

A implementação do acolhimento em um serviço especializado de saúde e as contribuições do serviço social

The implementation of user embracement in a specialized health service and the contributions of social work

Taiara Paim de Almeida¹, Fernanda Fávero Alberti², Gabriela Dutra Cristiano³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5524-6663>. Assistente social. Especialista em Dermatologia Sanitária. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: paimtaiara90@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4049-9902>. Farmacêutica. Mestra em Assistência Farmacêutica. Especialista em Dermatologia Sanitária. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: fernanda-albert@saude.rs.gov.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9636-8077>. Assistente social. Mestra em Serviço Social. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Doutoranda em Serviço Social. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: gabrieladutracruziano@gmail.com

RESUMO

Foi realizada uma análise dos desafios e potencialidades da prática do acolhimento em um serviço de saúde, elencando as contribuições do Serviço Social. Trata-se de um estudo de sistematização de experiências, de abordagem participativa. Os dados foram sistematizados de acordo com um diário de campo no período de março de 2020 a maio de 2021. Foram realizados 4 encontros e 15 reuniões com uma equipe multiprofissional de saúde composta por 10 participantes. Foram elaboradas nuvens de palavras para sintetizar o contexto das reuniões a partir de perguntas norteadoras. As implicações para a saúde coletiva emergem a partir das reflexões do processo de trabalho, ao passo em que foram observados desafios relacionados às dificuldades da equipe em identificar as atribuições do assistente social, ao

mesmo tempo em que fragmentam e individualizam o acolhimento. Também foi demonstrado que emergiram reflexões estratégicas e propositivas capazes de transformar o atendimento realizado.

DESCRITORES: Serviço Social. Acolhimento. Saúde. Pesquisa participante.

ABSTRACT

An analysis was conducted on the challenges and potentialities of the practice of user embracement in a healthcare service, highlighting the contributions of Social Work. This study involved the systematic compilation of experiences using a participatory approach. The data was organized based on a field diary covering the period from March 2020 to May 2021. Four meetings and 15 sessions were conducted with a multidisciplinary healthcare team consisting of 10 participants. Word clouds were generated to synthesize the context of the meetings using guiding questions. Implications for collective health emerge from reflections on the work process, whereby challenges were observed in the team's difficulties in identifying the responsibilities of the social worker, while simultaneously fragmenting and individualizing the user embracement process. Furthermore, it was demonstrated that strategic and proactive reflections emerged with the potential to transform the care provided.

DESCRIPTORS: Social Work. User embracement. Health. Participatory research method.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) reafirma o conceito ampliado de saúde, considerando quando a completude das necessidades de bem-estar físico, mental e social são conjuntamente atingidos pela coletividade¹. No Brasil, podem-se destacar dois principais modelos de saúde que sempre estiveram em disputa, mesmo com a consolidação da saúde como um direito constitucional². O primeiro é um Modelo Privatista, sob a ótica da saúde como lucro, e o segundo é o Modelo Sanitário como um direito universal, sob responsabilidade estatal, tendo o setor privado apenas como complementar - modelo este vigente no Brasil através da regulamentação do SUS^{1,3}. Dessa forma, pode-se evidenciar que a saúde no Brasil é atravessada por diversas forças, contextos e fenômenos que lhe causam dificuldades quanto à implementação, gestão e financiamento das políticas de saúde, afetadas pelos representantes políticos e outras expressões dos interesses sociais que estão sempre em disputa³.

Dentre as inúmeras dificuldades em produzir saúde na sua integralidade, nas questões relacionadas ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e “desavanços” políticos, pode-se destacar a contrarreforma do Estado implementada através da emenda constitucional (EC) nº 95, que congela as despesas públicas por até 20 anos⁴. A emenda marca o fim do Estado garantidor de direitos, uma vez que a proposta impõe uma inversão de prioridades, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos previstos na Constituição Federal de 1988^{5,6}. Além disso, a pandemia do novo coronavírus, declarada em março de 2020, também acentuou a crise econômica, social e de saúde já existente no Brasil. Foram necessárias medidas rigorosas para conter o aumento exponencial dos casos, como por exemplo, o isolamento social⁷.

O Brasil é um país periférico e dependente nos circuitos do capitalismo mundial, marcado por iniquidades sociais e de saúde, que concentra muitas favelas, casas superlotadas, sem condições de fazer o isolamento de seus(as) moradores(as), que sequer possuem recursos para sua proteção como água, sabão e o uso do álcool gel⁸. São pessoas com maior vulnerabilidade à contaminação do vírus e que ainda são desassistidas pelas políticas de saúde, sendo, portanto, um país de características periféricas que potencializam a velocidade e a disseminação do vírus⁹. Nesse sentido,

reafirmando que o adoecimento também é determinado por expressões da questão social, a manutenção dos serviços de saúde sob a ótica da integralidade do cuidado requer intervenções que abranjam a prática da humanização do cuidado, fortalecendo os serviços enquanto espaços de assistência integralizada³.

