

**ACOLHIMENTO E SERVIÇO SOCIAL:
CONTRIBUIÇÕES PARA O APRIMORAMENTO CONCEITUAL E INTERVENTIVO**

Claudia Priscila Chupel dos Santos
cpcss@iscte-iul.pt

Regina Célia Tamaso Miotto
regina.miotto@gmail.com

Resumo

A literatura sobre o acolhimento, no âmbito da saúde pública brasileira, o define como elemento que reorganiza os serviços, que garante o acesso e que estabelece vínculos. Está subjacente às discussões da integralidade da atenção e da humanização das relações entre profissionais e usuários, dois princípios da política de saúde do Brasil materializados pelo Sistema Único de Saúde - SUS. O estudo objetiva o levantamento e a análise das produções científicas sobre o tema no campo da saúde pública e a identificação da operacionalização do acolhimento na prática do Serviço Social, destacando as suas particularidades em meio ao trabalho das equipas multiprofissionais. A investigação é exploratória, de natureza qualitativa com universo formado por assistentes sociais de hospitais públicos de uma cidade do Sul do Brasil. Os dados demonstram que o acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos assistentes sociais e objetiva o acesso aos direitos, à criação de vínculo e a compreensão de elementos da situação que envolve o usuário para fundamentar uma futura intervenção. Porém, considera-se que o tema não é novo para o Serviço Social.

Palavras-chave: Acolhimento; Saúde Pública; Serviço Social; Ação Profissional.

Abstract

The literature about embracement, within Brazilian public health, defines it as an element responsible for the reorganization of health services, promotion of the guarantee of access and creation of links. It underlies the discussions of the integrality in care and humanization in relation between health employers and users, two principles of the Brazilian health policy, materialized through the Unified Health System - SUS. The objective of this study is bringing to the forefront and analyzing the scientific outputs regarding this theme in the field of public health and to identify the operationalization of embracement in the Social Work practice, highlighting its special features among the interdisciplinary work. The research was exploratory, of a qualitative nature and with a universe formed by social workers, from public state hospitals, located in a city in Southern

Brazil. The data shows that embracement is part of the intervention process of social workers and focuses on allowing access to rights, the creation of links and the understanding of elements to plan a future intervention. However, it is considered that the theme is not new for Social Work.

Keywords: Embracement; Public Health; Social Work; Professional Intervention.

Introdução

A Política de Saúde brasileira começou a ser delineada na década de 1920 com expressiva vinculação à segurança social que limitava o atendimento a algumas categorias profissionais. Apesar das transformações ocorridas ao longo de quase 50 anos, sem que houvesse avanços significativos, a sociedade brasileira reclamava a ampliação do atendimento de saúde e, no início da década de 1970, deflagrou um movimento de questionamento e apontamento de novas propostas e estratégias no campo da saúde, conhecido como Reforma Sanitária.

O Movimento de Reforma Sanitária teve origem no período de ditadura militar tendo sido encabeçado por intelectuais, militantes e por parte da sociedade civil. Este grupo defendia a transformação da sociedade da época e tentava contrariar um período de particular especulação de empresas multinacionais que detinham o monopólio dos serviços de saúde - o complexo médico-industrial. O Movimento caracterizou-se pelo seu conteúdo democrático que, além de “propor o deslocamento efetivo de poder [...] tratou de formular propostas contra-hegemônicas e organizar uma aliança entre as forças sociais comprometidas com a transformação” (Teixeira, 1989, p. 42). As principais conquistas da Reforma Sanitária foram: uma profunda revisão de conceitos e de estratégias para repensar a saúde, a ampliação do conceito de saúde - tendo como referência a Carta de Otawa -, a promoção da discussão dos determinantes sociais e, o estabelecimento da saúde como centro da política de Estado.

