à visão crítica. Mas a classificação de risco faz parte da PNH e está sendo implantada pelas Instituições, de modo que, quando estas profissionais são chamadas para realizarem o acolhimento, há uma ruptura com a visão crítica do acolhimento. É nesse momento que é incorporado o discurso institucional, como bem demarca Sarmiento (1994).

Apesar das contradições presentes a todo o momento, na dinâmica, não apenas desta profissão, mas da sociedade capitalista em que ela está inserida, o acolhimento tem sido vinculado a um pensamento que recebe influências das discussões ocorridas no campo da Saúde Coletiva. Não obstante as diferenças de nomenclaturas, natural para o conhecimento técnico e teórico de cada profissão, as definições que fugiram deste referencial são poucas.

3.3.2. *Objetivos do acolhimento*

Após serem apresentadas as concepções de acolhimento, ou seja, o que ele vêm a ser, serão expostos seus objetivos. Assim, no decorrer da investigação, foram identificados três objetivos para o acolhimento: **garantir o acesso do paciente; estabelecer o vínculo e subsidiar decisões das ações a serem empreendidas.**

Pronunciando-se a esse respeito, Campos (1997), Franco Bueno e Merhy (2003) revelam que o acolhimento objetiva a garantia do acesso e a construção de vínculo. Acrescentam apenas que ele visa também a reorganização dos serviços de saúde.

Como objetivo do acolhimento, a **garantia do acesso** do paciente foi um dos elementos que mais apresentou repercussão nas falas das profissionais entrevistadas. Esta garantia era realizada quando a profissional informava o usuário. Neste sentido, as entrevistadas assim se expressam:

A questão do acesso, o paciente tem que ter acesso, a gente tem que possibilitar ao máximo o acesso dele ao serviço, a rede, ao que tem na área da saúde, da questão de reconhecer o problema dele, de ver que são, da mesma forma que tu tens que ver a questão individual, tu tens que ver o coletivo, tu tens que entender o contexto dele. Isso, de modo geral (HERA).

Eu acho que passa um pouco também pelo papel do Serviço Social. De que a gente tenta garantir esse acesso mesmo aos serviços, aos benefícios através das orientações que a gente dá ao paciente, a família, aos próprios funcionários, colaboradores da instituição também (DEMÉTER).

No contexto de trabalho vivenciado por Deméter e Hera, no nível terciário de atenção, o contato realizado com o paciente ocorre, muitas vezes, no leito. Devido à complexidade do hospital, ali são desenvolvidos atendimentos a demandas específicas, ou seja, especializadas, cuja oferta depende de uma delimitação territorial. Por conta desta peculiaridade, sabe-se que os hospitais atendem usuários oriundos de todo o Estado de Santa Catarina, não raras vezes de cidades de interior, de pequeno porte. Como Harmonia aponta:

Porque geralmente são pessoas que vêm de longe, estão apavoradas de estarem em um hospital, que para eles é muito grande. Que como dizem eles, que a população que tem aqui dentro é maior que a população do município onde eles moram. Então seria, isso para ele, essa conversa inicial é muito importante para estar situando ele.

Isto quer dizer que, quando as profissionais estão preocupadas em esclarecer, informar ou orientar o paciente quanto aos recursos e serviços que são oferecidos dentro da instituição, elas estão demonstrando sua preocupação com o acesso. Sem informação não há conhecimento da existência do serviço, portanto, este serviço, em tese, não existe para o usuário. À medida que ele toma conhecimento de que ali há determinados serviços, o usuário pode ter condições de reivindicar seus direitos como usuário do sistema, e mais, como cidadão.

No decorrer das entrevistas, falou-se muito em acesso, entretanto, cabe questionar: acesso a que? Vários foram os exemplos dados pelas entrevistadas, nos quais elas relatam os diversos acessos que buscam garantir. Isto será verificado mais adiante. Para uma melhor análise, optou-se por dividir estes exemplos em dois grupos: informações disponibilizadas para o acesso a serviços, aos direitos e aos deveres no *âmbito da saúde e da instituição*; e informações disponibilizadas no tocante às *demais políticas setoriais*.

No primeiro grupo, destacam-se as informações relativas ao funcionamento do hospital. É de se destacar a referência dada aos direitos, deveres e serviços prestados pela instituição ou no âmbito da saúde.

Neste campo, a informação diz respeito ao próprio sistema de saúde, ao local onde o usuário se encontra no momento, às normas do hospital, aos procedimentos que, por vezes, outras profissões não deixam claro, como fica evidente na seguinte declaração:

Alguns vêm e nos procuram, quando precisam de orientação, encaminhamentos, essas coisas, eles vêm fora do horário da visita, porque o horário de visita da semi é um horário pequeno, das 2h30 às 4h e é uma vez ao dia. Como são pacientes que acabaram de sair da UTI, até a gente está reestruturando isso, porque na UTI, eles ainda tinham o boletim médico e na semi, nós não temos médicos que dão os boletins (HEBE).

O profissional também pode informar quais os serviços que o usuário pode acessar, como, por exemplo, o direito ao acompanhante e à alimentação deste acompanhante. As próximas falas evidenciam esta informação:

[...] orientação para alimentação do acompanhante [...] e também são situações que envolvem a dinâmica do hospital e até da relação do usuário ou do acompanhante estabelece com o outro profissional, com relação ao mal atendimento, reclamações, então a gente vem atendendo e tentando até aliviar, esclarecer ao usuário quanto à alguns problemas do funcionamento do hospital no atendimento (ATENA).

Geralmente a gente orienta sobre os direitos sociais, [...] e os direitos que eles têm dentro do hospital, têm direito à alimentação, o acompanhante, se ele tem realmente direito ao acompanhante. Então a gente faz as orientações necessárias (TÉTIS).

Que é o primeiro contato, dentro desse contato a gente já explica para ele as rotinas e regra do hospital, então tu já estás trabalhando com ele para que ele saiba que aqui dentro também, apesar de ele ter direitos assegurados, também tem os seus deveres (HEBE).

Além disso, os pacientes são informados sobre seus direitos, como usuários do sistema, a programas ou projetos direcionados a grupos específicos, com determinadas patologias, como, por exemplo: o Programa de Oxigenoterapia, o Programa de Internação Domiciliar e o Tratamento Fora do Domicílio. As entrevistadas explicam:

[...] para eles saberem como é a internação, porque muitos não sabem nem que tem direito à ter um acompanhante, à refeição. De saber que precisa de documentos, que é o famoso Tratamento Fora do Domicílio. Então seria dizer como, seria a rotina daquela unidade onde a criança está. E, posteriormente, na medida em que a internação vai acontecendo, seriam as outras demandas (HARMONIA).

E a gente, como eu participo deste outro programa (Internação Domiciliar), a gente tem, continua esse atendimento aos pacientes que estão, fazem parte do programa em casa. Daí a gente faz todo o apoio à família e ao paciente também no domicílio. Aos pacientes que estão participando do programa (TÉTIS).

As informações dadas servem, igualmente, para os pacientes tomarem conhecimento das leis, resoluções ou normativas que protegem segmentos específicos, e sobre as situações que possam influenciar em seu diagnóstico, tratamento, acesso aos níveis de baixa e média complexidade, medicação, dentre outros. Isto é demonstrado na fala de algumas entrevistadas:

A gente entra em contato com o Posto de Saúde para, até, não especificamente para os bebês que estão na UTI, mas mãe que tem algum problema durante a internação, a gente passa lá para o Posto de Saúde, conversa com a enfermeira, "Olha, diz para o PSF continuar atendendo. A situação é esse e aquela". Ou alguma situação de medicamentos, a gente procura passar para tentar garantir o acesso, possibilitar que a pessoa faça o tratamento, senão não adianta, daqui a pouco está batendo na porta do hospital de novo (HERA).

[...] recebe uma medicação que não é da rede básica e ele vai sair de alta. Ou ele está usando essa medicação no hospital e depois ele não vai

ter acesso. Eu já oriento. Você vai na assistente social, se ela não tiver, você vai no Ministério Público. Não precisa de avaliação sócio-econômica, independe da renda. Se ela não tiver condições de comprar essa medicação, o promotor vai passar para o juiz e ele vai determinar (IRIS).

[...] encaminhamento sobre medicamentos, que às vezes eles não sabem como conseguir medicamentos para começar o tratamento. A gente dá toda a orientação, vê a documentação que precisa, informa onde deve procurar. Toda a questão da alimentação aqui dentro. O retorno para a sua cidade quando tiver alta, tem muita gente de fora que precisa do transporte do município (HÉSTIA).

Estas falas evidenciam que as informações interessam sobremaneira ao usuário, porque influenciam, primeiro, no acesso ao sistema de saúde; depois, na sua permanência; e posteriormente, na sua saída e/ou possível continuidade do tratamento.

No segundo segmento, identificaram-se informações no tocante aos direitos das mais diversas políticas setoriais, disponibilizadas tanto no nível público quanto no privado. Possivelmente, a mais citada foi a política de Previdência Social, como se pode observar:

[...] orientação previdenciária, que é uma coisa bem comum mesmo, [...] e orientações para a família com relação a situação que a gente tem agora que é orientação para procuração, que envolve também outras políticas [...] (ATENA).

A questão, as vezes, mais previdenciárias, de perícia, a gente acaba atendendo muito os pacientes que vêm fazer radioterapia, as vezes vêm de longe. Paciente que está mais longe de casa, sem poder ir pra casa e a gente verifica que não tem condições financeiras pra isso, para os familiares virem, porque não tem onde ficar aqui também. Então, assim, é isso, são orientações, encaminhamentos, perícias (DEMÉTER).

Porque essa é uma informação muito importante para o hospital. Porque a gente vai fazer também as orientações de benefícios do INSS, auxílio doença, acidente de trabalho, então essa relação da vida do trabalho desse paciente. Então nessa abordagem, nessa conversa nós já vamos no interar disso (PERSÉFONE).

[...] porque marca bem a presença do Serviço Social que é trabalhar muito a questão dos benefícios sociais. [...] Então eu faço toda uma abordagem na área do trabalho. Mas, claro, se o paciente precisa de transporte, de roupa, que são essas coisas mais básica, eu preciso viabilizar [...] Mas a especificidade do meu trabalho, que eu vejo como muito rico, é a questão dos benefícios. Eu agendo perícias para as pessoas que já estão hospitalizadas. Se a pessoa não sai do hospital, eu

remanejo essa perícia da previdência, para dentro do hospital. Eu tenho trabalhado muito nessa linha da garantia dos benefícios do paciente, já a partir da hospitalização. Porque eu acho que isso vai implicar muito na qualidade de vida dele depois que ele sair do hospital. Para a questão do medicamento, para um tratamento fora SUS, se ele tiver com o benefício dele garantido [...]

Outra Política Social enfatizada foi a articulação da Política de Saúde com a Assistência Social, conforme atesta a fala da entrevistada:

Mas se é uma doença, que é uma doença crônica e ele não tem contribuição, dependendo da renda, ele vai acessar ao BPC. Então já orienta que quando ele sair, esse paciente volte ao município para acessar esse tipo de benefício. A mesma coisa com o Bolsa-Família, eu já orientei para buscar a assistente social, porque a família, pelo perfil que eu vi se encaixava no Bolsa-Família. Então eu dei a orientação para eles, quando sair daqui, já explique que ela tem direito a procurar o programa no município dela. Então é importante ter esse conhecimento dos benefícios da área da assistência social (IRIS).

A necessidade de articulação com Conselhos de Direitos também foi mencionada pelas entrevistadas. Neste sentido, elas assim se pronunciam:

Muitas vezes a gente tem que fazer denúncia ao Conselho do Idoso, da Criança e do Adolescente já fiz contato também. Então, esse tipo de coisa (NÊMESIS).

Basicamente conversa para estar encaminhando para outros órgãos. O Conselho Tutelar, às vezes é necessário. Algum encaminhamento para a prefeitura para conseguir transporte para o paciente fazer o tratamento. E também é conversando que vai se conhecendo [...] Então, acionar o município para quando o paciente retornar para a sua cidade. Direitos previdenciários, que muitas vezes eles não sabem se têm, ou como encaminhar. Programas também, do hospital dia, por exemplo, eles têm direito à cesta básica, promovido pela Prefeitura. A gente faz encaminhamento e orientação para garantir os direitos não só aqui dentro, mas fora. Se tem uma rede de apoio quando se identifica uma situação mais grave (HESTIA).

Outro exemplo de informação é mostrado na fala da entrevistada, quando esta realiza orientações referentes a direitos oriundos do âmbito privado. Nesta situação, a entrevistada evidencia:

Então por exemplo, já aconteceu assim, do paciente ir à óbito e eu estar conversando com a família, só para ti entender o que é o direito da área privada, e eles precisarem de um auxílio-funeral. Aí eu disse: "Mas, na conta de luz não tem nada? Vamos lá ver." Tinha o SOS Vida. Tu ligou e aquilo cobre o auxílio-funeral. Então eu nem encaminhei para o município porque o auxílio-funeral do SOS Vida, a cobertura era de R\$ 3.000,00. A do município, dependendo do município, é de R\$ 300,00, R\$ 400,00. Esse é um benefício que o usuário estava pagando. Então tu podes adentrar. Às vezes um benefício no local de trabalho. Por exemplo, agora eu estou acompanhando uma situação de um paciente que ficou tetraplégico e ele é funcionário de um órgão do governo, do Tribunal de Justiça [...] E isso é um benefício da área privada, é de um convênio dele, entendeu? (IRIS).

Ao visualizar estes relatos, verifica-se que, para o usuário, a possibilidade de inserção em políticas públicas depende, muitas vezes, da decisão do profissional. Este tem a opção de publicizar e informar ao usuário sobre a sua possibilidade de acesso a políticas que dizem respeito à geração de renda; educação; proteção da criança e do adolescente; habitação; proteção de idosos, portadores de deficiências; e à previdência social que englobam o cotidiano dos usuários e que, por vezes, são violados em seus direitos pelo fato de que não são informados, desconhecem sua existência e, assim, não são protegidos por elas.

Entretanto, a informação dada em um campo específico é citada como sendo uma particularidade dos profissionais do Serviço Social: a informação sobre os benefícios sociais. É o que afirma uma das entrevistadas:

Então quando eu entrei na ala existia muito essa coisa assim: o Serviço Social, e a noção que se tinha, o Serviço Social ajudar no fluxo do tratamento do paciente, da saída desse paciente. E a gente tem feito um outro trabalho aqui dentro desse hospital, que marcou, porque marca bem a presença do Serviço Social que é trabalhar muito a questão dos benefícios sociais [...] É como o próprio pessoal da ala, os funcionários, me buscam para essas informações. O próprio residente: "Ah não, eu queria um atestado..." "Não, tu vais conversar isso com a Assistente Social". No começo eu não via isso. Eles não me referendavam como agora. E assim, eu vou te dizer que eu não era uma profissional da área da saúde. Eu tive que ir muito em busca dessas informações. Eu posso te dizer que hoje eu domino bastante a questão dos benefícios da previdência, não só do INSS, como de outros benefícios, porque eu tenho corrido atrás disso. E eu tenho visto que isso tem marcado e delimitado o espaço aqui dentro do hospital. Uma especificidade. Porque eu acho que ir lá, descer, ir lá à secretaria do centro cirúrgico ver se a cirurgia está agendada, qualquer um pode fazer, até o familiar. Pedir uma ambulância, em último caso, até um enfermeiro, a nossa secretaria faz. Agora, ninguém vai dar informação para o paciente se ele vai ter

direito a um auxílio-doença porque ninguém na ala domina isso, nem o médico. Então eu acho que isso delimita o teu espaço. Ninguém vai dar informação se ele tem condições de se aposentar naquele, com tantas contribuições que ele tem. Conversando com a gente, ele sabe. E se tem possibilidade, a gente já agenda o benefício, entendeu? (IRIS).

Como a entrevistada mesma cita, esta peculiaridade tornou-se um dos diferenciais dentro da equipe de saúde, devido, possivelmente, ao repertório de conhecimento específico da formação do Assistente Social quanto à Proteção Social e às Políticas Públicas. Estas Políticas, por vezes, podem ser consideradas insuficientes e excessivamente seletivas, mas se constituem em uma alternativa para que o cidadão perceba a existência do Estado, numa perspectiva de redistribuição das riquezas produzidas, do reconhecimento de seus direitos que, de uma forma ou de outra, alcança estes cidadãos.

Neste sentido, observa-se que buscar o acesso do paciente é objetivo do acolhimento das profissionais do Serviço Social. Um exemplo é apresentado por Artemis:

Identificar e encaminhar para o local adequado, às vezes não é aqui. Às vezes é buscar recursos na comunidade para ajudar aquele familiar, aquele paciente. Que mais que eu poderia te dizer. Existe muito a questão da falta de informações, a gente percebe muito. Às vezes a família não conhece os recursos de que dispõe, direitos que dispõe. Então elas acabam não usufruindo de determinados direitos porque não sabem nem que tem. Aí o nosso papel é de estar orientando, digamos, orientando, mostrando para eles [...] (ARTEMIS).