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu como uma proposta de orientar e qualificar o SUS a partir das relações com usuários/as, gestores/as e trabalhadores/as, norteados pelos princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos¹⁰. Dentre as estratégias elencadas pela PNH, o acolhimento é uma de suas diretrizes e tem como definição uma postura ética que implica na escuta do usuário e no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento. A diretriz do acolhimento tem destaque pelo papel importante de incluir práticas humanizadoras nos serviços de saúde, contrariando a lógica capitalista^{10,11}. Ao mesmo tempo, existem poucos estudos produzidos, principalmente no núcleo do Serviço Social, justificando a relevância do presente estudo.

No âmbito do acolhimento, a humanização do atendimento tem o intuito de valorizar e fortalecer os(as) trabalhadores(as), usuários e as políticas públicas, ou seja, é de cunho coletivo, sendo uma ferramenta capaz de possibilitar que o SUS efetive seus princípios constitucionais. O Serviço Social tem um papel primordial na efetivação desses princípios, indo ao encontro com o Projeto Ético-Político do profissional assistente social, que promove, na perspectiva do acolhimento, o acesso à direitos¹². Neste contexto, o presente estudo analisou os desafios e potencialidades da prática e implementação do acolhimento em um serviço de saúde de caráter ambulatorial e estadual, elencando também as contribuições do serviço social para o campo da saúde coletiva.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de sistematização de experiências, com abordagem participativa e análise de dados qualitativos. O estudo foi conduzido no período de março de 2020 a maio de 2021 em um serviço de saúde estadual, de complexidade secundária e caráter ambulatorial, localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O público-alvo foi a equipe multiprofissional composta por 10 profissionais de

diferentes núcleos (farmácia, enfermagem, psicologia, nutrição e serviço social), após obtenção do consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisadora possuía vínculo com a equipe devido a sua participação na Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), considerando que dado o contexto atípico decorrente da pandemia, a pesquisa foi restrita apenas aos profissionais, tutores e preceptores da RMS, não abrangendo outros trabalhadores(as) do serviço, a fim de cumprir os protocolos de segurança.

Optou-se pelo método de pesquisa participante como base para o desenvolvimento deste estudo. A pesquisa participante valoriza a perspectiva de que todos são detentores de saberes, reconhecendo que o envolvimento coletivo e os diversos saberes são fundamentais para a construção de soluções para os problemas que afetam a coletividade¹³. Além disso, utilizou-se o método dialético crítico e suas categorias marxianas como modelo teórico, considerando a realidade dinâmica a partir de sua historicidade, contradição e totalidade. Trata-se de uma análise que parte da realidade social para compreender as múltiplas determinações¹⁴. Assim, esta pesquisa também abordou os diversos elementos que afetam a prática profissional em decorrência da crise econômica, social, política e de saúde, agravada significativamente pela pandemia do novo coronavírus.

Os dados foram coletados por meio do diário de campo, construídos a partir das reuniões da equipe multiprofissional que ocorreram semanalmente e foram registradas pela pesquisadora, que é uma Assistente Social e ficou responsável por conduzir todas as atividades relacionadas à pesquisa. Para realizar tal sistematização, Holliday¹⁵ forneceu o aporte teórico, sendo que para o autor a sistematização consiste em:

(...) o mais característico e próprio da reflexão sistematizadora é que ela busca penetrar no interior da dinâmica das experiências. Algo assim como entranhar-se nesses processos sociais vivos e complexos, circulando entre seus elementos, percebendo a relação entre eles, percorrendo suas diferentes etapas, localizando suas contradições, tensões, marchas e contramarchas, chegando assim a entender estes processos a partir de sua própria lógica, extraindo ensinamentos que possam contribuir para o enriquecimento tanto da prática como da teoria (p. 24)¹⁵.

A sistematização de experiências foi ancorada nos cinco tempos propostos por Holliday¹⁵:

1) O ponto de partida: viver a experiência. Nesta etapa, foi o momento de se envolver ativamente e se imergir no contexto, interagindo com os elementos e atores envolvidos. Neste caso, foram as reuniões iniciais para sensibilização da equipe sobre a temática do acolhimento, que seria abordada nos próximos encontros e a construção das perguntas norteadoras dos encontros.

2) As perguntas iniciais: Nessa etapa, foram formuladas as perguntas que orientaram a reflexão e análise da experiência. Essas perguntas têm o propósito de explorar aspectos específicos da experiência, buscando compreender sua dinâmica, implicações e resultados.