A Constituição Federal, de 1988, instituiu a Política Nacional de Saúde, atribuindo responsabilidades ao Estado em relação à sociedade e a saúde como direito do cidadão, garantindo o direito de acesso universal e igualitário às ações e serviços. Para a execução desta Política foi instituído o Sistema Único de Saúde - SUS - que enunciou os princípios doutrinários da universalidade, da equidade e da integralidade. O SUS foi elaborado a partir de demandas sociais discutidas com participação social em Conferências Nacionais, como resultado de lutas favoráveis à democratização e à descentralização do Sistema (Westphal e Almeida, 2001).

No decorrer da sua história, o SUS teve problemas relativamente à gestão e ao baixo gasto público. O Ministério da Saúde, em 2004, propôs uma estratégia

governamental de investimentos centralmente destinados à recuperação das instalações físicas e da renovação de equipamentos tecnológicos. Foi concretizada através a Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar - PNHAH - conhecida como HumanizaSUS (Alvez, Miotto e Gerber, 2007) que ampliou o seu escopo ao propor transformações nas relações estabelecidas nos serviços de saúde entre os profissionais e usuários e a melhorar a qualidade dos atendimentos. Timidamente, começaram a ser desenvolvidas ações de capacitação de recursos humanos, visando à qualidade dos serviços e a adequação desta política à discussão da integralidade em saúde quando, no seu conteúdo, apresentou o acolhimento como uma de suas diretrizes.

Assim, o acolhimento, no Brasil, tem sido discutido nos campos da saúde, das práticas fundamentadas pelos princípios da integralidade e da ética, e da própria política de saúde como diretriz da atual Política Nacional de Humanização (PNH).

Na saúde coletiva¹, o acolhimento tem sido compreendido como um dispositivo capaz de alterar o modelo tecno-assistencial na assistência à saúde, se 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, o acolhimento destaca-se nas experiências de reorganização do processo de trabalho e de modificação da lógica de atendimento centrada no utente.

A partir da discussão sobre os novos modelos de assistência à saúde que considerassem os princípios norteadores do SUS, segundo Merhy et al (1997), tornou-se necessário repensar como os serviços de saúde estavam sendo ofertados e verificar a qualidade dos mesmos. Fez-se preciso um novo modelo de gestão dos cuidados e do desenvolvimento de tecnologias assistenciais em saúde e novos meios de garantia e efetivação de direitos sociais, na Política de Saúde.

Considerando a importância deste debate para o Serviço Social - no campo da saúde, mas não só -, para a sua dimensão interventiva, se fez necessária a problematização do "fazer profissional", cuja reflexão vem se mostrando escassa nas produções teóricas da profissão. A literatura corrobora este fato quando demonstra que durante os movimentos ocorridos no Serviço Social brasileiro, a apropriação de diferentes tendências e perspectivas que direcionaram os rumos da profissão fez diminuir este debate significativamente.

Na área da saúde brasileira a discussão sobre a intervenção profissional tem tomado força à medida que o assistente social é chamado a balizar as suas ações conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, o que tem gerado contribuições significativas para o adensamento teórico e operativo. No entanto, cada vez mais vem sendo exigida uma inserção qualificada dos assistentes sociais nos debates neste campo que ultrapasse as diretrizes institucionais. Como sugerem Nogueira

¹ Espaço de debate organizado para a produção de conhecimentos sobre as práticas e os saberes em saúde, formado dentro do Movimento de Reforma Sanitária.

e Mioto (2006), os assistentes sociais têm enfrentado desafios importantes no cotidiano profissional colocados pelo SUS, de maneira mais acentuada a partir da década de 1990, com o retrocesso do conceito de Reforma Sanitária e do seu campo de lutas e conquistas em que se acirram as tensões entre os diferentes projetos sanitários: o privativista² e o de Reforma Sanitária.

Este estudo objetiva informar sobre as produções científicas no campo da saúde e do Serviço Social e demonstrar a operacionalização do acolhimento no processo de trabalho do Serviço Social, oferecendo contribuições para adensar o conhecimento sobre o tema.