Os profissionais de Serviço Social, dentro das instituições, tentam garantir o acesso em pelo menos duas situações: para atender necessidades emergenciais do usuário ou em situações já instaladas, para as quais o usuário já vem procurando solução em outros espaços institucionais, sem resposta efetiva. Neste aspecto, para uma entrevistada, o acolhimento possui o significado de

[...] resolver o que ele veio buscar nesse atendimento [...] O acolhimento seria um facilitar, um agilizar um acesso rápido do atendimento desse paciente, desse usuário ao que ele veio em buscar (HEBE).

Por sua vez, a outra entrevistada destaca:

Eu acho que é mais ou menos o que eu já falei. Seria um, não é só receber bem o paciente. É eu conseguir atender toda aquela demanda que ele trás para ti e mais um pouco. Eu acho que esse é o acolhimento, não é só chegar e ser simpático e bonzinho. Ele tem que se sentir parte do que ele veio fazer aqui, do tratamento, do exame (NÊMESIS).

Isto aponta para o fato de que as Assistentes Sociais estão preocupadas com aquilo que Franco, Bueno e Merhy (2003) e Campos (1997) assinalam acerca da reorganização dos serviços de saúde e da busca pela resolutividade das demandas. Isto ocorre por meio da criação de novos mecanismos de recebimento das demandas e pela garantia da melhor utilização possível dos recursos disponíveis no sistema de saúde e fora dele para a satisfação de suas demandas.

Outro objetivo não menos importante, designado para o acolhimento, é o de **estabelecer o vínculo**. Dessa forma, é citando o vínculo que as entrevistadas pontuam:

O acolhimento para mim é a primeira abordagem com a família, com esse usuário, de criar esse vínculo, de atender as demandas, de verificar necessidades, e isso ser trabalhado em todos os processos de assistência (ATENA).

Como também,

[...] dialogar com ele, saber que ele sabe coisas que eu não sei, tentar criar um vínculo com ele. Que é a parte mais difícil. Porque geralmente no hospital que ele vem fazer é vir atrás de um exame, de uma consulta, de falar com médico e que nem sempre ele consegue ter acesso a esse serviço que ele veio buscar (HEBE).

Nesta ótica, por mais lento que seja o processo de criação do vínculo, o acolhimento objetiva o estabelecimento de uma relação de confiança entre o usuário e dois entes importantes: os profissionais de saúde e os serviços de saúde.

A continuidade deste processo, tanto na permanência do usuário no sistema, quanto no tempo em que estiver fora dele, sugere que o usuário tenha os serviços como uma referência. Isto quer dizer: que seja estabelecida uma confiança tal que o usuário possa retornar, uma vez que suas necessidades de saúde podem ser resolvidas quando o profissional está comprometido em garantir o acesso do usuário ao sistema.

Portanto, a construção do vínculo,

[...] implica em ter relações tão próximas e tão claras, que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a construção de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É ter relação, e integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo (MEHRY, 1997a, p. 138).

Assim, verifica-se que através do vínculo é possível criar uma relação em que usuário e trabalhador de saúde que o atende encontram e criam, conjuntamente, respostas a determinados problemas oriundos de uma situação ou problema. Uma vez havendo o vínculo e a confiança, o diálogo mais franco e aberto pode viabilizar resoluções de maior eficácia e efetividade. Desta maneira, pode-se entender que o estabelecimento do vínculo aumenta a possibilidade de: a) acesso ao sistema de saúde; b) retorno do usuário; e c) maior adesão e eficácia dos tratamentos de alta complexidade (CHUPEL, 2006, p. 68).

O aumento da possibilidade do acesso ao sistema de saúde ocorre porque o serviço e os profissionais de saúde que lá atuam transformam-se em uma referência para o usuário à medida que vêem o usuário como sujeito de direitos, que conhecem a sua história, suas vivências e a realidade na qual está inserido, como também, busquem responder às necessidades visando a integralidade, ou seja, por meio do trabalho intersetorial e multiprofissional. Já a instituição torna-se referência à medida que o usuário encontra nela serviços oferecidos com qualidade e segurança. O testemunho de uma entrevistada corrobora o que foi dito:

Porque ele vai, daí vai ser a forma de como tu vais criar o vínculo com esse paciente, eu acho que essa primeira abordagem ela é para criar o vínculo para o usuário conhecer o serviço, no caso o Serviço Social, que o Serviço Social está aqui, para ele saber que tem um profissional que está ali, que ele pode acessar o serviço dele quando ele precisa e para a gente tentar identificar se ali tem alguma situação que demandaria intervenção também, e para fazer o papel do Serviço Social dentro desta instituição. Eu acho que a questão vinculo e a questão de conhecer e saber que ali existe um serviço que ele pode acessar, até é questão de direito ter a assistência do Serviço Social no hospital (ATENA).

Com o vínculo criado e o acesso garantido, pode-se aumentar o grau de resolutividade das demandas, à proporção que há a responsabilização na atenção a este usuário e nos encaminhamentos realizados para as demandas trazidas pelo usuário, como, por exemplo, na entrada do usuário em outros níveis de atenção, uma vez que a referência e contra-referência são favorecidas. Portanto, acesso e vínculo, assim como pontuam Franco, Bueno e Merhy (2003) e Campos (1997), são elementos que andam atrelados no momento do acolhimento.

Por outro lado, a probabilidade do retorno do usuário é maior quando este encontra uma instituição e profissionais que demonstrem responsabilização com a efetividade

dos tratamentos e com a continuidade dos mesmos, possibilitando desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde, conforme atesta Hera em seu depoimento:

Então nós tínhamos muito tempo um programa de diabetes aqui dentro do hospital [...] "Ah, mas eu vou lá no Posto de Saúde, a enfermeira não quer, só pergunta se eu tomo o remedinho, se eu digo que eu tomo o remedinho, tudo bem. Ainda se eu vou duas ou três vezes na semana para medir a pressão ou a glicemia, ela diz: Mas meu Deus, o que a senhora está fazendo aqui toda a semana, todo o dia aqui?" Então, quando o diretor novo chegou aqui, claro, todos eles chegam com uma idéia diferente, ele chegou aqui e disse: "Não, isso é coisa de Posto de Saúde". Mas ele não deixou a gente tentar amarrar, que a gente já vinha num processo de tentar amarrar o atendimento lá. Já tinha sido criado lá, em função do nosso atendimento, já tinha sido criado um grupo lá no Roçado, a Policlínica já estava estruturando o trabalho deles na área, então, mas ele de um dia para o outro ele disse: "Vocês acabem com isso que isso é do Posto". E ficaram praticamente 120 pacientes a ver navios. Faz dois anos que aconteceu isso. No início eles vinham muito para cá. Eles choravam aqui nesse banco e diziam assim: "Eu fui no Posto e as pessoas não querem nem saber se a minha diabete está alta ou não. Eu fui no Posto pedir remédio, elas me recebem com cara feia". Então porque era mais fácil vir aqui? Eles pegavam ônibus para vir aqui, sabe? Mas é que existia todo um acolhimento, existia um acolhimento, de eles chegarem aqui e conversar e poder falar das coisas. Se precisava de um psicólogo a gente tentava agilizar, se ele precisasse de uma consulta, a gente levava ele na emergência, fazia a ficha aqui por dentro. Então a gente procurava acolher o paciente de forma que ele se sentisse bem, que ele pudesse ter um atendimento da sua situação encaminhada (HERA).

Já a possibilidade de maior adesão e eficácia dos tratamentos de alta complexidade também é favorecida com a construção de vínculos, visto que o usuário está em constante contato com os profissionais daquela instituição e, justamente, em um momento de sofrimento pessoal. A fala que segue exemplifica o que foi dito:

E também para estabelecer o vínculo, porque se a gente não vai conversar com a mãe, a gente não estabelece o vínculo e com certeza assim, acaba se perdendo, porque eu e digo assim: se a gente não vai conversar com a mãe, quando o médico ginecologista passar para dar alta, ela vai, "Ah, eu acho que eu vou embora mesmo, porque eu vou lá no berçário e ninguém me fala nada, eu não me sinto importante nesse processo, infelizmente porque eu acho que se eu fico aqui, eu fico incomodando". E daí na primeira oportunidade quando o medico diz: "Ela está de alta", ela "Ah, eu vou para casa, porque tem meus filhos, tem que cuidar" (HERA).

Porque, às vezes, situações de contato com a morte, da doença, da incapacidade, então o Assistente Social é um dos profissionais que tem um contato com o paciente e que ele ajuda ele a enfrentar melhor a situação. Então, na verdade, ele está procurando auxiliar ele a enfrentar melhor a situação (TÉTIS).

A construção de vínculo também expressa um dos sentidos da integralidade elencado por Mattos (2001). Este autor propõe que a integralidade seja uma imagem-objetivo e isto representa uma transformação da realidade, uma indignação contra aquilo que existe na atualidade, na perspectiva de superá-la e modificá-la, o que imprime uma nova leitura e um novo fazer, na busca incessante da realização de um sonho, de um objetivo que passa a se constituir em realidade. A construção de vínculo pode apontar para uma modificação das práticas adotadas pelos profissionais da saúde. Assim, ela também pode ser considerada como uma imagem-objetivo, e não mais uma visão utópica ou um sonho impossível, uma prática cotidiana e realizável que permeia tanto os espaços de prestação de serviços quanto o trabalho dos profissionais que nele atuam.

O terceiro e último objetivo do acolhimento é o de **subsidiar as decisões sobre as ações** a serem empreendidas. Neste momento, compreendendo as necessidades do usuário, o profissional poderá fazer um planejamento de suas ações, tentando identificar as possíveis respostas e por quais vias elas serão dadas (MIOTO *apud* CHUPEL, 2006, p. 72).

As entrevistadas explicitam:

É, um mini-planejamento. Daqui eu vou traçar, essa aqui eu vou ter que ficar mais em cima, essa aqui eu não sei, acho que essa aqui vou ter que pedir para a psicologia atender, essa aqui é melhor a enfermagem está de olho, sabe? Então, nesse contato a gente já, claro, vou te dizer que a gente não acerta 100%, mas em 99,9%, quando a gente vai ao quarto, porque somos eu e a enfermeira, porque a gente já, tantos anos, pelo menos 7 anos a gente tem feito isso sistematicamente. Então quando a gente sai do quarto, a gente olha uma para a outra e diz: "Ih, essa aí, não sei não." Então a gente já consegue perceber (HERA)

Porque também vai depender delas para a gente saber qual é a intervenção que vai se dar, né? (DEMÉTER).

Lá na coleta a gente vai, a gente aprofunda, aprofunda essas informações. Vai aprofundar essas informações e a gente sabe, por exemplo, que ele tem 5 filhos, mas pode ser que um dos filhos ainda mora com o casal e é portador de necessidades especiais. Então... E aquele paciente está muito preocupado [...] Isso, replanear, orientar, dar outras dimensões para aquela intervenção (ATENA).

Quando a profissional reconhece as necessidades do usuário, as possibilidades de intervenção podem ser buscadas. Para Miotto (2006 *apud* CHUPEL, 2006, p. 72-73), o acolhimento permite subsidiar uma decisão sobre quais ações serão empreendidas a fim de que as necessidades de saúde sejam satisfeitas. Ainda para ela, o Assistente Social realiza o acolhimento na perspectiva do projeto ético-político e da Reforma Sanitária, o que representa centralizar a intervenção nas necessidades de saúde do usuário, através de uma relação humanizada. Não uma relação humanizada que aponte para um “tratar bem”, mas na perspectiva de respeitar, de tratar o usuário como um sujeito de direitos, constituindo uma relação simétrica e buscando a integralidade, na garantia do acesso, no direito à inserção numa rede comunicacional (CHUPEL, 2006).

Franco, Bueno e Merhy (2003), Malta (2001), Campos (1997), Teixeira (2003), Silva Junior e Mascarenhas (2006) têm afirmado que, a fim de que o acesso seja efetivado, é necessário reorganizar o processo de trabalho com a criação de equipes multiprofissionais em que o saber é partilhado. E é com a inclusão de diferentes saberes que emerge um fazer profissional capaz de proporcionar uma visão ampliada das especificidades combinadas entre as profissões, por meio de equipes multidisciplinares, com a adição de uma maneira de trabalhar que suplante a fragmentação de conhecimentos e que articule diferentes setores e políticas para a satisfação das necessidades dos usuários. Em poucas palavras, é o desenvolvimento de ações que visem a interdisciplinaridade e a intersetorialidade (NOGUEIRA e MIOTO, 2006, p. 278).

Assim, pode-se constatar que, no cotidiano de trabalho das profissionais entrevistadas, o trabalho multiprofissional e intersetorial se apresenta intensamente nas intervenções realizadas por elas. As falas demonstram isto a todo o momento, principalmente quando referenciam o trabalho articulado a outros profissionais na divisão dos saberes para que a intervenção seja completa e resolutiva. Mas parece que as profissionais não se contentam com intervenções que se realizam apenas no hospital. Elas procuram resoluções em outros âmbitos, muitas vezes, não relacionados diretamente com um serviço de saúde, mas fora dele.

O trabalho intersetorial foi valorizado e pôde-se perceber que este trabalho não se constitui em um problema ou dificuldade para as profissionais. A formação interdisciplinar é caracterizada por um currículo que dispõe de uma visão ampliada do sistema de proteção social, com a leitura das relações estabelecidas entre o Estado e seus cidadãos. Desse modo, as políticas sociais públicas, espaço de execução dos direitos sociais para alguns e de redistribuição das riquezas socialmente produzidas para outros, foram ampliadas após a

Constituição Federal de 1988, com a instituição do tripé da seguridade social sob três pilares: o da saúde, o da previdência e o da assistência. Este tripé é de conhecimento do Serviço Social e faz parte de sua formação, sendo os direitos relativos a estes, não raras vezes, operacionalizados pelos Assistentes Sociais ou os mecanismos para acessá-los são de conhecimento destes profissionais.

Verifica-se, assim, que a intersectorialidade faz parte da formação profissional do Assistente Social e isso tem reverberado no cotidiano profissional. Portanto, pode-se concluir que, se o acolhimento busca proporcionar ao usuário sua inserção no sistema de saúde e de proteção social, ele possibilita a construção da interdisciplinaridade e da intersectorialidade que concorrem para a não fragmentação e a não desarticulação do atendimento, com a execução de trabalho articulado e com a formação de uma rede de serviços. Por conseguinte, há o favorecimento de um atendimento não apenas restrito aos serviços de saúde, mas também estendido a outros setores que participam da prestação da assistência ao usuário.

A inserção na rede de proteção social através de uma leitura da necessidade do usuário, que vai além do atendimento restrito à saúde, é realizada quando a Assistente Social vai em busca do atendimento das necessidades de saúde do usuário que extrapolam esta esfera. É quando o profissional vai procurar resolver a situação do usuário, mediante diálogo, em setores como a assistência e previdência social, ou então nos recursos oferecidos pela comunidade, em ONG's, enfim, em quaisquer outros setores que ofereçam atendimento de acordo com a necessidade apresentada, todavia, sempre na perspectiva da garantia de acesso, de abertura dos serviços, de disponibilização dos recursos que o usuário necessita.

Verificou-se que o Assistente é um profissional Social que pode construir vínculos com o usuário. Não só pode como é um dos objetivos identificados nas falas das entrevistadas, o que corrobora a literatura acerca do acolhimento. Por exemplo, Campos (1997) diz que o vínculo propicia o aumento do número de curas e a construção de sujeitos autônomos e que para tanto é necessário que o paciente seja elevado ao grau de sujeito e só a partir disso é que são estabelecidas relações equânimes e autônomas.

É assim que se pode dizer que, para o Serviço Social, quando se realiza o acolhimento, objetiva-se garantir o acesso do usuário a direitos sociais, construir uma relação de confiança através da construção de vínculos entre profissional e usuário e entre o usuário e os serviços de saúde, bem como planejar as intervenções a serem realizadas futuramente em busca da resolutividade das demandas do usuário.

3.3.3 Operacionalização do acolhimento

Após conhecer as concepções a respeito do acolhimento, bem como seus objetivos, o presente item tratará de demonstrar como as profissionais entrevistadas operacionalizam o acolhimento, isto é, como elas o desenvolvem no cotidiano profissional.

É importante sinalizar dois fatos: o primeiro é que a realização do acolhimento não pressupõe formas estanques que possibilitem seu engessamento, ou seja, uma rotina, constituída de passos ou níveis de cumprimento. Como o cotidiano é dinâmico e repleto de contratempos e situações que não se pode planejar, o acolhimento está mergulhado neste cotidiano ativo. Isto foi verificado, conforme apontam os relatos dos sujeitos de pesquisa, uma vez que foram mostradas diferentes maneiras de operacionalizar o acolhimento, maneiras específicas de cada profissional. Assim, os elementos identificados como momentos do acolhimento podem acontecer concomitantemente, sem que para isto seja concedida uma “receita de bolo”, com procedimentos rotinizados.

O segundo fato é que, nesta pesquisa, o foco de estudo é o acolhimento realizado pelos Assistentes Sociais, por meio de abordagens individuais aos pacientes e familiares. Entretanto, existem experiências realizadas por equipes multiprofissionais, com abordagens grupais, por meio de reuniões. Por conseguinte, os procedimentos metodológicos e a utilização de instrumentos para a realização do acolhimento podem ser distintos, conforme a proposta de trabalho, o objetivo do acolhimento e o direcionamento que se deseja dar a ele.