3) Recuperação do processo vivido: Nesta etapa, ocorre a revisão e a recuperação do processo vivido, ou seja, foram coletadas informações, registros e dados relevantes sobre a experiência. Foi o momento de resgatar as informações e evidências relacionadas à experiência, considerando diferentes perspectivas das fontes de informação (atores envolvidos).

4) A reflexão de fundo “Porque é que aconteceu da forma que aconteceu?": Nessa etapa, realizou-se uma reflexão profunda sobre a experiência, buscando compreender as causas, motivações e influências que levaram aos resultados observados. É um espaço de análise crítica, questionamento e busca por respostas que ajudem a compreender o contexto e os fatores que influenciaram a experiência. Aqui podemos compreender como o momento de reflexão após os encontros das perguntas norteadoras.

5) Os pontos de chegada: Nessa etapa, foram identificados os pontos de chegada, ou seja, os resultados, conclusões e aprendizados obtidos a partir da sistematização da experiência. É o momento de extrair ensinamentos, lições e recomendações que possam contribuir para melhorar práticas, políticas ou intervenções futuras relacionadas ao tema da experiência. Nesse caso, gerou produtos a serem desenvolvidos dentro do serviço (projetos).

As questões centrais que estimularam o debate foram consideradas como ponto de partida, visto que elucidaram um diagnóstico situacional do serviço e foram elaboradas pela assistente social considerando os objetivos da sistematização, sendo elas: 1 - O que é entendido por acolhimento em saúde?; 2 - Como é o acolhimento

neste serviço de saúde?; 3 - Dos locais deste serviço de saúde em que se sente acolhido, que palavra descreveria este sentimento de acolhimento?; 4 - Dos locais deste serviço em que não se sente acolhido, por que não se sente acolhido?; e 5 - Que sugestões conseguiriam ser definidas em uma palavra como benéficas para a implementação da prática do acolhimento neste serviço? As perguntas iniciais basearam-se nos objetivos propostos por esse debate, que foi a discussão coletiva dos desafios e potencialidades do acolhimento, com vistas a qualificar o atendimento da população em consonância com a PNH. As fontes de informação utilizadas foram os servidores estatutários e residentes do serviço de saúde, a partir das respostas das perguntas do ponto de partida.

Os debates ocorreram em quatro encontros e 15 reuniões de equipe realizadas com todos os participantes da equipe multiprofissional e com duração média de uma hora cada atividade. Os resultados abordaram as percepções da pesquisadora e os saberes produzidos pelo grupo, todos descritos no diário de campo. Tendo em vista ser um grupo pequeno de participantes, para evitar o risco de exposição e de quebra do anonimato, a pesquisa não apresentou nomes e manterá em sigilo qualquer fala individual ou de núcleo que possa comprometer ou trazer algum dano aos membros que participaram da pesquisa. Após as discussões, foram elaborados projetos como produtos para promover o acolhimento dentro do serviço de saúde, sendo esses os resultados alcançados. Os projetos foram desenvolvidos em conjunto com a equipe multiprofissional e aplicados em cada setor do serviço.

A metodologia utilizada para a análise dos dados teve início com a construção de uma nuvem de palavras, definidas a partir dos encontros de acolhimento realizados em reunião da equipe multiprofissional. Para criar a nuvem de palavras, foi utilizada como ferramenta o site Word Clouds (<https://wordclouds.com>), observando que as palavras em destaque (maiores) nas respectivas nuvens referem-se a citações repetidas pelos membros do grupo. Além disso, foi solicitado aos membros que justificassem o motivo das palavras terem sido citadas, e esses fragmentos de contexto foram anotados no diário de campo.

Ao considerar a pesquisa participante e a sistematização das experiências, os dados foram ponderados na perspectiva de cruzar as informações coletadas em três momentos do diário de campo da assistente social, buscando aprofundar e dar sentido a essas informações a partir dos elementos teóricos e práticos^{13,15}. São esses os três

momentos:

- 1) Nuvem de palavras construída pela equipe multiprofissional;
- 2) Percepções e apontamentos sobre as potencialidades e fragilidades do acolhimento do serviço de saúde em questão, construídas pela equipe multiprofissional;
- 3) Percepções, reflexões e interpretações da pesquisadora acerca do tema do acolhimento.