Os dados apresentados são fruto da investigação³ realizada para a elaboração da dissertação de mestrado em Serviço Social. A investigação teve como universo assistentes sociais de sete hospitais públicos da Grande Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, no Sul do Brasil. Tratou-se de pesquisa qualitativa, cujos sujeitos foram entrevistados individualmente, com recurso ao questionário pré-elaborado, sendo as entrevistas gravadas e posteriormente transcritas. O tratamento analítico foi baseado na indicação de Minayo (1992), com a prerrogativa da significação do discurso.

O trabalho está estruturado em dois itens principais: o primeiro situa a discussão do acolhimento, demonstrando as diferentes concepções gestadas pelas matrizes de pensamento no campo da saúde e no Serviço Social. O segundo trata do acolhimento no processo interventivo do Serviço Social ao versar sobre como a profissão trabalha com o acolhimento, as concepções que norteiam este fazer e como se articula às categorias discutidas na profissão.

1. As concepções de acolhimento no campo da saúde

O tema do acolhimento possui uma literatura cuja representatividade permite refletir sobre as opiniões dos autores acerca das concepções, dos objetivos e do seu referencial teórico. A pesquisa bibliográfica permitiu encontrar distintas perspectivas identificadas a partir de noções opostas relativamente ao seu embasamento teórico, com sensíveis pontos divergentes que não se excluem mutuamente, porém com um ponto comum de partida. Neste sentido, este item aborda o acolhimento diante da apresentação das suas principais concepções, subdividido em: a) estratégia de reorganização dos serviços, b) aumento do

² No projeto privativista há o avanço do complexo médico-industrial em direção à retração dos direitos à saúde, à transformação dos bens e serviços de saúde em mercadorias e fonte de lucro, e a precarização da saúde pública. De viés conservador e neoliberal, os interesses capitalistas são relevantes para sua manutenção.

³ O projeto multicêntrico de investigação foi aprovado em três Comitês de Ética e Pesquisa em Seres Humanos: 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. Destaca-se os dois Hospitais negaram a homologação do parecer elaborado pelo Comitê da UFSC, exigindo submissão aos seus Comitês internos.

coeficiente de autonomia dos sujeitos, c) recurso à mudança do modelo tecno-assistencial, d) postura, técnica e princípio reorganizador, e) fundamentado nos princípios da Bioética, f) parte da PNH e, g) no âmbito do Serviço Social.

1.1. O acolhimento na estratégia de reorganização dos serviços

A reformulação dos serviços de saúde foi proposta pelo Movimento de Reforma Sanitária com base na necessidade de modificação do modelo de assistência à saúde. De acordo com Franco, Bueno e Merhy (2003) o acolhimento tornou-se elemento essencial para a reorganização dos serviços. Esta reorganização dar-se-ia, primeiro, pela modificação do foco de atendimento, utente-centrado; segundo, pela criação de novo fluxo e nova dinâmica de atendimento derivados do desenvolvimento de práticas do trabalho multiprofissional, do reconhecimento da necessidade de garantia do acesso, da resolutividade e da humanização dos serviços. A grande questão é dar resposta a seguinte pergunta: como está a ocorrer o acesso dos utentes ao Sistema de Saúde no momento em que os trabalhadores de saúde os recebem e buscam a resolução de suas necessidades? (Franco, Bueno e Merhy, 2003). Como diretriz operacional, o acolhimento, além de inverter a lógica da organização e funcionamento dos serviços, deve expressar os princípios de: a) atendimento a todas as pessoas para a garantia do acesso universal, b) reorganização do processo de trabalho com a formação de equipas multiprofissionais, assim, todos os profissionais de saúde participam da assistência direta ao utente, c) qualificação da relação trabalhador-utente, baseada por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania e, d) constituição do vínculo entre trabalhador e utente para superar o ordenamento da “agenda-consulta” e responsabilização da equipa multiprofissional pela clientela, desde que tenha autonomia resolutiva e de mobilização de recursos.