Os momentos para a realização do acolhimento são dois: o primeiro refere-se ao encontro que acontece entre os sujeitos envolvidos, ou seja, o profissional e o usuário. O segundo é o do conhecimento prévio ou não da situação do paciente. Permeando estes dois momentos, inevitavelmente, encontra-se a entrevista.

No que se refere ao primeiro momento, fase que consiste em conhecer o usuário e ser conhecido por ele, as entrevistadas pontuam:

Eu me identifico para os pais quem eu sou (HARMONIA).

A gente procura conhecer o paciente (TÉTIS).

E gosto de, especificamente, me dirigir ao paciente antes do familiar (IRIS).

Vem todos os dias, um senso novo para a gente ficar sabendo que chegou aquele paciente, e, na medida do possível, a gente aborda esse paciente (FEBE).

Observou-se, na fala das entrevistadas, que há um momento inicial, de **reconhecimento entre dois sujeitos** envolvidos no processo: entre usuário e profissional (MIOTO *apud* CHUPEL, 2006, p. 72). Reconhecer o usuário e ser reconhecido por ele abre possibilidades de estabelecimento do vínculo, porque potencializa o processo interventivo quando o usuário identifica que ali há um profissional a quem ele pode expor as situações complexas da vida. E não apenas complexas, mas situações menos problemáticas, cotidianas, em que o usuário começa a ter como referência o profissional e pode recorrer a ele. Este reconhecimento é identificado quando já se sabe *a priori* que determinada demanda pode ser atendida pelo Assistente Social.

Isto pode ser verificado com as seguintes verbalizações:

[...] é uma referência para maioria dos pacientes que não sabem onde conseguir tal coisa, então já vem no Serviço Social, que vai ter alguma orientação. Eles vêm de fora para perguntar alguma coisa, estão em outras Instituições por aqui e acabam vindo aqui também (HÉSTIA).

Então assim, o paciente está lá no leito, eu chego, me apresento e digo qual é o meu trabalho e que num dado momento, que o paciente está internado, eu passo para ver se além de todos os cuidados na área da saúde, da medicina e da enfermagem, tem alguma outra situação que seja para mim (IRIS).

Há um tempo atrás a gente tinha um projeto de estar atendendo o paciente cirúrgico, então, o que a gente fazia? Era ótimo isso. Era agendada a cirurgia e antes do paciente chegar ao hospital, a gente já fazia os contatos por telefone. Então, quando ele vinha para o hospital, ele já vinha com o Serviço Social como referência. Já vinha se apresentar, já era uma ponte. Eu acho super interessante isso do Serviço Social estar entrosado com esse paciente e saber que lá, ele pode contar com esse setor, esse acolhimento (NEMESIS).

Mas assim, isso são, geralmente são fatores, não sei se posso usar isso, mas vou usar, são fatores de estresse para aquele usuário. Se ele está afastado do trabalho, vai deixar a esposa em casa, filhos, sem ter renda, sem ter como recorrer à um benefício do INSS, se a gente chega ali, se ele não sabe que tem o Serviço Social, se o Serviço Social não sabe que ele está ali com aquela necessidade, com certeza é um fator de estresse para aquele paciente [...] (ATENA).

Acerca do reconhecimento entre profissional e usuário, Borges (2002), afirma que o acolhimento é uma espécie de palco de encontro entre esses dois sujeitos, importante e necessário em todas as situações de contato na instituição de saúde. É pelo acolhimento que estes sujeitos se conhecem e reconhecem e “entram em conflito, principalmente quando as

expectativas do usuário não puderam ser atendidas [...] Ao reconhecerem-se como pessoas, profissional e usuário, podem compartilhar as dificuldades e limites de ambos” (BORGES, 2002, s/p).

No que se refere a este aspecto, pode-se pensar que o fato de acolher os pacientes internados possibilita conhecê-los quando as profissionais vão ao encontro dele. Reitera-se que, quando há o reconhecimento entre os dois sujeitos, há maior probabilidade de ocorrer uma aproximação de ambas as partes e quando esta aproximação acontece, as situações de dúvida e/ou as necessidades de orientações podem ser levantadas pelo usuário para que o profissional busque sua resolução, até mesmo em conjunto com ele.

Como já citado, para a realização do acolhimento, necessariamente, deve acontecer o encontro entre o profissional e usuário. Mas este encontro pode ocorrer propiciado: a) pelo encaminhamento de outro profissional; b) pela procura do paciente; c) através da busca ativa. Pode-se observar isto através da fala da entrevistada:

Então esse paciente chega para mim em três situações. Por exemplo: uma identificada pelos profissionais que estão atendendo. Por exemplo, um paciente chega de um acidente, está lá o médico cirurgião atendendo, fazendo o procedimento e o paciente está muito ansioso querendo avisar a esposa, está preocupado com o carro que bateu, com a criança que estava junto com ele no carro. Então ele identifica essa necessidade do paciente de conversar, de entrar em contato com a família, e tal, chama o Assistente Social. E aí um paciente que está ansioso porque não tem como ir embora, foi trazido pelo SAMU, aquele paciente hipertenso, que não tem roupas, não tem documentos, para fazer a internação. Então qualquer outro profissional que identifique e mande para o Serviço Social. O segundo caso é a procura pelo próprio paciente. Então nós temos lá uma sala identificada, ou eles me vêem como Assistente Social no guarda-pó, e aí pegam a gente, “Olha, quero falar isso, isso, tal”. A própria pessoa vem com a necessidade, com a demanda. E a terceira é a busca que eu faço como profissional. Então, como é essa busca? Então, por exemplo: houve um acidente, o paciente está lá, e eu percebo que a família está lá fora, está chorosa, desesperada, então, eu não preciso esperar ninguém me alertar. Eu vou abordar essa família, eu vou orientar, vou trazer informação, eu vou acolher, vou trazer para dentro, vou ver o que eles precisam, se precisam avisar alguém (PERSÉFONE).

Usando-se esta fala, pontuam-se algumas questões importantes que influenciam no fazer profissional das Assistentes Sociais, no tocante à relação que elas estabelecem com os demais profissionais e com o usuário.

Na primeira forma de identificação das demandas mencionada pela entrevistada, verifica-se que, quando as demandas são identificadas como sendo do Serviço Social e encaminhadas por outros profissionais, o Assistente Social constituiu-se uma referência em sua unidade ou setor em que atua. As entrevistadas, em seus pronunciamentos, corroboram esta afirmação:

Mas unidades sim. Todos os dias. Converso com a equipe, os médicos que acompanham, enfermeiros, responsável pela ala onde cada uma acompanha, para ver se há alguma mudança ou necessidade, e mesmo com os pacientes, a gente conversa com os familiares (HÉSTIA).

[...] quando é solicitado pela equipe ou médica ou a equipe de nutrição ou de enfermagem (DEMÉTER).

Então quando chega um novo, que já vem com alguma situação para ser resolvida, ou ele me procura ou é encaminhado pelo setor, seria a enfermagem, ou a própria família. É assim que eu fico sabendo (NÊMESIS).

O segundo caso é muito parecido como o primeiro, devido ao reconhecimento do trabalho dos profissionais, só que desta vez, reconhecido pelo usuário como um profissional que pode atender em determinadas necessidades.

Entretanto, cabe enfatizar a terceira forma de identificação das demandas, em que emerge uma peculiaridade na forma do Assistente Social operar o acolhimento. Aliás, esta peculiaridade é citada pela maioria das profissionais, de diversas formas, quais sejam: a “ida ao leito do paciente” ou a “passagem em visita” aos quartos, isto é, com a procura efetuada pelas próprias profissionais, que vão ao encontro do paciente a fim de saber das demandas ou identificar necessidades, com a busca ativa, como elas mesmas declaram:

Eu não sei como é que os outros trabalham, cada um tem seu estilo próprio de trabalhar aqui dentro, eu passo em visita e nessa visita eu faço perguntas. Converso com o paciente, não digo que são perguntas, mas que é uma conversa. Me apresento, eles se apresentam e daí eu pego idade, o local de trabalho, se trabalhava, e nisso tudo já vai aparecendo a parte do social (HEBE).

É passado, acredito que o pessoal, não sei como o pessoal tem se organizado até agora, mas pelo o que eu tento organizar, é mais indo até a unidade, verifica com o enfermeiro do turno se tem alguma demanda, se não tem, eu organizo visita aos leitos, com os pacientes que está internados (ATENA).

Eu identifico primeiramente olhando o mapa da unidade, diariamente eu tiro o mapa da unidade, vou ali no computador, e daí vou verificando as pessoas que chegam pela data de chegada, tá? E daí assim, tem situações que a medicina e a enfermagem trazem para mim, para o Serviço Social e tem situações que eu não espero chegar. Todas nós, a gente é que vai ver a situação. A medida que a gente tem mais tempo, a gente passa na ala para conversar com os pacientes que estão chegando, sem necessariamente ter uma demanda apontada pelo pessoal que está lá dentro da ala (IRIS).

Assim, as entrevistadas demonstram a preocupação em estarem presentes nos setores ou unidades em que atuam, o que privilegia a busca pelos pacientes, demonstrando um ato “pré”, ou seja, um ato que antecipa a apresentação de alguma necessidade que pode ser atendida tardiamente. Nesse sentido, as entrevistadas pontuam:

Todos os dias. A Ana, que é a minha estagiaria, eu já tenho essa rotina já há muito tempo, de subir de manhã, as vezes, em função de estar com o plantão, alguma outra coisa, a gente acaba deixando mais para perto do meio dia, ou as vezes, eu ligo para saber se tem alguma situação, mas todos os dias 9 horas, 9h15, eu já estou subindo. Passa no 4º andar, vê se tem alguma situação (HERA).

Bom, nas unidades que eu estou como referência, eu passo freqüentemente. Então eu passo por lá todos os dias e sei quando esse paciente chegou. Porque daí a gente senta, a gente discute, a gente se reúne para discutir os casos, e os casos (ARTEMIS).

Ao verificar estas falas, constata-se que a busca ativa pode formar uma circularidade. Como a entrevistada ilustra,

quando eu cheguei na ala, eu fiz um documento, porque não tinha, colocando, logo depois de uns dois ou três meses, o que era a função do Serviço Social. E eu via que a demanda não chegava para mim. Só depois com a prática, e aí se pega um profissional da área da enfermagem, o técnico, e enfermeiro, o próprio residente identificar no leito e fazer a fala para a pessoa: “Não, isso você vai chamar a Assistente Social”. Então, no começo, não existia isso. Agora, depois do um ano e meio eu sou buscada, inclusive por, eu fui buscada já na minha ala por médicos que tem pacientes que não são do hospital, se ele poderia indicar para o paciente para ele vir aqui, para eu fazer uma orientação. E eu fiquei extremamente gratificada. Um cirurgião conceituado, que eu acho que é um reconhecimento. Quando ele tem um paciente até em outro município, e ele diz: “Eu posso mandar o meu paciente para ti orientar na área do benefício?” Então o reconhecimento enquanto profissional naquela ala e as situações hoje para mim chegam encaminhadas por outros profissionais. Mas mesmo eu colocando no papel, isso só foi

acontecer, e eu me dei conta quando o paciente fazia a fala para o medico, para o enfermeiro: "Não, a Assistente Social já me orientou sobre isso. Isso a Assistente Social já fez". E eu vou te dizer outra coisa: pra você chegar nesse patamar, você tem que querer fazer um pouco mais do que, além do seu trabalho no dia-a-dia. Se você for aquela profissional que se acomoda, que não vai atrás, que não dá o telefone, que diz para as pessoas não e buscarem depois, isso não acontece. Tu tens que te disponibilizar para o serviço. E aí você vai conseguir o teu nicho e as outras categorias vão te reconhecer. A medida que o tempo foi passando, eu fui vendo, que as situações, o próprio paciente me referendava (IRIS).

O que isto significa? A circularidade vem daquilo que a entrevistada citou: se a profissional realiza busca ativa no seu fazer cotidiano, este ato contribui para que ela se torne uma referência, na unidade, para outros profissionais e para os pacientes. Quando a Assistente Social conquista este espaço, acontecem os encaminhamentos dos outros profissionais, assim como a busca dos usuários. Uma das entrevistadas correlaciona diretamente o fato de estar presente constantemente na unidade com o reconhecimento profissional. Logo, pode-se dizer que a presença constante da Assistente Social nas unidades pode proporcionar maior acesso a ela.

Isto posto, aponta-se para outro momento na operacionalização do acolhimento: o **conhecimento prévio ou não da situação do paciente**, que consta no prontuário²⁹ de atendimento do mesmo. Para tanto, foram identificadas duas formas de abordagens: uma, com a profissional utilizando-se dos registros anteriores, que constam no prontuário de saúde do usuário, disponível nas enfermarias. Esta pesquisa documental ocorre para a captação dos dados básicos, como moradia, idade, nascimento, e também de anotações realizadas por outros profissionais, como histórico de enfermagem, médico, dentre outras. Só então é que a profissional vai ao encontro do paciente para a coleta de informações adicionais, como se verifica nas falas que seguem:

Aí a gente tenta levantar as informações anteriores e vai até o quarto ou leito e dependendo da situação, do quadro clínico do paciente, a gente consegue abordar o paciente, mas se ele não está se comunicando, geralmente a abordagem é feita com o familiar ou acompanhante [...] a primeira coisa que eu faço, da dinâmica de trabalho que eu tento estabelecer é pegar essas informações prévias para chegar até o paciente, ou no caso o acompanhante (ATENA).

²⁹ O Prontuário é uma espécie de pasta, na qual ficam arquivados os dados de identificação do paciente, bem como seu histórico de atendimentos realizados naquela instituição de saúde.

Então a gente procura saber antes o que está acontecendo para depois estar indo ao paciente para conversar com ele. Sempre, claro, já sabendo o nome dele, chamando pelo nome, individualizando o atendimento, nos apresentando, procurando saber o que está acontecendo, como é que ele está aqui no hospital, se está com algum problema, enfim, todas as coisas que uma internação podem ocasionar a um paciente (DEMÉTER).

Num primeiro momento, eu procuro conhecer, primeiro obter as informações que já se tem daqueles que já conhecem o paciente e a família, até para a gente não ficar repetindo. Porque às vezes eles já falaram uma série de coisas, e eu vou lá perguntar de novo, tudo igual? Não. Então eu procuro primeiro, ter informações do que já foi feito, do que já se faz (ARTEMIS).

[...] quando, eu pego os dados que tem lá no prontuário, aí eu vou complementando, vou conversando, esclarecendo com a mãe lá no quarto. Eu vou lá à unidade onde ela está internada e vou esclarecendo e já vou preenchendo a ficha [...] (HERA).

A outra forma de abordagem se dá no sentido oposto, com a profissional dirigindo-se primeiramente ao paciente para depois ir até ao seu prontuário, em busca de informações, conforme se constata na explicação a seguir:

Aí eu pergunto para o paciente: qual é o nome dele, qual é o município que ele mora e o que é que ele tem. Parece meio estranho fazer essa pergunta para o paciente. Mas quando eu faço a abordagem dessa forma, eu tento ver qual é a noção que o paciente tem do contexto em que ele está vivendo (IRIS).

Após serem expostos os dois momentos do acolhimento, o do encontro do profissional com o usuário e das maneiras de reconhecer sua situação, bem como o da captação prévia ou não dos dados, torna-se imperativo explicitar o que acontece no decorrer deste encontro.

A tarefa de tentar demonstrar um movimento dinâmico, que evidencia a permeabilidade, ou seja, a concomitância destes momentos, não é, de maneira alguma, simples. Isto posto, intenta-se destacar que a **entrevista** é o instrumento privilegiado durante todos os momentos do acolhimento, porque é através dela que ocorre o reconhecimento do usuário e do profissional, assim como também é por ela que haverá o conhecimento prévio ou não da situação do paciente, com a captação de dados junto ao usuário e aos outros membros

da equipe profissional. Mesmo na diversidade das abordagens, individuais ou coletivas, em reuniões ou em idas aos leitos, é a entrevista que norteará este processo.

Dessa forma, a entrevista foi o instrumento profissional mais citado entre as investigadas. Sobre a utilização da entrevista como instrumento profissional, muitas falas ilustram esta opção:

Entrevista, que é o básico, né? É a entrevista. Porque nós não usamos visita domiciliar. É entrevista mesmo. Ou com o paciente ou com o familiar. É o instrumento que eu uso (IRIS).

Exatamente, uma entrevista. Ele vai me relatar por que ele está ali (PERSÉFONE).

Eu acredito que eu faço e, como instrumento de trabalho, eu utilizo a entrevista, né? (Hebe).

Entrevista. Reunião, já fiz com acompanhante, tem um projeto para dar continuidade nisso, devido a falta de tempo, de profissionais, a gente está, meio que engavetado, mas voltando os estagiários, vamos voltar a fazer as reuniões (NÊMESES).