A pesquisa foi realizada seguindo os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as diretrizes e normas regulamentadoras para a pesquisa envolvendo seres humanos¹⁷. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul com o CAAE nº 45994821.8.0000.5312 e Parecer nº 4.908.041.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 10 pessoas pertencentes à equipe multiprofissional de saúde da instituição a qual a pesquisa foi executada. Não houve nenhuma desistência de participação durante todo o período da pesquisa. Os núcleos profissionais participantes foram: enfermagem (n=03), farmácia (n=01), psicologia (n=02), serviço social (n=02) e nutrição (n=02).

Nuvem de palavras construída pela equipe multiprofissional

O ponto de partida buscou compreender a configuração do acolhimento na unidade de saúde em questão, identificando quais eram os locais e os motivos pelos quais os membros da equipe se sentiam ou não acolhidos nos diversos espaços de trabalho, além das potencialidades e fragilidades identificadas (Quadro 1).

Quadro 1. Ponto de partida - Resultados da nuvem de palavras referentes às questões elencadas nos debates realizados

<p>1 - O que você entende por acolhimento em saúde?</p>
 <p>Centralidade no usuário Integralidade Empatia Historização Respeito Sensibilidade Escuta</p>
<p>2 - Como é o acolhimento neste serviço de saúde?</p>
 <p>Heterogêneo Defasado Insensível Fragilizado Apático Fraco Obstáculo Fragmentado Ineficaz Ignorado</p>
<p>3 - Dos locais desse serviço de saúde em que você se sente acolhido, que palavra descreveria esse sentimento de acolhimento?</p>
 <p>Comunicação Protegida Parceria Inseririda Conforto Respeito Pertencimento Confiança</p>
<p>4 - Dos locais desse serviço em que você não se sente acolhido, por que você não se sente acolhido?</p>
 <p>Disfuncional Individualismo Grito Desorganizado Fragmentação Hierarquização Desumanizada Constrangimento Hostilidade Invisível Ambivalência</p>

5 - Que sugestões você conseguiria definir em uma palavra como benéficas para a implementação da prática do acolhimento nesse serviço?

Desacreditada
Gestão
Educação permanente
Integralidade
Respeito
Oxigenação
(Re)construir

Fonte: Dados da autora.

Percepções e apontamentos sobre as potencialidades e fragilidades do acolhimento do serviço de saúde em questão, construídas pela equipe multiprofissional

O grupo sintetizou que o acolhimento significava compreender as demandas e necessidades do usuário, buscando saná-las através de orientações construídas conjuntamente, reconhecendo que o acesso à saúde é um direito humano fundamental.

A equipe descreveu que o serviço apresentava dificuldades na organização dos fluxos de atendimento e falhas de comunicação que impactaram a organização das demandas do serviço, interferindo negativamente no acolhimento ao usuário. Pode-se destacar como falha na organização e planejamento dos serviços a falta de reuniões de equipe regulares naquela unidade de saúde, o que desencadeou as falhas de comunicação, a falta de reflexão e engajamento coletivos, prejudicando a qualidade do serviço e reforçando as relações hierarquizadas, incentivando a tomada de decisões parciais, verticais e imediatistas.

A equipe multiprofissional considerou que a maioria dos trabalhadores não obteve informações e orientações suficientes para refletir sobre as práticas de acolhimento, apontando a falta de planejamento estratégico para isso, justificando, assim, as fragilidades e divergências em relação à aplicabilidade do dispositivo no cotidiano daquele serviço de saúde. A falta de comunicação entre os setores resultou em desconhecimento sobre a realidade e sobre o acolhimento na instituição. Muitos dos trabalhadores demonstraram não saber o que é acolhimento e, conseqüentemente, não se sentiam envolvidos com essa problemática no referido serviço. A equipe elencou a desarticulação entre os setores como a grande

problemática do serviço, o que dificultou o processo de trabalho coletivo, observando-se ainda que muitos profissionais confundem triagem com acolhimento e recepcionar com ser acolhedor.

Percepções, reflexões e interpretações da pesquisadora acerca do tema do acolhimento

Pode-se inferir que as complexidades apresentadas demonstraram as fragilidades de se constituírem enquanto coletivo, sendo compreensível que o acolhimento ocorra na mesma lógica e dinâmica: fragmentado, individualizado e desorganizado. Dessa forma, o acolhimento constituiu-se conforme a idealização de cada setor ou cada indivíduo, não existindo um modelo institucional de acolhimento como premissa. De acordo com a análise abordada pela equipe, isso decorreu também pela falta de engajamento da gestão em colocar em prática e oportunizar espaços de reflexão que se atrelam à lógica do acolhimento, ou seja, é um elemento ignorado por muitos sujeitos desse serviço de saúde. Nesse contexto, observou-se então a limitação e fragmentação do serviço de saúde, que precisa construir um espaço mais resolutivo.