1.2. O acolhimento na ampliação do Coeficiente de Autonomia

Campos (1997) defende a revisão do conceito de cura para 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” (Campos, 1997, p. 50). O aumento da autonomia do utente exige da equipa de saúde uma abordagem pautada na integralidade, cujo entendimento de cura e promoção da saúde se relacionam com o meio social e à história psíquica do sujeito. Para atingir tal entendimento, é valorizada a necessidade da fala e da escuta dos utentes. Assim, o vínculo e o acolhimento fazem parte de uma proposta de reformulação da clínica a fim de que sejam estabelecidas novas relações com a clientela. Campos (1997) assegura que as alterações da prática clínica podem vir a ocorrer com o reforço do vínculo entre profissionais ou equipas e os utentes de modo que “a ideia 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” (Campos, 1997, p. 53). O vínculo objetiva ainda a introdução 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 Campos (1997) 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 (Campos 1997, p. 63)”. Portanto, este modelo de atenção que leva em consideração o vínculo e a acolhida, obterá sucesso quando houver um razoável equilíbrio dialético entre a autonomia e a responsabilidade dos trabalhadores de saúde, porque tende à descentralização, à produção de modos distintos de cuidado e à democratização.

1.3. O acolhimento na rede de conversações e a mudança do modelo tecnoassistencial

Teixeira (2005) enfoca o aspecto comunicacional e postula que a substância do trabalho em saúde é a conversa. Isto porque o que se percebe com mais frequência numa unidade de saúde, são conversas, mesmo as que acompanham outros procedimentos, e que se efetuam antes, no decorrer e após o procedimento, podendo dar-se individualmente, em grupos, sem cessar. 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”. O autor destaca que o acolhimento não pode ser confundido com um pronto atendimento, que esvazia o seu conceito. Assim, a rede tecnoassistencial é entendida como uma rede de conversações, uma vez que cada momento da conversa envolve variadas atividades técnicas específicas e cada nó constante nesses momentos corresponde a um encontro entre profissional e utente. É devido à técnica da conversa que todos os espaços podem ser interconectados, possibilitando o trânsito pela rede, transformando-os em espaços coletivos de conversação (intersectorialidade).

1.4. O acolhimento como postura técnica e princípio de orientação dos serviços

Silva Júnior e Mascarenhas (2006) afirmam que o acolhimento pode ser pensado em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de orientação de serviços. O entendimento do acolhimento como uma postura “pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipa de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os utentes e suas demandas. É estabelecida uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre profissionais e utentes” (Silva Júnior e Mascarenhas, 2006, p. 243). Quanto à dimensão técnica, o acolhimento “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 Júnior e Mascarenhas, 2006, p. 245). Nesta dimensão, destacam o trabalho multiprofissional e a possibilidade do enriquecimento da intervenção pela incorporação de novos agentes. Como princípio de orientação de serviços, sugerem que o acolhimento propõe um projeto institucional, que direciona o trabalho e modifica o processo de trabalho e as necessidades de saúde por intermédio da alteração da composição do trabalho na equipa, do perfil dos agentes buscados no processo de seleção, da capacitação, dos conteúdos operacionais da supervisão e da avaliação de pessoal.

1.5. O acolhimento a partir do referencial da Ética

A abordagem do acolhimento sob o referencial ético incorpora a proposta de humanização, cujas ideias conquistam avanços no debate sobre o tema. 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”. Nessa ótica, a diretriz da PNH é guiada pelo princípio da integralidade, no entanto, o referencial da bioética tem se revelado importante 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 este referencial ocorre à medida que se compreende que as relações humanas se constituem no fundamento das práticas em saúde e, por serem humanas, podem provocar conflitos éticos e fazer parte de políticas públicas que não alcançam o direito inviolável à saúde. Neste sentido, a autora constata 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 que objetiva garantir o acesso e promover o vínculo com o Sistema Único de Saúde.