Portanto, é exatamente no momento do uso da entrevista que a profissional conhece a situação em que o usuário se encontra (MIOTO *apud* CHUPEL, 2006, p. 72). Quer dizer, neste momento, é que o profissional explora o instrumento profissional para conhecer o usuário.

Tendo um roteiro pré-elaborado ou não, é neste momento que as profissionais tentam conhecer mais profundamente a realidade vivida pelo usuário, ao aproximar-se de maneira mais totalizante da situação do mesmo. Ou seja, importa conhecer o motivo que levou o usuário a procurar pela instituição, suas necessidades de saúde, mas também saber onde o paciente reside, se é casado, se tem filhos, se está trabalhando, em outras palavras, como é a vida laboral, familiar e afetiva, quais os revezes que a vida cotidiana está lhe proporcionando, enfim, conhecer sua história de vida.

A entrevista é ainda o momento de coletar informações referentes a sua situação imediata, a ocasião em que o usuário pode expressar suas demandas, dizer o que ele necessita, seja circunscrito à área da saúde, seja fora dela. As falas seguintes demonstram como isso ocorre no dia-a-dia das profissionais:

[...] para o meu trabalho, é fundamental [conhecer a situação do usuário]. E também de qualquer forma, eu já atendi em outras unidades, a gente até uma época a gente fez no Hospital Regional a entrevista pré-cirúrgica. Então todo o paciente que vinha de fora para fazer

cirurgia, ele passava no registro, depois ele passava no Serviço Social. Só que a demanda era muito grande, na verdade se tornou inviável. Mas nessas entrevistas, as vezes, descobria N problemas que a gente poderia estar encaminhando já desde o início, não precisava estourar lá na frente. Então era bem interessante. E com esse contato inicial que a gente faz com as mães, a gente já, sabe, consegue fazer um diagnóstico: "Olha, essa situação vai dar problema, isso aqui vai ser complicado, porque a mãe quer ir para casa..." [...] Então o que eu fazia? Eu ia lá, tentar saber qual a situação dele, de mostrar para ele, quantas vezes eu saí de lá dizendo: "Se o senhor está sozinho, então agora o senhor pode contar com a gente, qualquer coisa, pode pedir para a enfermeira chamar a gente". Porque, às vezes, é uma coisa tão pequeninha, mas que a enfermagem não tem tempo para olhar. É uma coisa assim, quantas vezes só de conversar com o paciente, ele já te diz uma situação, ele já, uma coisa que estava preocupando ele (HERA).

Mas a gente conversa, pergunta de onde é, como é que veio para cá, se a familiar visita, se não visita. Se a gente vê que é uma situação mais complicada, a gente solicita a presença da família, para esclarecer alguns dados [...] É a partir dali que a gente vai identificar as necessidades do paciente. Até porque eles já chegam fragilizados, numa situação de doença. E é nessa hora, o apoio é essencial (FEBE).

Continuando a se expressar sobre esse momento, as entrevistadas relatam:

Porque durante esse acolhimento tu vais estar sabendo, vai estar discutindo com essa pessoa porque ele veio, o que o trouxe aqui, quais são as suas necessidades, enfim. Faz parte do acolhimento e aí já vai estar conhecendo, identificando aonde mais tu podes estar intervindo, quais as outras pessoas, profissionais que tu podes fazer participarem desse atendimento também. (DEMÉTER).

Se ele não me fala, se eu não o conheço, e se eu não busco informações sobre ele, eu não tenho como desenvolver nada para poder auxiliar, dar a ele o que ele necessita. Eu acho (HEBE).

Como a entrevista é largamente utilizada pelas Assistentes Sociais, não sendo privativa desta profissão, Sarmiento (1994, p. 280) diz que estas profissionais "têm se caracterizado e constituído como o grupo de 'entrevistadores por excelência', por suas funções, são 'profissionais da entrevista'". Para Sarmiento (1994, p. 284) "a entrevista é um ato de conhecer". Nesse sentido, as entrevistadas relatam as possibilidades que são abertas no momento de sua realização:

Dentro da própria conversa ali, a gente já identifica outras situações, não fica só centrada naquela. Então, o leque acaba se abrindo, desde

problemas familiares, a vinda para o hospital, as dificuldades, se abre um leque na própria entrevista (NÊMESIS).

Conversa, mesmo, diálogo, com os familiares, identificar situações. Não só da doença, mas como ele vive em casa, como ele vive no âmbito da família. E os mais diferentes fatos (HÉSTIA).

Eu uso, eu faço a entrevista. E a partir da entrevista eu faço as orientações [...] Com o paciente e com os familiares. Alguns casos só com os familiares, porque eu trabalho na Clínica Médica. Em muitos casos os pacientes não estão em condições, eles estão, sofreram derrame, então têm problemas neurológicos e não, às vezes não estão em condições de responderem a entrevista, eles não estão conscientes. Então, muitas vezes, o primeiro contato é com os familiares, os acompanhantes dos pacientes (TÉTIS).

Levando em consideração que “a entrevista é sempre utilizada a partir da situação apresentada pelo indivíduo” (SARMENTO, 1994, p. 288), é por meio do diálogo que as situações são apresentadas. Dessa maneira, “o diálogo se põe como ato de conhecer, portanto, como ação-reflexão, análise crítica da situação entre os sujeitos, das partes ao todo e deste as partes, a retotalização” (SARMENTO, 1994, p. 288).

No decorrer do conhecimento da situação do usuário, foi considerada relevante, pelas entrevistadas, a questão da privacidade que deve ser oferecida ao usuário na realização da entrevista:

A privacidade é que as vezes fica um pouco prejudicada em função do, que são enfermarias que tem mais de um paciente. Quando eles têm condições de sair da cama, ai a gente até leva, no caso, ali no setor de tuberculose a gente vai na parte de fora, para conversar mais em particular, mas é bem complicado essa questão da privacidade. Porque às vezes a gente está conversando com o paciente, aí o outro do lado, já está dando palpite também, ou até as vezes tem conhecimento de alguma coisa que o outro não está querendo falar e fala por ele. Então é assim, é entrevista, no caso, da abordagem é a entrevista, a orientação, o esclarecimento (FEBE).

A privacidade também é apontada por Sarmiento (1994, p. 280-281), porque a entrevista acaba por tornar-se um contato pessoal íntimo e sutil, à medida o profissional imprime um caráter confidencial à ela. Isto é evidente, uma vez que expor as situações vivenciadas não é uma tarefa simples nem fácil para o paciente e este momento precisa ser bem resguardado.

No presente estudo, verificou-se que a maioria das entrevistadas afirmou realizar entrevista individual, que é “*um instrumento utilizado quando há interesse de desenvolver um trabalho em que é necessário: **priorizar um atendimento individual**³⁰; aprofundar um determinado conhecimento da realidade humano-social*” (SARMENTO, 1994, p. 289).

Com relação ao acolhimento, a entrevista torna-se base para sua operacionalização, por possibilitar a convivência iniciada no contato inicial, cuja incumbência é exatamente o acolhimento. Assim,

[...] esta convivência se inicia na primeira aproximação ou contato inicial, através do qual se estabelece uma relação/relacionamento. Neste, já percebemos como a situação se apresenta para o cliente, como sente o problema, motivo pelo qual procurou o Serviço Social e, qual sua expectativa. Esta situação colocada pelo cliente (como vivência) embora codificada se manifesta através de gestos, expressões, sentimentos (IDEM, IBIDEM, p. 287).

O *modus operandi* do acolhimento das Assistentes Sociais teve praticamente voz uníssonas nas entrevistas realizadas e apresentou um discurso unificado, o que sugere que a operacionalização do acolhimento é similar entre as profissionais, uma vez que elas relatam um fazer muito parecido, com rotinas e formas de abordagens muito próximas.

Sintetizando o que foi exposto, este item tratou de evidenciar, através do material empírico, os modos como o acolhimento vem sendo realizado pelas Assistentes Sociais no âmbito da alta complexidade.

Verificou-se que sua prática possui algumas especificidades. Primeiramente, observou-se o caráter multidimensional da definição do acolhimento, para as profissionais entrevistadas, sendo ele um conjunto relacional em que entrecruzam elementos, como a escuta do usuário, o fornecimento de informações e o conhecimento da demanda.

Mas a prática do acolhimento também pressupõe o atendimento de objetivos. Dessa forma, pergunta-se: para que se faz o acolhimento? Como se pode observar, as Assistentes Sociais realizam o acolhimento para garantir o acesso do usuário aos mais diversos direitos sociais e para construir uma relação de confiança tal que haja a criação de vínculos. Mas sobretudo, para que informações sejam captadas a fim de subsidiar as decisões acerca das intervenções que necessitam ser realizadas. Assim, as entrevistadas apontam que, sem esses objetivos, a intervenção fica comprometida, uma vez que elas trabalham com a intersectorialidade e não sozinhas, isto é, fazendo parte de uma equipe multidisciplinar. De fato, o que se pode observar foi um trabalho bem articulado, em redes, com ações que visam a

³⁰ Itálico do autor, grifo nosso.

garantia do direito, percebendo as demandas num contexto de ampliação do conceito de saúde, ou seja, com um leitura capaz de identificar fatores socialmente determinados e que influenciam na situação vivida pelo usuário.

Portanto, pode-se dizer que estes objetivos estão entrelaçados, porque se um deles não consegue ser atendido, não se alcança a resolutividade das demandas e isso compromete também a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, a operacionalização do acolhimento.

Este item se constituiu numa imersão no cotidiano da prática profissional das Assistentes Sociais e, na sua elaboração, verificou-se que as profissionais realizam um trabalho direto com os usuários à medida que no encontro entre eles há o reconhecimento mútuo, o reconhecimento da situação do usuário e o diálogo direto empreendido no momento das entrevistas.

Dinâmica é a palavra chave para a operacionalização do acolhimento, já que foi possível constatar procedimentos diferenciados para realizá-lo, não seguindo indicações estanques. Provavelmente, isso se deve à própria dinamicidade do processo interventivo e da demanda que chega ao profissional. Essas distintas formas de executar o acolhimento não comprometem sua qualidade, ao contrário, elas oferecem possibilidades e potencialidade que estão em conformidade com a realidade em que o profissional está inserido.

Foi ao falarem desse momento (o da operacionalização) que as Assistentes Sociais reconheceram-se como profissionais que realizam o acolhimento. Na dinâmica realizada a partir do pensar sobre o fazer é que se iniciou um processo reflexivo, expresso no momento das entrevistas. Mesmo manifestando dúvidas quanto aquilo que faziam, ou seja, se era mesmo acolhimento, as declarações fizeram emergir um processo de reflexão e análise do fazer cotidiano reconhecido como “rotina”. A partir das falas que problematizaram o fazer, ou seja, que buscaram identificar como o acolhimento é realizado, é que as profissionais viram-se como profissionais do acolhimento. Se são elas que escutam, ouvem a demanda do usuário, o reconhecem como cidadãos, captam suas necessidades, tanto as de saúde quanto as que podem ser respondidas em outros setores, então, elas também podem participar do processo de acolhimento realizado pelos profissionais da instituição em que atuam.

Em resumo, a prática do acolhimento possibilitou situar o Assistente Social como um profissional capaz de realizá-lo, revelando especificidades no seu desenvolvimento que, naturalmente, possuem relação com o propósito da profissão em sua contribuição social.

Após conhecer a prática do acolhimento, o próximo item a ser desenvolvido tratará das bases profissionais que a sustentam.

3.4. Bases profissionais para a prática do acolhimento

Depois concluída a tarefa de analisar o acolhimento “em si”, com suas definições, objetivos e modo de operacionalizar, o que se buscará, neste momento, será compreender as bases que sustentam o agir profissional para a realização do acolhimento.

Como se pôde observar no item anterior, foram atribuídas definições diversificadas para o acolhimento. Desse modo, ele é entendido no sentido de informar, conhecer a demanda do usuário, escutar, de postura profissional, mas também pode vir a ser comportamento cordial ou classificar segundo critério de risco. Ao verificar estas definições, as seguintes perguntas podem surgir: afinal, quais são os fundamentos que sustentam estas definições? Sob qual embasamento teórico estas definições são formuladas?

Neste sentido, apontar os fundamentos é problematizar as matrizes de pensamento que exercem influências sobre o acolhimento. É tentar situar as dimensões que constituem o fazer profissional e relacioná-las às concepções teóricas, às visões de mundo que se tornam referência para que o acolhimento seja pensado e compreendido. Colocar em debate estes diferentes fundamentos é oportuno para esclarecer que não existe hegemonia, ou seja, as definições sobre o acolhimento não possuem uma mesma fundamentação teórica, e isso implica em compreensões diferentes de um mesmo objeto, cujo pano de fundo depende do conhecimento de cada profissional.

Assim, as bases que sustentam o agir profissional para a realização do acolhimento foram divididas em quatro segmentos: do conhecimento oriundo da formação interdisciplinar do Assistente Social; do conhecimento das particularidades e normativas do campo da saúde; da apropriação dos fundamentos teórico-metodológicos da profissão; e das exigências do Código de Ética da profissão.

3.4.1. Formação interdisciplinar do Assistente Social (e a perspectiva da totalidade)

A definição do acolhimento, formulada por parte das entrevistadas, pautou-se na formação interdisciplinar recebida no decorrer da graduação em Serviço Social. Como se sabe, o currículo de formação possui um conteúdo interdisciplinar, composto por “matérias básicas”, tais como: Sociologia, Ciência Política, Psicologia Social, Economia Política,

Filosofia e Antropologia. Assim, parte delas é oriunda das ciências sociais e humanas, que são áreas de conhecimento necessárias à formação profissional.

Referindo-se a este vasto leque de conhecimentos, as entrevistadas afirmam:

Ah, eu acho que o Assistente Social, pela própria formação, por ser, da área de ciências humanas, ele tem mais facilidade de assimilar isso e de por em prática. A gente assimila. Não que a gente consiga, vamos dizer, a gente consegue por em prática o que depende da parte da gente, como eu estou te falando. Em relação ao médico, em relação a uma enfermeira, aí a gente até tenta, mas é meio complicado. Mas do que depende da gente, é bem mais fácil (FEBE).

[...] que a gente tem muito na nossa formação, faz parte da nossa formação e a gente tenta repassar essas questões na equipe onde a gente trabalha. Tanto que, geralmente quando tem essas comissões, o Serviço Social é um dos profissionais que são chamados a participar.[...] Porque pelo próprio tipo de atendimento, pelo tipo de tratamento que a gente tem com os usuários, que se diferencia basicamente, por estas questões (TÉTIS).

Estes fragmentos vêm ao encontro do que postulam Iamamoto e Carvalho (1986, p. 88) ao afirmarem que o Assistente Social é um intelectual voltado para a intervenção na realidade e que age “utilizando-se dos conhecimentos socialmente acumulados e produzidos por outras ciências, aplicando-os à realidade social para subsidiar sua prática”.

Mas o fato de escutar o paciente também é atribuído à formação interdisciplinar do profissional, como se verifica na fala de Iris e Perséfone:

Porque primeiro eu acho que é bem inerente da nossa área. O ouvir faz parte da questão do Serviço Social (IRIS).

Uma postura diferenciada. Por quê? Primeiro que eu acho que o Serviço Social. Ele não entra no quarto e sai bem rapidinho para ir lá e levar alguma coisa. Se a pessoa diz que quer conversar, a gente pára para ouvir. Então, só nisso, já é uma atitude diferenciada do profissional do Serviço Social. Claro que a gente também tem o trefismo, também tem. Porque tem coisas que precisa ir, agilizar um transporte. E assim, em relação aos outros profissionais, se bem que isso é muito complicado de fazer. Porque a gente tenta motivar no outro a ter uma atitude acolhedora. Eu faço isso o tempo todo dentro da emergência. Mas é muito difícil fazer isso porque também eu não posso estimular uma coisa que, “Ah, a assistente social está aqui, só para ver o lado do paciente. Só para ver o lado do paciente.” Porque nós vamos, eles querem que o assistente social também entenda e contextualize o lado do funcionário. Então eu sempre procuro ter essas duas leituras (PERSÉFONE).

Nestas passagens ficam claras as posições das entrevistadas quando dizem que a formação do Assistente Social influencia a prática do acolhimento quando este profissional escuta, coloca em prática o acolhimento e trata “diferenciadamente” os usuários. O acolhimento também é citado como sendo inerente à profissão e, neste sentido estaria, por natureza, ligado inseparavelmente aos Assistentes Sociais.

Vale ressaltar que a formação profissional não influencia apenas no acolhimento, mas também nas idéias ou definições que as entrevistadas apresentam acerca da humanização. No concerne a este aspecto, as entrevistadas ressaltam:

Quando ele decide fazer esse curso, ele já deve ter alguma coisa nesse sentido já interiorizado. Senão ele não ficaria no Serviço Social [...] De um tratamento digno, de estar tratando com pessoas. A gente vê nos noticiários que eles atendem mal o paciente. Isso acontece. Teve uma filmagem, inclusive de um paciente que foi para a Previdência e foi muito mal tratado, foi um médico. Se o Assistente Social for tratar um paciente dessa forma, ele está na profissão errada. Nós utilizamos do princípio... do profissional precisa incorporar a humanização, eu acho que ele já deve trazer isso lá da sua formação. Eu não sei de onde tem que adquirir, é um princípio (HÉSTIA).