Ao elencar as principais fragilidades e potencialidades apresentadas pelo serviço em questão, fez-se necessário pensar em ações estratégicas que pudessem trazer benefícios ao serviço e, sequencialmente, aprimorar o acolhimento e o atendimento aos usuários. Dentre as sugestões do grupo para melhorar o acolhimento, as palavras mais citadas foram: "gestão", "educação permanente" e "integralidade". A equipe sintetizou que seria necessário integrar os setores dos serviços, os profissionais e a gestão para tornar o acolhimento uma diretriz de trabalho nessa instituição. Além disso, ressaltou a importância de reuniões de equipe regulares para abarcar as reflexões e desenvolver o trabalho em conjunto. E, para viabilizar tais mecanismos, compreende-se a real necessidade de desenvolver a educação permanente com o objetivo de qualificar e fortalecer os profissionais.

Com vistas nesses processos, foram realizados pequenos projetos e ações, organizados pela equipe multiprofissional, buscando atingir objetivos relacionados ao fomento do acolhimento no serviço de saúde, levando em consideração as fragilidades apontadas pela equipe de saúde representativa. Os projetos foram abordados no quadro abaixo:

Quadro 2. Ponto de chegada - Projetos e ações propostas e realizadas pela equipe multiprofissional

AÇÃO	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS
SUS ¹ 30 Anos: Trabalhadores(as) da Saúde, Você Faz Parte Desta História	Acolher, fortalecer, integrar, conhecer e estabelecer um diálogo possibilitando incluir os trabalhadores(as), estimulando a reflexão sobre a importância do trabalho realizado em defesa do Sistema Único de Saúde.	Foram realizadas atividades de entrega de brindes aos trabalhadores do serviço, com tema alusivo aos 30 anos do SUS, com ênfase na importância destes para a construção dessa história, tendo em vista, também, o momento de diálogo com eles acerca de suas autopercepções sobre o tema	Esta atividade ampliou a discussão da importância dos trabalhadores da saúde para a valorização do SUS enquanto sistema universal, público e gratuito. Além disso, também estimulou a participação dos servidores para a construção de processos de trabalho, desencadeando a organização da reunião de equipe no referido serviço.
Gestão em Saúde: Competências do Cotidiano Institucional e Incentivo para a Participação dos Trabalhadores nos Processos de Gestão em Saúde	Acompanhar atividades de Gestão Participativa e Controle Social, propiciando espaços de debates que estimulem a participação social.	Foram realizadas ações de sensibilização dos trabalhadores(as) para incentivar a sua participação em reuniões de equipe, de forma contínua e permanente, possibilitando que tenham consciência da importância de uma gestão em saúde participativa e transparente. Foram realizadas ao total 06 reuniões de equipe que contaram, em média, com a participação de pelo menos 02 trabalhadores de cada setor. Salientando que anteriormente o serviço não realizava reuniões de equipe mensais com a participação de todos os setores. Também foram realizados 02 seminários de gestão em saúde.	As movimentações geradas através da participação dos trabalhadores e usuários na gestão em saúde foi fundamental para estabelecer o compartilhamento de demandas e necessidades que o serviço, os usuários e os trabalhadores vêm observando. Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.
Oficinas Pedagógicas: Acolhimento em saúde.	Identificar as principais fragilidades encontradas para a garantia do Acolhimento. Identificar as principais potencialidades em relação ao Acolhimento.	As oficinas pedagógicas foram a estratégia metodológica, pois reúne características favoráveis à construção de novos conhecimentos, proporcionando horizontalidade, reflexão, descoberta, estímulo, criação e participação entre os envolvidos.	As oficinas resultaram em educação acerca do tema. Além disso, contribuiu para a sistematização dos dados relacionados nesta pesquisa, gerando conhecimento para toda a comunidade.

Fonte: Dados da autora.

¹ SUS: Sistema Único de Saúde.

Ficou evidenciado, através das reuniões de equipe, que os trabalhadores do serviço direcionaram os problemas do acolhimento para o serviço social, confundindo as atribuições desses profissionais. No início do estudo, foi observado que o tema trazia de forma individualizada falas de culpabilização, personificação e desconforto dos problemas referentes ao acolhimento entre os profissionais. Observou-se que a partir da construção de discussões sobre o tema pela assistente social que conduziu os debates, houve a superação da culpabilização, pois esses sujeitos conseguiram identificar as problemáticas enquanto responsabilidade coletiva, emergindo assim, as ações que visaram a transformação dessa realidade. Notou-se, principalmente, que a articulação entre a equipe multiprofissional ultrapassou as barreiras e atingiu demais setores do serviço de referência especializada, através da composição das reuniões de equipe.