1.6. O acolhimento como diretriz da Política de Humanização

Para Fonseca et. al (2006), o acolhimento é uma diretriz da PNH, sem, no entanto, excluir o referencial ético. Apesar de defenderem a modificação do processo de trabalho e da inversão do modelo medicocêntrico, neste enfoque, o acolhimento é considerado uma “postura eminentemente ética”. Dessa maneira, “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 entre acolhedor e acolhido” (Fonseca, et. al, 2006, p. 28). Assim, a humanização se torna promotora de esperança e solidariedade social, e nela estão implícitas ideias de tolerância, responsabilidade e respeito. O conceito de acolhimento é fundamentado em duas postulações: pela resolutividade das necessidades de

saúde, de Mehry (1994) e pela conceção do ajudado e daquele que ajuda, de Miranda e Miranda (1990). Para estes últimos, “[...] 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 o acolhimento revela ligação aos valores do ser humano na sua conceção e na busca por novos ideais. Ao situar o acolhimento sob este prisma, os autores destacam o acolhimento como diretriz da PNH.

1.7. O acolhimento na produção bibliográfica do Serviço Social

Constatou-se que o acolhimento não ocupa espaço significativo na produção científica no Serviço Social. Não obstante, verificou-se que a produção científica sobre os fundamentos teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político oferecem bases suficientes para discuti-lo e qualificá-lo. Foram então encontradas contribuições de autores contemporâneos que apresentam abordagens distintas, ora ao discutir o relacionamento no Serviço Social, ora ao trazer o acolhimento no debate sobre gênero. Sarmento (1994) se aproxima do debate sobre o acolhimento quando discute o relacionamento, já que como o autor mesmo diz, “nos parece que o relacionamento se apresenta como uma categoria fundamental que permeia toda a prática profissional” (Sarmento, 1994, p. 251). Numa segunda perspectiva encontra-se, uma definição de acolhimento. É “um processo de intervenção profissional que incorpora as relações humanas. Não se limita ao ato de receber alguém, mas a uma sequencia de atos dentro de um processo de trabalho. Envolve a escuta social qualificada, com a valorização da demanda” (Santos, 2006, p. 58).

Ao partir do princípio de que a profissão possui acúmulo de conhecimentos teórico e prático sobre o processo interventivo, Santos (2006) 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: postura profissional, projeto ético-político, processo teórico-metodológico, articulação de conhecimentos e instrumentos técnico-operativos.

Verifica-se que a discussão acerca do acolhimento tem sido enriquecida com estudos que revelam diferentes perspectivas. O que significa não haver uma visão única e consensual sobre o tema e a sua finalidade. A revisão bibliográfica permitiu identificar a existência de abordagens diferenciadas sobre o acolhimento, sem, contudo, se invalidarem mutuamente.

2. O acolhimento no processo interventivo do serviço social

O acolhimento não é tema de discussão consistente no Serviço Social, fato que conforma uma lacuna no pensamento e na sua prática cotidiana dos

profissionais.

A investigação empírica com os assistentes sociais revelou que o acolhimento é amplamente realizado por estes profissionais, e que sua prática possui especificidades, tanto da sua conceção, quanto do seu desenvolvimento. Verificou-se o carácter multidimensional da conceção do acolhimento e a inexistência de elementos específicos que sustentem uma única conceção que aponte para uma definição precisa.

Constatou-se que os assistentes sociais definem acolhimento a partir dos seguintes elementos: a) fornecimento de informações; b) conhecimento da demanda do utente; c) escuta; d) postura profissional; e) comportamento cordial; f) classificação de risco. Estas definições apresentam elementos comuns, corroborando a literatura sobre o tema.