[...] o Serviço Social sempre foi humanizado. Eu acredito nisso, que a gente sempre viu o homem como um todo. Ele não vem só como uma doença, ele vem como um todo, trás tudo para a gente. E essa visão, o Serviço Social sempre teve. [...] Porque eu vejo diferença de atendimento. Eu vejo desde um médico, ele só vê do que ele está tratando, ele não sai daquilo, ele não vê o paciente, ele só vê a doença do paciente, e só. A enfermagem, muitas vezes no dia-a-dia, está só naquilo, “ah, eu tenho que fazer uma injeção”, né? E esquece de dar o suporte ao paciente, o suporte emocional que ele precisa (NÊMESIS).

Eu acho, que porque eu acho que faz parte mesmo. Eu não consigo ver a gente não trabalhando também com isso [humanização]. É porque as vezes a gente ouve falar assim, a coisa é tão prática, sempre igual, entende? Que acaba virando uma rotina e tu começa a fazer isso, isso, isso, e quando tu vês... Isso assim, eu acho que a gente tem essa preocupação, pelo menos nós temos essa preocupação de sempre está vendo como a gente está tratando essa pessoa, avaliando como está o nosso atendimento, sabe? (DEMÉTER).

Entretanto, mais especificamente a respeito da Política Nacional de Humanização, Artemis sinaliza para o seguinte evento:

E para a gente, ela [A PNH] chegou aqui agora, há 2 anos, 3 anos. E quando eu te digo que surpreendeu essa humanização, porque parece que

já era tão normal, tão natural para o Assistente Social aquilo ali. Por que agora criaram uma Política Nacional de Humanização, meu Deus, mas isso parece tão absurdo. Para mim, realmente, aí é o que eu te falei antes, pode deixar que visto nos grandes centros, eu sei que hoje está uma loucura muito grande, e os profissionais entram no hospital e começam a ver o coração, o fígado (ARTEMIS).

Ao abordar o fato de que a PHN foi criada e implementada há pouco tempo, a entrevistada deixa claro que esta Política, ou o que ela vem a representar, já é algo conhecido pelos profissionais e nesse ponto corrobora a reflexão sobre a humanização no Serviço Social, segundo a qual

a intervenção do Serviço Social já estava pautada sob a ótica da consolidação da cidadania conforme o aparato jurídico-político da profissão, anteriormente à discussão da Política Nacional de Humanização, que timidamente se anunciou na XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle saúde” (CHUPEL; ALVES e GERBER, 2006).

Há de se enfatizar que o projeto profissional começou a ter seus rumos definidos com o Movimento de Reconceituação, nas décadas de 1960 e 1970, como já visto, apesar de não ter conquistado hegemonia e ser constantemente repensado. Todavia, é no rumo deste projeto que entram em consonância seus princípios e os princípios da Política de Saúde e da Reforma Sanitária, pautados na democratização e universalização dos direitos sociais. É assim que o Serviço Social parte do reconhecimento do usuário como cidadão, como ser político, sócio-histórico, que pertence a uma sociedade desigual e que se encontra envolto por uma rede de relações sociais e institucionais. Isso aponta também para outra faceta: a de que o Assistente Social, na sua prática cotidiana, não observa somente os aspectos clínicos ou do processo saúde e doença. Quando Artemis diz que os profissionais de saúde estão preocupados com as partes do coração, fígado e outras mais, ela quer dizer que os Assistentes Sociais, por sua vez, mostram-se preocupados em fazer uma distinção em oposição a esta idéia, ou seja, buscam extirpá-la, denunciando a fragmentação e os saberes segmentados, à medida que procuram se direcionar pelo olhar da totalidade. Este discurso foi encontrado em significativa parcela das entrevistas.

É com estes elementos que parte das profissionais entrevistadas fundamenta suas idéias sobre acolhimento e humanização, quando afirma que a formação profissional é a responsável por embasar teoricamente estas idéias.

3.4.2. *Conhecimento das particularidades da ação profissional no campo da saúde*

Outro grupo de participantes do estudo considera que os fundamentos que baseiam suas idéias sobre acolhimento são atributos do conhecimento adquirido acerca das particularidades do campo da saúde e no tocante às normativas impostas por tal Política. É importante destacar que todas as 13 entrevistadas afirmaram conhecer a legislação com que trabalham diariamente, ou seja, a legislação referente ao SUS. No entanto, verificou-se que um grupo enfatizou mais fortemente a influência que esta possui para fundamentar suas definições acerca do acolhimento e humanização.

Fazendo referência à legislação, as entrevistadas realçam:

Digamos que eu conheço. Tem que de vez em quando dar uma revisada, porque a gente acaba ficando no dia-a-dia e de vez em quando esquece algumas coisinhas. A gente, inclusive, uma das coisas que eu me lembro, que quando eu entrei, uma das coisas que a gente fez. Era, realmente, estudar a legislação (ARTEMIS).

A Lei é a 8080. Bom assim é, vou puxar pela memória. É assim, está muito presente no nosso dia-a-dia. A questão do acesso, o paciente tem que ter acesso, a gente tem que possibilitar ao máximo o acesso dele ao serviço, a rede, ao que tem na área da saúde, da questão de reconhecer o problema dele, de ver que são, da mesma forma que tu tens que ver a questão individual, tu tens que ver o coletivo, tu tens que entender o contexto dele. Isso, de modo geral. Tem os princípios de universalidade, de integralidade, de... não está vindo na cabeça agora (HERA).

[...] na verdade eu fiz o meu TCC, quando eu fiz em 1992, eu estagiei aqui no Hospital Regional, e eu fiz, o SUS na época estava sendo lançado. E eu já fiz o meu TCC, naquela época, fazendo a implantação do Sistema Único. Então, a gente trabalha também muito com essas questões, de orientar o paciente sobre isso. Sobre o TFD, sobre as IAH's, sobre autorização de cirurgia, todo esse mecanismo que é a engrenagem do Sistema SUS, referente ao paciente e tal [...] (PERSÉFONE)

Contudo, algumas entrevistadas demonstram um conhecimento mais detalhado sobre princípios específicos, o que se pode notar quando o princípio da integralidade é citado:

Então a gente tem, essa perspectiva da integralidade, para mim, é nessas duas linhas e é para realmente fazer com que os serviços, os direitos... Porque a gente está numa instituição de saúde. Existe uma necessidade ali que precisa ser atendida, seja num âmbito mais biológico, mas aquela ali está associada, ou às vezes, tem como causas fatores sociais, fatores psicológicos. Então se a gente tem esse olhar,

para um conceito, entendendo que a saúde, não como um conceito, mas para aquele usuário, ela tem uma perspectiva multidimensional, a gente vai saber que a intervenção ali tem que ser mais complexa. E aí, entre as profissões e entre as diferentes políticas sociais que a gente tem hoje, apesar da sua precariedade, a gente consegue fazer um atendimento mais qualificado. Atender aquela necessidade que ele traz e que precisa ser atendida de uma forma muito mais competente e com qualidade (ATENA).

Ainda com relação à integralidade, trazendo a discussão mais particularmente para o Serviço Social, uma entrevistada pontua:

Olha, eu acredito que a integralidade das ações é muito importante e eu acho que é o espaço do Serviço Social. Que é o que justifica a presença do Serviço Social, a importância dessa profissão na área da saúde. Além dos outros princípios, mas eu acho que se a gente vai destacar alguma da profissão, esse é um dos principais. Falar da participação, eu acho que também é muito importante, mas eu acho que a gente tem que assumir que nos hospitais é muito pouco, a questão da participação ou do estímulo e fomento à participação, é muito precária ainda. Mas, nessa perspectiva, a integralidade é muito mais importante (ATENA).

No Serviço Social, a integralidade é discutida por Assumpção (2007, p. 13), cuja base de pensamento foi a busca por “pensar e repensar o exercício profissional do assistente social na área da saúde, principalmente com relação às práticas que proporcionam atendimento integral nos seus diversos âmbitos”. Para situar o debate da integralidade nesta profissão, a autora buscou estabelecer a conexão entre o debate da Integralidade em saúde e o debate contemporâneo do Serviço Social. Neste sentido, ela aponta para a relevância deste princípio no cotidiano da profissão quando afirma:

No desenrolar desse movimento, o assistente social calcado nas bases teóricas indispensáveis, desenvolve sua prática de forma delineada contemplando a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a qualidade do profissional e do atendimento prestado ao usuário, a perspectiva dos determinantes sociais da saúde e da doença, etc.; isto é, a Integralidade em saúde (ASSUMPÇÃO, 2007, p. 97).

Outro princípio lembrado pelas entrevistadas foi o da universalidade. Quanto a este princípio, as profissionais assim se expressam :

É obrigação minha [conhecer a legislação] [...] O princípio primeiro para mim, é que é um direito de toda a pessoa. E esse faz parte também das conversas que a gente faz com os pais das crianças, porque nem todo

mundo tem consciência desse direito. Pensa que é apenas uma ajuda, e não um direito (HARMONIA).

A universalidade, o atendimento universal a todos. Esse é o básico. Isso é bem importante para a gente, né? De que a saúde é um direito de todos, igual e direito de todos. Esse princípio é fundamental, eu tenho bem claro esse entendimento, inclusive, para encaminhar para situações jurídicas. Porque assim, com esse princípio, uma pessoa, por exemplo, que precisa de medicação, se ela não consegue na Secretaria de Saúde do município dela, ela pode ir direto à Promotoria. Baseado nesse princípio, não vai ter nem avaliação sócio-econômica. O Promotor vai usar de, determinar direto que o estado ou o município banque essa medicação para ela (IRIS).

Referindo-se ainda à universalidade, as entrevistadas pontuam:

O acesso, a universalidade do acesso, independente se a pessoa pagar ou não pagar ela vai ter o atendimento de saúde. O que é muito confundido pelas pessoas, em geral, eles lêem essa universalidade também para a previdência social. Eles acham que todas as pessoas vão ter um vínculo de beneficiário da previdência, por conta do Sistema de Saúde. O estabelecer os níveis de complexidade de atendimento. Algumas precisam estar dentro da comunidade, fácil acesso para a população. E aqueles que não estão alocados em outros serviços, em outros locais, por conta da complexidade do serviço, do gasto do serviço. O que mais que eu posso colocar, ai, a gente sabe na teoria, mas a gente não sabe... (PERSÉFONE).

Basicamente [a legislação] é nosso instrumento de trabalho. Se eu não conhecesse, eu não teria o que... [...] Universalidade, direito universal, não necessidade de ter contribuído anteriormente (HÉSTIA).

Como bem colocam as entrevistadas, a universalidade parece que traz implícita a idéia de direito. Foi comum, no decorrer dos relatos, a afirmação de que a universalidade é um direito garantido ao paciente. Também Nogueira e Miotto (2006, p.05) apontam

o direito de todo cidadão brasileiro ter acesso *universal e igualitário* aos serviços e ações de saúde, quebrando com uma desigualdade histórica que classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe. Os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde. No plano da relação Estado-sociedade essa indicação significou o reconhecimento que a atenção às necessidades de saúde não pode ser atribuída ao mercado.

Estas autoras atribuem ainda ao princípio da universalidade a inserção da discussão dos determinantes sociais das condições de saúde. Dessa forma, o social e o econômico encontram respaldo ao ultrapassar a visão de direito e política social, o que, por consequência, pode redimensionar a intervenção profissional do Serviço Social, face às exigências que o campo da saúde revela atualmente. É neste sentido que tanto a tradição desta profissão quanto a riqueza de seu arsenal teórico e da prática acumulada são reconhecidas e podem contribuir sobremaneira para adensar o conhecimento teórico e metodológico das ações, delimitando, assim, o espaço profissional e demarcando esta profissão no campo da saúde (NOGUEIRA e MIOTO, 2006, p. 22).

Passando pelo conhecimento da legislação do SUS, do conhecimento dos princípios da integralidade e universalidade, a maioria das entrevistadas trouxe como base de sustentação argumentos presentes na Política Nacional de Humanização para a formulação da idéia de acolhimento.

Assim, as entrevistadas expõem:

Conhecer eu conheço. Mas não vou te dizer assim que eu sei, vamos dizer assim, que eu saiba de cor [...] Já li, a gente tem isso aqui, tem discutido isso, tem participado de seminários sobre humanização, que na verdade tem muito a ver com o HumanizaSUS. Então é o conhecimento que a gente tem [...] Em ambiência, em deixa eu ver, outro termo que está sendo usado muito, acolhimento (FEBE).

[...] de que a gente já vinha fazendo um trabalho muito grande da humanização da instituição para com os pacientes, com a família. A questão do cuidado com o ambiente físico mesmo. Isso eu acho que o hospital tem esse cuidado, de deixar o ambiente humanizado, para que o paciente se sinta bem aqui, para que o familiar também se sinta bem. A questão de decoração, de também, preconiza assim. Mas as vezes falta algumas coisas para o colaborador, sabe. E a gente entende que para que eu tenha uma qualidade no atendimento, eu tenho também que dar uma qualidade para que aquele colaborador trabalhe num ambiente de qualidade, um ambiente saudável, humanizado também para ele. Então as nossas brigas passam um pouco por aí, com a instituição [...] De tentar garantir que a gente tenha um espaço para os colaboradores também se sintam bem aqui. Que ele também se sinta valorizado, num ambiente humanizado (DEMÉTER).

É, na verdade o nosso trabalho, ele tem muito a ver com a Política de Humanização. Na medida em que a gente procura ter relações humanitárias com os nossos usuários, que a gente procura orientar quais os direitos, a gente procura ter uma relação de diálogo com eles, então o nosso trabalho tem muito a ver com a humanização. E também na medida em que a gente procura interpretar as condições sociais do paciente

para os outros membros da equipe. Então a gente está possibilitando uma visão mais ampla da situação do paciente, porque muitas vezes a situação é vista da forma como se apresenta, e na verdade tem toda uma história, uma situação social que está levando o paciente, ou o próprio familiar a agir de determinada maneira (TETIS).

Percebe-se que, para estas entrevistadas, a PNH é uma referência para o trabalho na instituição, no qual se destaca a importância concedida à ambiência e à valorização do colaborador.

Esta postura revela proximidade com aquilo que Sarmiento (1994, p. 158) diz a respeito das falhas na formação técnico-instrumental, cuja consequência é a adoção de ações que privilegiem o aspecto burocrático-institucional e não técnico-profissional. Ainda para o autor,

isto é percebido constantemente quando das alterações não compreendidas e transparentes que envolvem nosso agir profissional, implicam numa aproximação coincidente entre projetos profissionais e projetos institucionais, onde no jogo das correlações de força confundimos nossas opções políticas e nossas ações profissionais mesmo com opções críticas e contrárias aos interesses institucionais, com as ações político-institucionais, determinando ou forjando sob nossos olhos uma usura profissional, conectando de forma imperiosa nossa funcionalidade servil ao sistema.

Porém, em sentido oposto a este, uma parcela das entrevistadas faz a seguinte reflexão:

Eu acho que ela [a PNH] é muito controversa, tá? Até pela própria idéia de humanização, ela já nasce com um caráter de bondade, de amor no coração, que eu acho que não é a proposta inicial da humanização. Ela é uma política que vem realmente para, é uma coisa transversal, todos os níveis, todos os serviços, é tentar implementar uma lógica de trabalho, de atenção, e que isso vem sendo desvirtuado com ações pontuais ainda. E tudo o que não tem dono, muitas vezes acaba virando humanização, todo o tema, ou toda a proposta que, às vezes não sabe encaixar, as pessoas acabam encaixando dentro da idéia da humanização. Se tem telefone, como é o caso aqui, se tem um telefone que não está funcionando, "Ah, eu vou fazer para ti, mas eu faço porque eu sou da humanização". Então tem algumas coisas que não tem dono, que o dono não está fazendo, então eu faço porque eu sou da humanização. Então, tem problemas (ATENA).

Aqui, por ser um hospital infantil, eu acredito que a coisa caminha, não no ritmo que a gente quer, mas caminha. Por ter essas questões já asseguradas, que é: estar presente um acompanhante, de estar atento às outras demandas que acontecem anteriores à internação ou após a alta, para assegurar que o tratamento tenha também continuidade no município. Então isso tudo faz parte da humanização deste hospital e também dos profissionais que atuam aqui. Porque para nós não interessa

ter um paciente que tenha várias internações, e sim a gente saber que a informação aqui dada seja também informação que a família possa estar participando também em casa, ou lá na sua comunidade. E também interagindo com as outras entidades e instituições do seu município, né? (HARMONIA).

Verifica-se que é na direção da crítica que as entrevistadas questionam a PNH e também demonstram conhecê-la a fim de que esta Política não se torne uma referência para definições como acolhimento e humanização.