A atuação em equipe também contribuiu para direcionar as competências de cunho coletivo, antes abordadas ou encaminhadas apenas para o setor do serviço social da unidade. Porém, notou-se que muitos dos trabalhadores(as) apresentaram dificuldades em identificar o que seriam as atribuições do serviço social, surgindo a necessidade de trabalhar e desenvolver tais questões nesse serviço. Entretanto, a partir do projeto “SUS 30 anos” e através da construção das reuniões de equipe, foi mais viável propor esclarecimentos e estabelecer melhores ações e relações que evidenciam também o trabalho do(a) assistente social.

Pode-se afirmar que as principais contribuições do serviço social nessa pesquisa foram articular e estimular a partir da pesquisa participante, a construção de uma educação coletiva e transversal, na perspectiva de criar resistências e resgatar os princípios da saúde. Neste momento histórico, de crise, pandemia e de grandes ameaças às políticas públicas, se fez ainda mais necessário criar movimentos e estimular debates que visem a mobilização da sociedade. Deste modo, observou-se através das ações apresentadas, as inúmeras estratégias coletivas que reforçaram e potencializaram a reestruturação e qualidade do acolhimento e dos serviços de saúde, assim como, a retomada da identidade dos trabalhadores(as), o trabalho coletivo e conseqüentemente, o fortalecimento e a defesa do SUS.

Além dos fatores que visam a mobilização, destacou-se como trabalho do assistente social, um profissional que se aproxima da realidade e da totalidade, realizando mediações, buscando compreender o movimento real. Com base nessas

informações, verificou-se a preocupação desses profissionais em se apropriar e se aproximar da realidade, partindo da particularidade do acolhimento no serviço de saúde, ampliando sua visão através da análise de conjuntura e da configuração da saúde pública no Brasil.

DISCUSSÃO

A PNH define que acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde¹⁰. Nesta perspectiva, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário(a) com sua rede socioafetiva^{10,11}. Ao olhar para o conceito de acolhimento, pode-se contrapor a compreensão do grupo quanto ao tema. As palavras mais citadas e que definiram o acolhimento foram: “empatia” e “respeito ao usuário”. No debate em grupo, observou-se que os argumentos sobre o que é acolhimento estavam centralizados no(a) usuário(a), na escuta qualificada, na sensibilidade e na empatia. A equipe multiprofissional produziu entendimentos e sínteses alinhadas com o que é preconizado na PNH, e para o grupo o acolhimento está fundamentado no preceito da integralidade do cuidado.

O acolhimento tem múltiplos conceitos, para além de apenas uma diretriz operacional do SUS, e é de responsabilidade de todos os(as) profissionais de saúde, pressupondo um conjunto de atividades como a escuta, a identificação e a resolutividade das demandas apresentadas, sendo, portanto, um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde¹¹. É importante ressaltar o papel da gestão no processo de implementação do acolhimento, que deve ser pautada em princípios democráticos e de interação com a equipe, visto que a mudança de processo de trabalho necessita de adesão dos trabalhadores à nova diretriz¹⁸.

Considerando a implementação da PNH, notou-se que o serviço de saúde em análise não apresentou um planejamento que estruture o acolhimento e que possa balizar as ações dos(as) trabalhadores(as). Conforme afirmado por Paim (2006), o conceito de planejamento é transversal à teoria, sendo comprometido com a ação. Ainda, para o autor, o planejamento consiste em pensar e analisar, antecipadamente,

a ação. A literatura aponta que o acolhimento tem potencial de redução da demanda reprimida, oferecendo maior acesso aos serviços e responsabilizando toda a equipe pelo cuidado e pela satisfação ao usuário^{19,20}, mas, para a sua efetividade é necessário planejamento e organização, com cautela para não ultrapassar os limites dos processos de trabalho individuais. Autores já destacaram que existe uma lógica de atribuição exclusiva do acolhimento a um grupo de recepção, o que sobrecarrega o processo de trabalho individual e conseqüentemente desencadeia baixa adesão dos demais profissionais da saúde a esta diretriz^{18,19}.

Este espaço também se configura como um lugar de hierarquia e de centralidade no atendimento médico na prestação da assistência, causando a invisibilidade de outras profissões, como apontado na análise grupal. A organização e decisões do serviço partiram em sua grande maioria de uma categoria profissional, sendo eles os horários e fluxos, por exemplo. Dessa forma, os demais profissionais e usuários(as) precisavam se adequar a esta organização. Muitos dos(as) trabalhadores(as) estavam atrelados pela lógica de atendimento do modelo biomédico, que se desenvolve buscando o entendimento de problemas de saúde objetivos, explicados por modelos biológicos, menosprezando a repercussão da subjetividade do(a) usuário(a) e suas demais queixas²¹.