É com um discurso crítico e que problematiza a questão que elas se declaram contrárias ao que tenta ser mascarado na implementação da PNH, como se pode ver a seguir:

A Política em si, a gente ouve falar bastante, eu já participei de vários, sobre a humanização. Aqui dentro falam bastante em humanização, é como eu disse, na maioria das Políticas, elas são muito bonitas, belas e poderiam ser boas se realmente, elas se efetivassem, se elas fossem para a nossa realidade. Mas isso não acontece. Os servidores cobram bastante, não tem? Porque a Política de Humanização não é só humanizar, atendimento humanizado para o paciente que chega aqui. Teria que ser, a Política visa a humanização entre os usuários, o cuidador, os gestores das próprias pessoas que fazem a Política. Mas não existe essa integração. Eu não vejo que existe. Se fala em humanização, mas tu vês seu funcionário sobrecarregado, trabalhando doente, atendendo mal, aí tu não vais ter humanização do paciente nunca, porque se estamos insatisfeitos não tem como satisfazer o outro, ou tu estando doente, precisando de cuidados, como é que tu vais atender alguém. É bem complicado. Eles fazem... no papel as Políticas são boas, em todos os sentidos, principalmente na área social. Ela é muito bonita só que até isso ir para a nossa realidade, e realmente, se efetivar. Como o SUS, dizem que é o melhor sistema que existe, porque ele realmente funcionasse, ele seria o melhor sistema, mas a gente sabe que não tem. Começando pela parte financeira, não tem como efetivar porque, falta um pouco de tudo. E aí é desmotivador (HEBE).

Ainda envolto por um senso crítico, o discurso de Hera exemplifica a utilização da PNH na sua Instituição de Saúde:

Então tinha um tempo que a humanização estava reclamando, porque eles tinham que dar uma condição melhor para os pacientes da bariátrica. Bariátrica são os pacientes obesos, obesidade mórbida que tem que fazer uma cirurgia. Então o que o grupo de humanização discutia: eles discutiam porque o paciente não tinha cadeira para sentar. Porque eram obesos, né? Para mim, a questão não é a cadeira para sentar. Para mim, é ele ter acesso à cirurgia e não levar três anos para ele ter acesso à essa cirurgia. Para ele não ficar três anos na cadeira, sentado. Então a discussão da humanização era a tal da cadeira. Então o que eles fizeram? Assim, não mexe com a estrutura, não mexe com nada. Eles não

só pela aparência: aqui está revirado, vamos tirar daqui, dar uma carinha nova. "Porque daí ele vai se sentir mais confortável, vai fazer mais"... Então o que fizeram? Ali no corredor, fizeram muito engraçado, é um corredor enorme, então, botaram um divisória aqui, uma divisória ali, botaram três quadrinhos, pintaram diferente o corredor, botaram dois banco grande, para o obeso poder sentar e deram uma sala de espera para os obesos. Se tu passares lá agora, quem vai estar deitado lá é quem está mais cansado, que veio do interior e está mais cansado e os obesos nem estão vindo mais porque o hospital não tem condições de fazer cirurgia. A fila não anda faz três anos. Então são essas coisas que eu te digo. Eu quero é que o paciente tenha acesso ao serviço e tenha, claro que a aparência é bom, chegar num ambiente adequado, agradável, não sei o que, mas não adianta chegar aqui e os funcionários soltarem os cachorros (HERA).

Por fim, uma reflexão merece destaque:

Para trabalhar na saúde a gente precisa conhecer a Política de Humanização. Me dá impressão assim, de quando eu falo na Política de Humanização é que a gente não trabalha com humanos, para ter política direcionada para humanos. Mas para ver como a gente chegou. A que ponto chegamos, que eles desenvolveram uma política para a gente voltar a ter um atendimento voltado ao humano (ARTEMIS).

Na tentativa de realizar também uma crítica a esta Política há que se perguntar:

[...] afinal o serviço de saúde prestado não se destina a humanos? Humanizar os serviços é somente melhorar a aparência física do espaço de atendimento? Ou vai mais além, passa pelo respeito/dever que enquanto profissional de saúde temos para com o usuário do serviço (CHUPEL; ALVES e GERBER, 2006).

Finalizando a análise empreendida, verificou-se que os conhecimentos que fundamentam as definições de acolhimento e humanização pautaram-se no conhecimento da legislação do SUS em sua totalidade, no princípio de integralidade, no qual foi citada uma perspectiva multidimensional de atendimento, e ainda no princípio da universalidade, no qual a discussão sobre o direito foi trazida à tona. A PNH também fundamentou a definição de acolhimento, apontando, entretanto, para dois sentidos diversos: de sua incorporação como ambiência e de sua implantação a partir de princípios reduzidos e pontuais. Resumindo, verifica-se que os discursos deste grupo possuem fontes distintas e, até mesmo, um tanto contraditórias.

3.4.3. *A apropriação dos fundamentos teórico-metodológicos da profissão*

Como pondera Iamamoto (1998), as bases teórico-metodológicas consistem nos recursos essenciais para o Assistente Social ao exercer seu trabalho, uma vez que elas iluminam a leitura da realidade. Assim, entende-se que

o conhecimento não é um *verniz* que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, podendo ser dispensado; mas é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado. Nessa perspectiva, o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo Assistente Social ao longo do seu processo formativo são parte do acervo de seus meios de trabalho (IAMAMOTO, 1998, p. 63).

Seguindo por este caminho, parte das profissionais entrevistadas ofereceu subsídios acerca das bases teórico-metodológicas que vêm iluminando a leitura da realidade em que atuam, em dois aspectos relevantes: quanto às referências teóricas específicas da profissão e quanto às referências concernentes à área da saúde. Elas assim se expressaram:

[...] para a área da saúde, a gente vê que existem certos autores que fazem produções muito ligados à vertente marxista, e realmente é aquela que vai tentar dar conta da complexidade. A gente fala da saúde, a gente fala de um tema que tem várias dimensões, que tem uma abrangência muito grande, de totalidade mesmo, então, eu acho que essas literaturas estão, mais, a nossa produção elas estão bem voltadas à essa área. Se a gente for tomar produções de outras vertentes, tem tanta coisa, puxando mais para o naturalismo, para a psicologização muito também, para essa questão. Existe essa possibilidade também, mas eu acho que dentro da nossa formação, e com a proposta do projeto ético-político que a gente tenta dar conta, eu acho que são produções que estão mais ligadas à proposta de intervenção e do trabalho do Serviço Social tem até agora. E são essas leituras que a gente tenta acessar, Maria Inês Bravo, agora a Regina, a Vera, são autoras que vem puxando a literatura para o técnico-operativo, então eu acho que são coisas que estão avançando (ATENA).

Agora eu estou estudando mais [...] coisas de políticas sociais. Tem algumas coisas que a gente acaba se direcionando, tem outras que eu te digo assim, que a gente acaba não tendo como. A gente discute, ela procura fazer a ponte, faz os relatórios, ela quer saber disso, ela quer saber daquilo. É, me desafia, mas eu quero te dizer que semestre passado elas trouxeram N textos, que fui eu que pedi, porque elas não iam nem passar para mim, mas eu que pedi, mas está ali, eu me sinto até frustrada nesse sentido. De não conseguir ir mais longe, de não conseguir...(HERA).

Todavia, para a atualização e capacitação das profissionais, foi fortemente citada a participação em eventos, congressos e seminários. Tal participação foi considerada relevante também para a discussão e reflexão acerca dos temas diversos que emergem na prática profissional, afetos à área da saúde e/ou aos seus correlatos. A entrevistada esclarece:

A gente participa dos cursos na área do Serviço Social, e também, procurando a bibliografia, lendo, procurando ver as mudanças nas legislações tanto na questão do Estatuto de Idoso, como no SUS e outros, Estatutos que a gente tem aí, o Estatuto da Criança e do Adolescente, então a gente procura sempre estar se atualizando.[...] É, a gente vê, principalmente na área da saúde. A gente procura a bibliografia dentro da área da saúde. Tanto estar acompanhando a Serviço Social e Sociedade, e outras bibliografias que falam mais sobre a questão da saúde (TÉTIS).

A exigência do conhecimento teórico-metodológico se faz presente a fim de que seja possível interpretar criticamente o seu contexto de trabalho, para a leitura de conjuntura, tanto na esfera macro quanto na esfera de seu espaço ocupacional, e ainda para que sejam realizáveis estratégias de ações viáveis (IAMAMOTO, 1998, p. 80) e engajadas aos anseios dos usuários e profissionais de saúde.

Após serem conhecidos os fundamentos teóricos levantados conforme as falas das entrevistadas, destacar-se-ão, a seguir, os fundamentos éticos que sustentam a compreensão de acolhimento e humanização.

3.4.4. As exigências do Código de Ética da profissão

O debate sobre a ética adentrou o Serviço Social após a década de 1960, com o Movimento de Reconceituação. Mas especificamente, recebeu maior destaque a partir do reconhecimento da relevância de uma apreensão qualificada dos âmbitos teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político que interferem sobremaneira na qualidade de sua intervenção.

Acerca da ética, Barroco (2003, p. 67) diz:

A ética profissional é um modo particular de objetivação da vida ética. Suas particularidades se inscrevem na relação entre o conjunto complexo de necessidades que legitimam a profissão na divisão sociotécnica do trabalho, conferindo-lhe determinadas demandas, e suas respostas específicas, entendidas em sua dimensão teleológica e em face das implicações ético-políticas do produto concreto de sua ação.

Portanto, é nas repostas dadas às demandas que chegam às profissionais, as quais circundam a esfera da ética profissional, e nelas podem estar implícitas ou explícitas a dimensão ética dos projetos societários, que refletem os valores, objetivos e funções de determinada profissão.

Para Barroco (2003, p. 69-70), a ética profissional é composta por três dimensões: a filosófica, o modo de ser de cada profissão e a normatização objetivada no Código de Ética Profissional. Assim, a trajetória ético-política do Serviço Social, no Brasil, é marcada pela existência de Códigos de Ética Profissional, que demarcaram normas, direitos, deveres e sanções, sobretudo, rumos que apontaram para as peculiaridades de projetos profissionais nascentes, e que demarcaram princípios e pressupostos que distinguiram os compromissos estabelecidos por esta profissão.

Situado neste debate é que o Código de Ética foi amplamente citado pelas entrevistadas, por ter forte correlação com o acolhimento e com a humanização, como pode ser verificado nas suas falas:

Tem, tem, o mesmo caminho, o mesmo fim talvez, né? Por isso que eu acho que tem coisas que não dá pra gente não fazer parte, sabe? Não dá pra dizer: "Ah, não é comigo, né? Não faz parte da minha prática" (DEMÉTER).

Por que você coloca isso? Eu diria que sim. Porque, primeiro, o Código de Ética coloca o questão da maneira como você tem que tratar a sua clientela, eu acho que você vai estar correto naquele momento. Eu acho que sim (ARTEMIS).

Porque é no acolhimento que também acontece esse processo da empatia. De saber acolher o paciente, as informações que são dadas por ambos os interlocutores. E saber o que é sigilo (HARMONIA).

Como recorda Iamamoto (1998, p. 79), é o Código de Ética que indica um caminho, um rumo ético e político para que o exercício profissional se concretize. Mas a autora aponta para um desafio: a materialização dos princípios éticos no dia-a-dia do exercício profissional, uma vez que se corre o risco destes princípios não se concretizarem, ficando, pois, na esfera da abstração e, conseqüentemente, distanciados do processo e da dinâmica social.

Não obstante, no decorrer das entrevistas, verificou-se que, apesar de se constituírem em um desafio, como postula a autora citada, alguns dos princípios éticos

fundamentais foram citados pelas entrevistadas e assim, alcançaram uma concretização, conforme ilustram suas falas:

Até outro dia eu estava conversando com um paciente e ele é morador de rua, e eu oferecendo para ele uma casa de apoio, uma casa de recuperação. E ele disse: "Não, eu moro na rua mesmo desde os 9 anos de idade." Aí teve uma hora que eu não agüentei mais e disse assim: "Meu Deus, sabe que para mim é muito difícil imaginar que uma pessoa prefira dormir no chão". Eu falei para ele, "prefira dormir no chão, enrolado num papelão, do que estar numa cama limpinha, como tu estás aqui agora recebendo alimentação e tudo." Ele disse: "Pois é, senhora, mas infelizmente é isso. Eu não consigo ficar muito tempo num lugar só." É difícil para a gente aceitar, em função de todos os valores que a gente tem. Aí nessa hora, não fechou a historia de se colocar no lugar do outro, mas... Mas pelo menos aceitar, que aquela... Aceitar. Não tem como [...] É basicamente esse respeito ao outro. Isso aí já é uma coisa eu acho muito comum entre, esse comum que eu digo entre o Código de Ética e essa postura do acolhimento. Esse respeitar, para mim prova muitas coisas. É respeitar os valores dele, respeitar o momento dele, respeitar aquela situação que ele está passando naquele momento. Ele vem estressado, angustiado, ansioso, com a doença, principalmente aqui que a gente tem situação do, são duas situações muito graves: é a constatação do HIV e também a constatação do câncer. Aqui no setor de pneumologia a gente tem, então vem esse resultado, que é uma coisa que é bem estressante para o paciente. Nessa hora, faz a diferença à maneira como esse paciente é informado, é tratado, é apoiado (FEBE).

Todos os princípios do Código de Ética: dignidade, respeito pelo humano, tudo. Da questão de ver o sujeito de forma integral, e não em partes, só o olho ou só a perna. Assim, tudo tem a ver. O acolhimento é uma coisa que se não foi o Serviço Social quem criou, alguém que trabalhava com assistente social que criou [...] Eu acho que nas coisas do cotidiano profissional, com o Código de Ética, de tentar resgatar essa dignidade, porque quem entra no hospital, ele não é só destituído da roupa, ele e destituído de todo e qualquer coisa que vincule ele ao mundo, a uma situação, a um contexto. Então, eu acho até que o termo paciente é muito para dizer assim: "Aqui dentro do hospital, a sua condição, realmente, é a de estar esperando". Passiva, passiva mesmo. E não um sujeito que tem direito à saber, do seu diagnóstico, que tem direito a optar pelo seu tratamento. Nós já tivemos cirurgias femininas que o médico fez, tirou todo o útero da mulher e ela nem sabia. E não é uma cirurgia de risco, que ela tinha que tirar e tinha que ter sido na hora. Então assim, a figura do médico é muito no pedestal, [...] E não é isso. Como tem aquela família que não quer contar para o paciente que ele tem câncer, tem aquela família que acha que contar para ele é a melhor saída, até para ela arrumar forças para lutar contra o câncer. Mas tu vais ter que saber qual é a posição da família. Tens que conversar com a família. Nós temos médicos que dizem assim: "Não, é melhor para a paciente porque eu já tenho experiência nisso, melhor o paciente não saber por que senão ele vai se entregar em depressão". Só que ele não

ouve as pessoas. Não quer saber o que o outro diz. Só quer saber o seu lado [...] Sabe? Então eu também tenho que ter direito a escolher se eu quero ou não quero fazer essa segunda cirurgia. Não é porque tem um doutor que está dizendo que... Sabe? (HERA).

Estes relatos demonstram aquilo que o Código de Ética apresenta como seu primeiro princípio, qual seja o da “liberdade como valor ético central, e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais”. Isto é verificado no primeiro fragmento, à medida que a profissional permite que o usuário decida por sua vida, naquilo que lhe pareça mais conveniente, apesar de sua moral e ética apontarem para o lado oposto. Também pode ser verificado à proporção que, no segundo relato, a profissional reflete sobre a liberdade de decisão acerca do tratamento a ser realizado e de ser informado quanto aos procedimentos a serem realizados.

A defesa dos direitos humanos e a recusa do autoritarismo também foram citadas como relevantes na relação das profissionais com os usuários, como se constata a seguir:

Porque no nosso Código de Ética, ali fala, que nós temos que escutar, dialogar e solucionar os problemas das nossas demandas e assegurar os direitos. Então, eu acredito que tenha tudo a ver uma coisa com a outra (HEBE).

Acho que é o tipo de postura que a gente tem. Porque a gente procura muito, a partir das necessidades do paciente, e muitas vezes, até se colocar no lugar do usuário. Não estar julgando, não estar tendo uma postura autoritária. E, às vezes, a gente vê que nem todos os profissionais têm esse tipo de postura. Às vezes o outro profissional já chega com o saber pronto e começa a repassar para o paciente. E, às vezes, não vê se ele está compreendendo, se ele consegue, se ele tem alguns outros valores que estão conflitando com o tipo de situação. E nós temos muito essa postura de estar procurando, a partir do paciente, o que ele conhece, o que ele sabe, estar orientando [...] No Código de Ética, ele em todo momento, ele está falando da relação do paciente, do profissional com o paciente e ele menciona, fala bastante do acolhimento, da forma como o profissional tem que tratar e acolher o usuário. Ele dá alguns princípios gerais que a gente precisa se nortear, tanto que ele fala do sigilo, das orientações dos direitos sociais e tudo mais, e tem muito a ver com a relação que a gente estabelece com o usuário (TÉTIS).

A respeito da defesa dos direitos, esta é vista como uma das matérias-primas do trabalho do Assistente Social porque, quando acessados os direitos, eles podem modificar a estrutura das relações entre os indivíduos, ou seja, abrem-se caminhos para a formação de

novas relações sociais, transformando a condição do outro para sujeito, com seus valores, interesses e demandas. Por isso, a luta dos Assistentes Sociais, expressa nas ações cotidianas de trabalho, se levada em consideração por estes profissionais, possibilita “colocar os direitos sociais como foco do trabalho profissional é defendê-los tanto em sua normatividade legal, quanto traduzi-los praticamente, viabilizando a sua efetivação social” (IAMAMOTO, 1998, p. 78).

Segundo o Código de Ética, os Assistentes Sociais também possuem deveres. Um deles diz respeito às relações que eles estabelecem com seus usuários. Como recorda Iris:

Então eu não chego afirmando assim: “Ah, eu já sei que o tu tens uma apendicite.” Não. Então o que acontece, quando eu faço esse tipo de abordagem, as vezes a família fala por trás, “Ah, ele mal não sabe.” Tu entendes? É isso que eu quero saber. O que me interessa mais, para mim: se o paciente tem noção do que a medicina está informando o que ele tem. Porque muitas vezes, a família não quer, então nessa primeira abordagem, ou se ele mesmo, pelo grau de informação, tem consciência desse contexto que ele está da doença dele. Então eu vou primeiro ouvir, eu sempre passo pra ver a versão do paciente [...] Na questão do sigilo, na questão própria forma como tu abordas o paciente. E isso o Código de Ética está sempre muito presente para mim. Porque o paciente está ali fragilizado. Que coisas tu podes falar perto dele, que tu não podes. Isso tem que estar bem em consonância com o Código de Ética. E até outras questões das relações profissionais (IRIS).

Aqui, a garantia da “informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e crenças individuais dos profissionais” (CÓDIGO de ÉTICA, 2004, p. 41) é explicitada como sendo uma preocupação da profissional entrevistada, dentre outras relações que ela estabelece com o Código de Ética.

Efetivamente, com a informação, abrir-se-ia um espaço para uma relação democrática, tarefa que caberia ao Assistente Social porque poderia ter um papel de questionar e propositivo a fim de dividir responsabilidades. Por meio da participação do usuário, este profissional teria a possibilidade de abrir canais de decisões e poder para ele, o que implicaria numa ampliação de sua participação na coisa pública (IAMAMOTO, 1998, p. 78).

Há de se explicitar outra preocupação levantada por Atena:

[...] no Serviço Social, eu acho que a gente tem um compromisso ético de nos mantermos atualizado, e isso eu procuro através de uma formação

continuada, fazendo especialização, fazendo cursos, fazendo pós-graduação, fazendo mestrado, eu acho que além da formação, além de uma formação é uma forma de tu te manteres atualizada também, é uma conseqüência, e por isso que eu acho que é sempre importante, porque se a gente não está vinculada à alguma coisa, a gente acaba relaxando, e fica no conhecimento de 10 anos atrás que tu te formaste, no caso, grupo e comunidade. Então, a gente, a formação continuada é uma forma também de estar recebendo essas novas informações e estares atualizada do que, qual a literatura que vem sendo produzida.

Assim, há concordância com o que o Código suscita a despeito do “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Este é um importante fator levantado por Iamamoto (1998, p. 79-80), ao se referir ao rumo ético-político dos profissionais, pois, tendo em vista a dinâmica de transformações das relações sociais e suas configurações, estes devem ser informados, cultos, críticos e competentes. A autora citada declara que o fazer profissional, na contemporaneidade,

exige romper tanto com o teorismo estéril, quanto com o pragmatismo, aprisionados no fazer pelo fazer, em alvos e interesses imediatos. Demanda competência, mas não a competência autorizada e permitida, a competência da organização, que dilui o poder como se ele não fosse exercido por ninguém, mas derivasse das “normas” da instituição, da burocracia. O requisito é, ao inverso, uma *competência crítica* capaz de decifrar a gênese dos processos sociais, suas desigualdades e as estratégias de ação para enfrentá-las. Supõe *competência teórica e fidelidade ao movimento da realidade; competência técnica e ético-política* que subordine o “como fazer” ao “o que fazer” e, este, ao “dever ser”, sem perder de vista seu enraizamento no processo social. Tal perspectiva reforça a preocupação com a *qualidade dos serviços prestados* [...] (IAMAMOTO, 1998, p. 79-80).

Percebe-se que foi citada uma gama de questões relativas ao campo ético, especialmente no tocante ao Código, sendo este bastante referenciado nas falas, como se percebe:

[...] o tempo de ouvir esse paciente é diferente, de ouvir essa queixa que ele trás. É diferente, porque vai ser um profissional que vai ter um olhar para uma outra técnica de assistência, vai dar um olhar para uma outra situação, com uma necessidade diferente da necessidade que eu vou ver, vai utilizar uma técnica diferente que eu vou ter, e eu acho que às vezes não existe um preparo, principalmente em relação a empatia. De tocar nesse paciente que não quer ser tocado, então tem algumas coisas que são bem diferentes. [...] Totalmente. Total, principalmente se a gente está numa emergência onde tem um sistema de classificação de risco e a gente está pensando nesse acolhimento, pensando em garantir os direitos, uma coisa que está no nosso Código de Ética, de favorecer o

acesso, então são questões que estão totalmente envolvidas. O respeito à igualdade desse usuário. Até teve uma situação de uma paciente que se sentiu discriminada no atendimento dela, ela procurou um assistente social. Então são situações que dependem de tudo aquilo que a gente tem de referencia no nosso Código de Ética, que realmente a gente tem que trazer na nossa intervenção. De fazer aquilo valer, valer aquelas palavras que estão lá (ATENA).

É bem comum o familiar ter no assistente social, na minha ala, a questão das queixas. É muito comum, o ouvir, aqui no Serviço Social fazer queixa do outro profissional, queixa no atendimento. O que a gente orienta? Primeiro a gente orienta para conversar com a enfermeira da ala, explicar: "Você já conversou com o pessoal da ala e colocou isso?" Se não teve essa coisa, a gente indica o nosso Serviço de Atendimento ao Cidadão, que lá nós temos um local, que é o SAC, para queixa, sugestão, elogios, esse tipo de coisa. E aí, essa questão a ética pega muito nessas relações. Porque, a gente como assistente social, nós somos poucos profissionais dentro do hospital e eu vou te dizer que as relações profissionais, também em outros locais, também não são fáceis (IRIS).

Assim, pode-se observar, nestas exposições, que situações, como o preconceito, a busca pela igualdade, o mal atendimento, dentre outras que demandam uma postura ética para as intervenções, fazem parte do cotidiano profissional das entrevistadas. Cabe valorizar esta tendência, uma vez que é neste sentido que se constroem novos fazeres, novos sonhares e novas lutas são empreendidas a fim de que os princípios éticos constituam-se regra e não exceção e contribuam para a inversão do modelo técnico-assistencial cuja busca tem sido contínua, especialmente com o acolhimento.

Esse é o diferencial para as Assistentes Sociais que disseram terem se apropriado do projeto ético-político da profissão. Elas tendem a criticar a postura identificada como sendo "comportamento cordial" e aquelas que não se apropriaram deste projeto inclinam-se a reforçar essa tendência, sendo mais influenciadas pelo discurso dominante, que demonstra despolitização.

Diante dessas constatações, é possível concluir que as bases profissionais podem influenciar na leitura do contexto do usuário, e o material coletado informou pelo menos quatro universos diferentes, quais sejam: da formação interdisciplinar; do conhecimento das particularidades e normativas do campo da saúde; e dos fundamentos teórico-metodológicos e dos fundamentos ético-políticos.

Ao sinalizarem para o conhecimento das bases profissionais oriundas da formação interdisciplinar, foi bastante citada a inerência do acolhimento à prática profissional do

assistente social e a sua associação à questão da humanização, desde os primórdios da profissão.

Ao se ver, por um lado, algo como inerente a uma profissão, isto quer dizer que este algo é da sua natureza, está inseparavelmente ligado a ela. Tal idéia pode permanecer endurecida e rígida, como um dogma que acaba por tornar-se inquestionável para a profissão. E isso pode ter conseqüências consideráveis, dependendo do projeto político que se defende. Porém, se houve a tentativa de imprimir um conteúdo crítico a esta profissão, e se ela fizer parte daquilo que se considera inerente, ela é, por natureza, o reflexo desta opção. Em outras palavras: se a proposição crítico-dialética é a orientação adotada pela profissão, o conteúdo de totalidade, de compromisso com a justiça social, com a universalidade dos direitos, dentre outros que considerem o sujeito como sujeito de direitos, já é inerente e, pelo movimento dialético, ele sofre constantemente transformações e (re)questionamentos para que sua leitura acompanhe a realidade social.

Em outras palavras, todo esse movimento depende sobremaneira da concepção teórica que se pode ter. Em se tratando de um conteúdo mais conservador, este é pouco reflexivo e as práticas da humanização e do acolhimento podem ser realizadas com um fim nelas mesmas. Sendo um conteúdo mais crítico, as possibilidades de reflexão e da postura que se tomará frente às disputas políticas e de poder poderão sofrer uma leitura com vistas à transformação de concepções que não condizem com este potencial crítico.

Por outro lado, a inerência das práticas calcadas na humanização e no acolhimento também pode ser atribuída ao reflexo desta formação interdisciplinar. Como interdisciplinar, esta formação não fica restrita a conhecimentos apenas da área do Serviço Social. Recorrer a conhecimentos das ciências sociais, ou seja, da filosofia, psicologia e do direito, promove um conhecimento pautado na totalidade dos processos humanos, aprofundando a análise e enriquecendo as possibilidades de contribuições, por exemplo, dentro de uma equipe multiprofissional. Todo esse aporte de conhecimentos revela-se importante em pelo menos dois sentidos: no que se refere à inserção na lógica da totalidade e à apreensão dos conhecimentos específicos da área da saúde.

O primeiro deles refere-se à demarcação acerca dos conhecimentos calcados na lógica da totalidade (lê-se integralidade ao transpor para o campo da saúde) entre as profissões. Não se quer dizer com isso que as outras profissões não tenham incluídos em sua formação conteúdos da filosofia, da antropologia, dentre outros. Pelo contrário, muitas, ou quase todas elas, possuem estes conteúdos, porque todas as profissões têm uma contribuição social e merecem possuir um conteúdo formativo voltado para esta particularidade.

Entretanto, à formação dos Assistentes Sociais congregam-se esses conhecimentos, tendo em vista uma finalidade: a de melhor conhecer não apenas o indivíduo em uma prática socialmente dada, mas o indivíduo junto da sociedade complexa da qual ele faz parte, incluindo, como já lembrado, a visão de totalidade. Para melhor conhecer a vida social deste indivíduo, é necessário recorrer ao conhecimento da formação da sociedade brasileira, tanto no seu aspecto social quanto histórico, bem como ao conhecimento das relações sociais estabelecidas e direcionadas para o seu fazer profissional e para uma leitura voltada para o usuário, alvo de sua intervenção.

O segundo é relativo ao conhecimento específico da matéria de que trata o trabalho cotidiano, neste caso, concernente ao campo da saúde. A pesquisa mostrou que há uma boa apropriação destes conteúdos, constatada através do conhecimento das leis, normativas, e de discussões teóricas ocorridas nessa área. E na prática do acolhimento realizado pelas entrevistadas, esta boa apropriação se justifica.

Vale lembrar que, mais recentemente, a formação profissional teve que incluir em seu currículo disciplinas referentes ao campo da saúde e o motivo mais relevante foi a inserção da saúde como tripé da seguridade social e sua conseqüente inclusão como direito do cidadão e dever do Estado. Nesse sentido, a academia já corrobora o oferecimento desses conhecimentos, entretanto, eles se renovam constantemente, com a utilização de outras fontes de informação, como as entrevistadas mesmo apontam.

E esse fato tem se mostrado constante porque, após 1988, a Política de Saúde sofreu fortes modificações em seu conteúdo normativo. É interessante evidenciar que, das treze profissionais entrevistadas, apenas duas ingressaram nesse campo antes da implantação do SUS. O ingresso relativo à década de 1990 e ao início dos anos 2000 foi significativo. Apesar da implantação do SUS ter ocorrido neste último período, significativas mudanças ocorreram neste setor, o que faz com que as profissionais necessitem de constante (re)qualificação.

Ao mesmo tempo em que foi constatada certa “incorporação” de algumas normativas da Política de Saúde, houve também um movimento de forte crítica a determinadas formas de entendimento e implantação delas. Caso de exemplo é o tangente à humanização.

Considera-se que a humanização encontra-se imersa num contexto caracterizado pela adesão e pelo consentimento da força de trabalho. Isto se reflete à medida que há uma indiferenciação dos projetos societários e à medida que, hodiernamente, é estabelecida uma lógica destrutiva do capitalismo sobre a força de trabalho, com a responsabilização do

trabalhador a respeito de suas escolhas pessoais, profissionais e técnicas. Diante disso, perguntas foram colocadas pelas próprias entrevistadas: por que humanização? Qual o contexto em que os profissionais desempenham seu trabalho com a implantação da PNH e do acolhimento, tanto no seu nível macro quanto no nível da microestrutura?

Entende-se que a visão macro é determinada pelas diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde, dentre elas, a implantação da PNH, bem como pelo contexto da precarização das condições de trabalho na área da saúde, conseqüência do desmonte observado com o avanço do projeto privatista. Já a visão micro está relacionada ao âmbito dos processos de trabalho, àquilo que os trabalhadores de saúde vivem cotidianamente, muitas vezes, na defesa diária da dignidade para efetuar seu trabalho, nas condições em que este se dá, como também, nas relações sociais que buscam transformar.

Algumas entrevistadas demonstram ter simplesmente incorporado a PNH no discurso empreendido por elas, mas constituem a minoria, por assim dizer. A elas fugiu a observação de condições dadas pelos “elementos” contidos na própria profissão, como: a formação interdisciplinar, os princípios do Código de Ética, a adoção da visão crítica de mundo com a totalidade. Talvez por isso é que a profissão não veja a PNH como algo novo, mas como algo questionável no sentido de “humanizar para humanos”. Ao ser colocado dessa forma, isto significa que os profissionais estão realmente perdendo o contato com os usuários? Deixaram de ver o outro como humano?

Então, se pode deduzir que, ao perder esse contato com o usuário, o que pode estar em jogo é a influência da opção teórica adotada pelo profissional? Deixar de ver o outro como humano pode significar sair da perspectiva da totalidade/integralidade?

Evidentemente, as condições precarizadas de trabalho, visíveis atualmente no setor da saúde, não permitem ao profissional o desenvolvimento de suas tarefas de forma considerada mais adequada e completa. Essas condições se expressam na demanda excessiva, na sub-contratação, na necessidade da dupla jornada de trabalho, no pouco tempo para desenvolvimento dos atendimentos e posterior registro, mas isso não invalida a opção teórica e o que está intrínseca a ela. E a diferença é demarcada aí e foi observada entre os profissionais que possuem uma postura clara e objetiva quanto à sua opção teórica.

Vasconcelos (2006, *apud* ASSUMPÇÃO, 2007) vem questionado o trabalho dos Assistentes Sociais no âmbito da saúde. Para a autora, neste espaço profissional, a profissão tem um caráter de subalternidade e de superficialidade na leitura das necessidades de saúde do usuário, agindo no espontaneísmo. Como saída, a autora aponta a definição de um referencial ético-político e teórico-metodológico, coerente com a construção sólida do movimento da

realidade que permita condições tais que o exercício profissional seja realizado mediante um referencial criativo e politizante, conformando o conteúdo das ações profissionais com a união entre a teoria e a prática.

Entretanto, cabe questionar: todos os profissionais têm essa postura de subalternidade, demonstrando isso ser representativo para a profissão? Vale lembrar que na guerra entre Esparta e Tróia, muitas batalhas precisaram ser vencidas a cada dia. Será que não é o momento ideal de valorizar o que os profissionais realizam no seu cotidiano? E mais, será que esse referencial já não está sendo utilizado pelos profissionais que atuam na prática, tendo em vista a constante tensão e a contradição de seus espaços ocupacionais?

A presente pesquisa revelou uma posição contrária, demonstrando que a autonomia profissional também é exercida, levando-se em consideração as limitações institucionais, e que há esforços significativos para a confluência dos ideais e princípios do SUS com a prática do acolhimento. Isso merece destaque frente a todas as dificuldades que estas profissionais encontram no âmbito do “fazer”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento no campo da saúde tem sido pensado por diversos autores como um elemento relevante para a mudança do modelo técnico-assistencial, apto a transformar as relações estabelecidas entre profissionais e usuários e destes com os serviços de saúde. No bojo da discussão do acolhimento, vêm a reboque outros debates que, em essência, buscam forjar espaços alternativos, por meio de práticas totalizantes, integrais e pautadas no respeito e na visão do usuário como cidadão, quando em consonância com os propósitos da Reforma Sanitária. Porém, sua utilização também pode estar vinculada a práticas com interesses voltados à produtividade e à lucratividade, cujo embasamento é encontrado no compromisso com o discurso de saúde privada, disponível no mercado. A distinção entre essas duas visões antagônicas é que demarca um forte desafio aos profissionais que atuam no campo da saúde.

Os Assistentes Sociais não passam ilesos neste contexto. Sua prática pode estar sendo afetada, diariamente, por projetos sanitários diferentes e que podem reafirmar o projeto ético-político da profissão ou solapá-lo nas suas bases. Em face a isso, considera-se que há a necessidade de um adensamento teórico e conceitual com vistas à qualificação da prática profissional.