Com isso, pode-se considerar que o modelo de atenção à saúde ainda reflete a centralidade na figura do médico, como profissional central na lógica vigente, na doença como foco das intervenções, ou seja, no modelo biomédico hegemônico²². Portanto, a lógica do modelo biomédico e a articulação com os interesses do capitalismo, determinam os grandes desafios a serem enfrentados para garantir a integralidade em saúde, sendo que esta integralidade depende de um trabalho interdisciplinar que considere os diversos contextos socioculturais dos que demandam cuidado e tenham em seu núcleo o trabalho vivo, ou seja, as relações e o vínculo entre profissionais e usuários/pacientes²².

Em uma revisão integrativa, destacou-se que o acolhimento, na prática, se restringe em ações pontuais de atendimentos e a ações de atendimento às urgências, resumido a uma mera triagem e descaracterizado de sua principal função: a humanização¹⁹. Estudo destaca que a partir da adoção da PNH, os profissionais se tornaram mais sensíveis às necessidades e à responsabilização com a saúde dos usuários¹⁸. Para tanto, além da importância de se fomentar a implantação do

acolhimento, percebe-se a necessidade de fomentar espaços de educação permanente com as equipes de saúde para alinhamento de conceitos sobre o acolhimento.

Os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde apresentam que esses profissionais são chamados constantemente para viabilizar e esclarecer as diversas concepções de humanização, devido às características da profissão que visa à defesa dos direitos sociais²³. O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. E, por isso, o assistente social deve participar na elaboração de protocolos assistenciais e rotinas de trabalho, investindo na educação permanente das equipes, com vistas a repensar o modelo de atenção à saúde e avaliar, constantemente, as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde, sendo de suma importância a participação dos(as) usuários(as) nesse processo²⁴.

O assistente social trabalha numa perspectiva que visa ir além da imediatividade expressada na demanda, além da aparência dos fatos, e que, portanto, visa o mediato (concreto), pois, ao ir além do imediato, é possível superar a invisibilidade dos processos sociais, a fragmentação e o pragmatismo do trabalho coletivo em saúde, tornando, assim, o trabalho mais integral^{25.26}.

Desta forma, as contribuições do serviço social romperam com o trabalho fragmentado, propondo processos coletivos, numa perspectiva de totalidade, incentivando as práticas e o trabalho interdisciplinar como uma alternativa para superar também a invisibilidade do trabalho do(a) próprio assistente social. Assim, demonstra-se a importância desse profissional que atua nas expressões da questão social, como agente formulador e proponente de estratégias para enfrentá-la. Tais mobilizações são necessárias, pois evidenciou-se por meio desta pesquisa, a importância dos espaços coletivos e da interdisciplinaridade, que resistem ao caos sistêmico que ignora as relações sociais tão importantes para a manutenção dos indivíduos. Isso exemplifica a capacidade e a importância do coletivo, visto que a realização dessa pesquisa só foi possível com a efetiva participação de diversos atores que compõem esse serviço de saúde.

Este estudo apresenta algumas limitações. O estudo foi conduzido em um único serviço de saúde estadual localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Portanto, os resultados e conclusões obtidos podem não ser generalizáveis para

outros contextos ou serviços de saúde. A amostra foi restrita à equipe multiprofissional composta por 10 profissionais de diferentes núcleos, o que também limita a representatividade e a aplicabilidade dos resultados. Além disso, o estudo esteve sujeito a um viés de seleção, visto que a pesquisadora tinha vínculo com a equipe. Outros trabalhadores do serviço não foram incluídos, o que pode afetar a diversidade de perspectivas e limitar a compreensão abrangente do tema estudado. O estudo também envolveu um grupo pequeno de participantes, o que pode limitar a diversidade de opiniões e experiências representadas. Um número maior de participantes poderia fornecer uma visão mais abrangente e aprofundada sobre o tema do acolhimento no serviço de saúde. Por fim, embora a pesquisa participante e a sistematização de experiências sejam abordagens válidas, elas têm suas próprias limitações. A pesquisa participante pode ser suscetível a vieses, pois os participantes podem influenciar uns aos outros durante as discussões. Além disso, a coleta de dados por meio do diário de campo pode ser subjetiva e depender da interpretação individual do pesquisador.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo, de forma inédita e inovadora, possibilitou a reflexão sobre os diversos aspectos que caracterizam o acolhimento em saúde, partindo da singularidade de um serviço de referência estadual do estado do Rio Grande do Sul. O acolhimento é tido como um pilar fundamental para a construção de um novo modelo de saúde, definido por critérios técnicos, éticos e humanos, no qual os profissionais devem ser resolutivos com as questões demandadas pelo território. Observou-se que as principais fragilidades constatadas foram as dificuldades da equipe em identificar as atribuições do assistente social, ao mesmo tempo em que fragmenta e individualiza o acolhimento no serviço de saúde. Além disso, a equipe apresentou dificuldades em relação à política de humanização e consequentemente sobre o acolhimento em saúde.