Como já visto no decorrer do trabalho, no Serviço Social, o campo da prática tem se constituído num espaço contraditório e que requer atenção especial no processo de afirmação do Assistente Social como profissional da saúde. Por conseguinte, pode-se dizer que não existe um debate e tampouco uma reflexão consistente sobre o acolhimento, que ofereçam subsídios para pensar acerca de sua prática, sendo ainda um tema nebuloso, pouco esclarecido entre os assistentes sociais.

Mesmo considerando que não é possível realizar generalizações sobre o acolhimento, a pesquisa revelou intervenções comprometidas com o interesse dos usuários e com princípios enunciados pelo SUS.

A descrição de sua operacionalização, pelos Assistentes Sociais, demonstrou a riqueza do processo interventivo. É neste momento que as Assistentes Sociais colocam em evidência todo o potencial de leitura da realidade vivenciada pelo usuário. O contato direto, realizado a partir das entrevistas, proporciona um movimento dialético de reflexão entre a realidade evidenciada e os conteúdos disponíveis para compreendê-la. Nas palavras de Sarmiento (1994, p. 285), na entrevista, “[...] o ato não é de conhecer o cliente, mas o de conhecer com ele a realidade que o desafia”.

O material empírico da pesquisa revelou também que as bases de sustentação, advindas do arsenal teórico e metodológico, permearam as concepções acerca do acolhimento, entretanto, com menos força, em oposição à significativa defesa (por assim dizer) e ao assentimento do referencial ético e político. Por mais que o cabedal teórico tenha avançado significativamente, após o Movimento de Reconceituação, o que se constatou foi maior repercussão do avanço ético e político para a compreensão do acolhimento, atrelado ao projeto político do Serviço Social. Nesse sentido, além do Código de Ética Profissional as referências profissionais vinculam-se também aos preceitos do Movimento Sanitário e aos princípios da Política de Saúde.

De fato, observou-se que a prática profissional é dotada de um forte conteúdo ético, não ocorrendo o mesmo em relação ao seu aspecto teórico. Nesse aspecto, percebeu-se que, embora os Assistentes Sociais se alinhem ao pensamento de determinados autores, esse alinhamento nem sempre é demonstrado claramente. Ao contrário, muitas vezes, parece se realizar de forma bastante intuitiva.

Pôde-se verificar que a apreensão do princípio da integralidade ocorre no sentido de compreender o indivíduo em sua totalidade e com bases na concepção de totalidade. Em outras palavras, a leitura da totalidade acontece quando da compreensão de que o indivíduo encontra-se submerso em uma rede de relações sociais e institucionais, mas que ele é um cidadão de direitos, participe de uma sociedade que tem na autonomia um de seus valores. E que, para atingir esta autonomia, necessita conhecer as possibilidades de acessar os direitos fundamentais, sejam eles civis, políticos ou sociais, os quais, uma vez garantidos, possam interferir na vida deste usuário. Essa leitura foi realizada exaustivamente pelos profissionais durante as entrevistas.

Dito isso, considera-se que os Assistentes Sociais agem calcados em práticas que levem em consideração o princípio da integralidade e o fazem com propriedade, porque o usuário não é atendido apenas na sua demanda pontual. A leitura é pautada na visão ampliada de saúde, considerando os determinantes sociais do processo saúde e doença. Talvez, por isso, os Assistentes Sociais podem ser considerados profissionais que possuem habilidades para a modificação dos processos de trabalho, fato este defendido por autores do campo da saúde coletiva que partilham do ideário da Reforma Sanitária.

Assim, por exemplo, Franco e Merhy (2003, p. 148), ao estudarem o Serviço Social numa instituição hospitalar, analisam o trabalho dos Assistentes Sociais e a sua inserção no processo de trabalho nessa instituição. Os autores afirmam que, nesse processo,

são operadas, pelo menos, três idéias de hospital: uma na cabeça dos médicos, outra na dos Assistentes Sociais e a outra na dos burocratas. Quanto à idéia que os Assistentes Sociais têm acerca de hospital, ela é operada

[...] a partir da tecnologia própria do Serviço Social e sob parâmetros humanitários e do direito de cidadania. O aprisionamento que lhe é imposto pelo modelo instituído ao hospital, vem revelando-se a partir da construção da rede de petição e compromissos, onde suas relações e compromissos estabelecidos revelam o quanto aquele ideário dos trabalhadores da assistência social se encontra fora dos interesses das corporações que comandam o hospital (FRANCO e MERHY, 2003, p. 148)

Para os autores, há ainda uma missão no imaginário dos Assistentes Sociais, relacionada à garantia dos direitos do usuário e à humanização da assistência, sendo executada sob forma de micro-ações no seu processo de trabalho. Mas há um tensionamento entre esse ideário e o que está instituído, quer dizer, os interesses hegemônicos existentes no hospital. Assim,

verificam-se movimentos instituintes de os trabalhadores da assistência social produzirem pequenas mudanças na relação dos serviços como os usuários, porém, sem a potência suficiente para mudar o que está instituído. Convivem assim, em relação conflituosa e tensa, de um lado o processo de trabalho do serviço social, enquadrado pela rígida e burocrática organização do trabalho na área de ambulatorios, que lhe impõe uma missão restrita, e, por outro lado, o ideal de missão do Serviço Social que os trabalhadores da assistência tentam operacionalizar a partir deste ideário (FRANCO e MERHY, 2003, p. 157-158).

Com o estudo realizado é possível levantar a hipótese de que, para o Serviço Social, o acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos Assistentes Sociais e congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. Também se pode dizer que o acolhimento objetiva o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção. De acordo com o que se percebeu nas falas das entrevistadas, é o momento de aproximação com o usuário, que demanda exigências quanto ao conhecimento do profissional, desde a utilização da entrevista até os fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos da profissão, bem como as normativas do campo da saúde e da rede de proteção social, a fim de melhor atender as necessidades do usuário, de forma resolutiva e com vistas ao cumprimento do princípio da integralidade.

Espera-se que este trabalho se constitua numa contribuição para os Assistentes Sociais, em especial, para aqueles militam no cotidiano das instituições de saúde. Tendo esta

aspiração, buscou-se realizar uma revisão teórica que oferecesse elementos para se pensar no acolhimento e para identificar as bases que o sustentam, tornando o profissional consciente delas e norteando suas práticas. Procurou-se também fazê-lo identificar-se e reconhecer-se como um profissional que possui atributos, competências e habilidades suficientes para desenvolver o acolhimento com qualidade e responsabilidade, coerente com uma perspectiva crítica e comprometida com o ideal de cidadania e justiça social.

Além disso, realizou-se um esforço no sentido de conferir maior visibilidade à prática profissional na discussão do acolhimento no Serviço Social e do Serviço Social no campo da saúde. Isso permite não apenas melhor visualizar o que está sendo feito e pensado na dimensão do acolhimento, mas também pensá-lo criticamente. Essa maior visibilidade foi oferecida tendo em vista que o propósito do estudo foi dissertar acerca do fazer profissional, quando se trata de indicar como o acolhimento está sendo pensado e operacionalizado pelas Assistentes Sociais. Pondera-se que, com esse foco, a dimensão do fazer é valorizada na sua concretização e não no enfoque de posturas idealizadas sobre o que os profissionais “devem fazer”. A valorização daquilo que se realiza na prática faz reverberar o que a profissão possui de mais rico, que é a própria intervenção.

As críticas precisam ser feitas para que se questione acerca do que está se fazendo. São críticas que ajudam a transformar o enraizado. Porém, só a crítica, por ela mesma, deixa de ter o papel de transformação quando é realizada no vazio, sem fundamentação ou contemplando partes, ou seja, tomando um universo e generalizando o todo. Há de se criticar para melhor pensar, ordenar, repensar e reconsiderar. Mas isso não é tudo. Há também de se olhar para o que está sendo feito e criticar, quando necessário, para aparar as arestas, mas olhar com um olhar de valorização e consideração, indicando possibilidades, desafios e evidenciando a audácia, a ousadia de se intervir e de buscar pelo potencial, pelo que de melhor é desenvolvido.

Como última contribuição, ensejou-se qualificar o acolhimento realizado pelos Assistentes Sociais no sentido de fazê-los reconhecer-se como profissionais capazes de realizá-lo. Aliás, relacionando os elementos trazidos pela revisão bibliográfica do acolhimento com o arcabouço teórico da profissão, verificou-se que existem pontos em comum, ou seja, um pensar e um fazer que coloca ambos discursos em consonância. Tanto isso é verdade que, embora se considere que o acolhimento não seja algo novo para o Serviço Social, sua operacionalização, condução técnica, operativa, bem como os instrumentos utilizados já fazem parte do *hall* de conhecimentos da profissão desde sua gênese. Na verdade, o novo, para a profissão, é a terminologia empregada quanto a ele.

Para finalizar, destaca-se que o assunto não está esgotado, longe disso. Sugere-se que novos estudos sejam realizados e venham a aperfeiçoar esta contribuição na direção da qualificação do acolhimento realizado pelo Serviço Social prestado ao usuário. Novos conhecimentos são sempre bem vindos quando visam ampliar o arcabouço teórico e fazer refletir acerca do processo interventivo desta profissão, uma vez que a saúde é um espaço ocupacional largamente ocupado pelos Assistentes Sociais e necessita de constante qualificação com vistas a creditar, cada vez mais, o trabalho destes profissionais que têm compromissos sociais importantes com a qualidade dos serviços, garantia de acesso, democratização dos serviços e com a ampliação dos espaços públicos.

REFERÊNCIAS

ALVES F. L., MIOTO, R. C. T., GERBER L.L. A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate. *In: Serviço Social e Saúde*. V. VI, nº6. Campinas. Maio – 2007, p. 29-42.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social. *In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO (org). Legislação brasileira para o Serviço Social*. São Paulo: O conselho, 2004.

ASSUMPCÃO, Patrícia Freitas Schemes. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. **A integralidade em saúde e o debate do serviço social**. Florianópolis., 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

AYRES, J.R.C.M. **Ação comunicativa e conhecimento científico: origens e significados do conceito de risco**. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 1995.

BARROCO, M. L.. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 2º Edição. São Paulo: Cortez, 2001.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo **Humanização na saúde: um novo modismo?** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2005, vol.9, n. 17, ISSN 1414-3283.

BORGES, Renata. Atenção à Saúde da Família: acolhimento, ética do acolhimento. **Revista Thot**. Pleas Athena, p. 63-69, 2002.

BRAVO, Maria Ines Souza . Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo , v.27, n.88 , p. 75-100, nov. 2006.

_____. Política de Saúde no Brasil. *In: MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; et al., (orgs). Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Legislação Brasileira para o Serviço Social**. São Paulo, 2004.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção a Saúde. In CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. (org..) **Promoção da Saúde: conceitos , reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2003.

CAMPOS, G.W. Subjetividade e administração de pessoal. *In: In: CECÍLIO, L. C. O. Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2005, vol.9, n. 17, ISSN 1414-3283.

CANESQUI, A.M. As Ciências Sociais, a saúde e a Saúde Coletiva. In CANESQUI, A.M. (org.) **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo- Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO: 1995

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Kátia. **Humanização do atendimento em saúde**: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2005, vol.13, n. 1, ISSN 0104-1169.

CECILIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção à Saúde**. LAPPIS, Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde. ENSP. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: www.lappis.org.br. Acessado em: 07 de julho de 2005.

CECÍLIO L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 197-210.

CHUPEL, C. P. **O acolhimento em saúde para os profissionais do Serviço Social**: uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos sócio-assistenciais. Florianópolis, 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Departamento de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

CHUPEL, C. P.; ALVES, F. L.; GERBER, L. M. L. O Projeto ético-político do Serviço Social e a Intervenção Profissional no âmbito da Saúde: a sua interface com a Política Nacional de Humanização. In: **Anais do Congresso Paranaense dos Assistentes Sociais**. CRESS/PR, 2006.

CNDSS. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença**. Secretaria Técnica da CNDSS. Disponível em http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-1_Marmott-AÇÃO%20SOBRE%20OS%20DETERMINANTES%20SOCIAIS%20DA%20SAÚDE Acesso em 28 Aug 2006.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et. al. (org). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

DAMASO, R. Saber e práxis na Reforma Sanitária: avaliação da prática científica no Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (org). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: ABRASCO. p. 61-90, 1989.

DESLANDES, Suely Ferreira **O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2005, vol.9, n. 17, ISSN 1414-3283.

FARIAS, Laura Cavalcanti de. **Acolhimento na atenção básica** : reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. Florianópolis, 2007. 1v. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

FONSECA et. al. **Acolhimento: um novo nome na diretriz do processo de trabalho ou uma mudança de atitude profissional?** 2006 – Trabalho de Conclusão de Curso (Latu Sensu). Universidade Federal de Santa Catarina. Especialização em Saúde da Família.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade.** Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 37-54.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne. **Acolhimento, Vínculo e Integralidade: o Poder do discurso ou o discurso sem poder?** Um estudo sobre as práticas cotidianas em Saúde da Família em grandes centros urbanos. Rio de Janeiro, 2005. Dissertação (Mestrado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo, Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 1986. 383p

MALTA, Deborah Carvalho. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996.** Campinas, 2001. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde.** 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 45-60.

MERHY, Emerson Dias. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano.** 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2004, 296p.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Práxis em salud um desafio para lo publico.** São Paulo: HUCITEC e Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997, pp. 71-112.

MERHY, E. et al. 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. In: CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1997.

MIRANDA, C. F.; MIRANDA, M. L. **Construindo a Relação de Ajuda**. 6ªed. Belo Horizonte: Crescer, 1990.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. HUCITEC-ABRASCO: São Paulo, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização do Ambiente Hospitalar**. Brasília, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.

MONTAÑO, C. El Debate Metodológico de los 80/90. El Enfoque Ontológico Versus el Abordaje Epistemológico. *In*: BORGIANAI, E., MONTAÑO, C. **Metodología y Servicio Social: hoy el debate**. São Paulo: Cortez, 2000

NOGUEIRA, V. M.; MIOTO, R.C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde - SUS - e as exigências para os Assistentes Sociais. *In*: **Anais da Oficina Nacional da ABEPSS**, Florianópolis, 2006.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. *In* ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**, São Paulo: MEDSI, p. 455-466: 1994.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo para novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, nº 4, 1998.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. *In*: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org).**Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 65-112, 2001.

PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org).**Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

RIVERO, D. A. T. de. Alma Ata: 25 anos depois. **Revista Perspectivas de Saúde**. Vol. 8, nº 1, 2003. Disponível em www.eerp.usp.br/panmcc/bra/HEALTH.HTM. Acesso em: 19 mar 2006.

SANTOS. Eva Terezinha. **O acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social junto a mulheres em situação de violência**. 2006 – Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Serviço Social.

SARMENTO. Hélder Boska de Moraes. **Instrumentos e técnicas em Serviço Social: elementos para uma rediscussão**, 1994 - Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Nov 2007.

SILVA JUNIOR, A G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2006.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes; MASCARENHAS, Monica Tereza Machado. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. 3ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 241-258.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento em um serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2003, p. 89-112.

TEIXEIRA, S. F. (org). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: ABRASCO. 1989.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

WESTPHAL, M.; ALMEIDA, E. S. (orgs). **Gestão dos Serviços de Saúde - Descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: EDUPS, 2001.

ANEXO

ROTEIRO DE PESQUISA PARA ENTREVISTA COM ASSISTENTES SOCIAIS

Identificação

Idade: _____ Sexo: _____ Ano de formação: _____

Fez pós-graduação? Tipo.

1. Há quanto tempo trabalha na área da saúde (antecedentes)?
2. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?
3. Em qual unidade ou setor você atua?
4. Como você identifica a chegada de um novo paciente na sua unidade ou setor de atendimento?
5. Quais são os instrumentais do Serviço Social que você utiliza para a abordagem?
6. Como você identifica as demandas trazidas pelos pacientes?
7. Quais são as ações profissionais que você desenvolve para resolvê-las?
8. Você considera importante esta primeira aproximação?
9. De que forma você registra as informações coletadas?
10. Você conhece a Legislação referente ao SUS?
11. Conhece os princípios que as regem?
12. Quais são as ações que você se utiliza para cumpri-los?
13. Quais são as suas principais fontes de informações e atualização para que você acompanhe as discussões que ocorrem no setor da saúde?
14. Você conhece a Política Nacional de Humanização?
15. Do seu ponto de vista, como você avalia a implantação desta Política?
16. Como o Assistente Social vem incorporando as diretrizes desta Política?
17. Quais os aspectos que você destaca como importantes ou positivos/negativos desta Política?
18. Como você compreende o humanizar?
19. Para você, em que consiste o acolhimento?
20. Relaciona acolhimento como uma intervenção profissional?
21. Os Assistentes Sociais podem ser considerados profissionais do acolhimento?
22. Você relacionaria aquela primeira aproximação com o acolhimento?
23. Quais as relações que você estabelece entre o acolhimento e o Código de Ética Profissional? Pode citar algum princípio?