As contribuições do serviço social partiram do entendimento que o acolhimento era uma barreira de acesso, e, portanto, o papel da assistente social foi buscar estratégias para viabilizar direitos. Essa reflexão contribuiu de forma significativa para a qualificação da prática multiprofissional, desenvolvendo uma análise participativa

sobre o processo de trabalho através da construção de espaços de escuta e acolhimento aos trabalhadores, visando a sua valorização, viabilizando o seu pertencimento social e a tomada de consciência enquanto classe trabalhadora de um sistema público de saúde.

Contudo, as fragilidades apontadas pela pesquisa também direcionam as potencialidades do serviço de saúde em questão. Compreende-se que identificar as fragilidades pode significar otimizar os caminhos a serem percorridos para atingir as potencialidades. O estudo demonstrou que aprofundar-se no tema do acolhimento não evidenciou apenas os problemas no serviço de saúde, mas emergiu reflexões estratégicas e propositivas, capazes de transformar o atendimento mais humanizado e acolhedor.

A partir da análise das experiências e das reflexões realizadas pela equipe multiprofissional, foi possível identificar a importância do trabalho coletivo, da interdisciplinaridade e da superação do individualismo na construção de um acolhimento mais efetivo. O serviço social desempenhou um papel crucial ao romper com o trabalho fragmentado e propor processos coletivos, contribuindo para a visibilidade e reconhecimento da sua atuação na abordagem das expressões da questão social.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.080 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
3. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1869-1878, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: DF, 2016.
5. Brasil. Constituição Federal de 1988. Artigos 169 a 200. Brasília, DF: 1988.

6. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública–austeridade versus universalidade. Saúde em Debate, v. 43, p. 58-70, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>
7. Aquino E, Silveira IE, Pescarini JM. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. suppl 1, p. 2423-2446, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
8. Fleury S. Menezes P. Pandemia nas favelas: entre carências e potências. Saúde em Debate, v. 44, p. 267-280, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E418>
9. Lole A, Stampa I, Gomes RLR. Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia. Mórula Editorial, 2020.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cartilha: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 4 ed. 72p.
12. Brasil. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.
13. Brandão CR, Streck DR. Pesquisa participante: o saber da partilha. Editora Ideia e Letra, 2006. p. 295-295.
14. Pimentel e Silva C. O método em Marx: a determinação ontológica da realidade social. Serviço Social & Sociedade, p. 34-51, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.164>
15. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. Brasília: MMA, v. 2, p. 1-128, 2006.
16. World Clouds. Disponível em: <<https://wordclouds.com>>. Acesso em: 11 de novembro de 2021.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, v. 150, n. 112, p. 59-62, 2012.
18. Mitre SM, Andrade ELG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 2071-2085, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>
19. Coutinho LRP, Barbieri NA, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Saúde em debate, v. 39, p. 514-524, 2015. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>

20. Santana JC, Fortes NM, Andrade AV. et al. Acolhimento em um serviço da Atenção Básica à Saúde de Minas Gerais. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, São João del-Rei, v. 2, n. 2, p. 166-176, 2012. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.199>
21. Barbosa MS, Ribeiro MMF. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. Rev Med Minas Gerais, v. 26, n. Supl 8, p. S216-S222, 2016.
22. Ribeiro ACL, Ferla AA. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. Psicologia em revista. Belo Horizonte. Vol. 22, n. 2 (ago. 2016), p. 292-312, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P294>
23. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Parâmetros de atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”. Brasília, 2010. 82 p.
24. Fortuna SLA, Guedes OS. A produção do conhecimento e o projeto ético-político do Serviço Social. Revista Katálysis, v. 23, p. 34-42, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p25>
25. Fagundes AS, Wünsch DS. Processos de trabalho coletivo em saúde e o trabalho do/a assistente social: os fios (in) visíveis que materializam o conceito ampliado de saúde. Serviço Social e Saúde, v. 19, p. e020009-e020009, 2020. DOI: <https://doi.org/10.20396/sss.v19i0.8665367>
26. Chupel CP, Mioto RCT. Acolhimento e Serviço Social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. Serviço Social e Saúde, v. 9, n. 2, p. 37-59, 2010. DOI: <https://doi.org/10.20396/sss.v9i2.8634882>

RECEBIDO: 10/11/2022
APROVADO: 17/08/2023