Para a definição de acolhimento como fornecimento de informações o profissional considera que há informações relevantes a serem passadas ao utente, das mais diversas naturezas. Citam-se aqui exemplos das informações referenciadas: quanto ao sistema de saúde; os níveis de hierarquização do sistema; sobre a instituição que se encontra no momento; sobre os procedimentos a serem realizados; aos seus direitos como paciente; às legislações e a situações que possam influenciar em seu diagnóstico; ao tratamento; ao acesso ao sistema; sobre os serviços disponibilizados pelo hospital que podem ser acessados pelos utentes ou seus familiares; sobre a rotina da instituição (que pode influenciar sobremaneira o modo de vida do utente).

O acolhimento como momento de conhecimento da demanda se refere a ocasião na qual o profissional questiona sobre o quê o utente vem buscar no serviço de saúde, o motivo da procura pelo serviço. Conforme um dos entrevistados “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” (sic). Isto feito não por um diagnóstico a priori dado por um saber tradicionalmente instituído, mas com o foco as necessidades de saúde, pautadas no modelo assistencial utente-centrado.

O acolhimento como escuta corresponde ao papel do assistente social nos serviços de saúde. Os assistentes sociais têm a ideia de que possuem como tarefa o ato de “parar para ouvir o paciente” e asseguram que, as vezes, é apenas esta a intenção do paciente: ser ouvido.

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 vês 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 (sic).

A literatura tem apontado que o exercício da escuta é uma tarefa atribuída

aos trabalhadores de saúde a ser recuperada no atual contexto dos serviços. Pode-se dizer que no Serviço Social a prática da escuta do utente é histórica, a exemplo do debate acerca do relacionamento cuja conceção inicial esteve relacionada à dimensão afetiva. Mas, no avanço do debate decorrente da influência da perspetiva crítica, a discussão sobre o relacionamento é direcionado para o estabelecimento de um campo de mediações, incluindo a totalidade das relações sociais e a dimensão política.

Como postura profissional, o acolhimento é considerado uma diretriz para receber e tratar de maneira humanizada os utentes. Tal postura recetiva demonstra a solidariedade ao outro, o estabelecimento duma relação de apoio entre profissionais e utentes. Assim, são abertas possibilidades de diálogo e escuta nas relações não apenas entre a equipa de saúde e o utente, também entre os próprios profissionais. Para uma assistente social “vamos supor, se eu fosse um paciente, um cliente, eu gostaria de me sentir assim? Gostaria de ver que alguém está me atendendo, que alguém está me olhando, que alguém está preocupado com que eu estou falando, sentindo?” (sic).

A perspetiva da ajuda implica em comportamento cordial, em bem receber o ajudado de maneira calorosa, sendo receptivo e interessado, para que o ajudado sinta-se valorizado. Considera-se que o ajudado tem como característica a falta de algumas qualidades. Por outro lado, o ajudador (profissional de saúde) precisa estar disponível para a ajuda.

A conceção de acolhimento como classificação de risco é originária da PNH na qual o acolhimento é uma diretriz de implantação. Tal política atribui ao Serviço Social e às demais profissões da área da saúde, uma atuação naquilo que denomina Classificação de Risco.

Diante do exposto, verifica-se que circularam pela esfera do acolhimento definições distintas e embasamentos teóricos pautados por influências das visões: a crítica, a humanista e a conservadora. Optou-se, portanto, por em dividi-las em dois grupos segundo as influências das correntes teóricas: da vertente crítica e da vertente conservadora.

Situado no grupo que apresentou elementos influenciados pela vertente crítica, o acolhimento definido como fornecimento de informações, conhecimento da demanda e escuta são influenciados pelo debate do acolhimento realizado pela Saúde Coletiva. O espaço de ouvir, de conhecer as necessidades de saúde com vistas à integralidade da atenção e da busca pela resolutividade, vem sendo requerido pelo movimento de universalização e de defesa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Isso leva a crer que a influência da vertente crítica obteve repercussão na definição de parâmetros que orientam a prática.

O grupo que sob influências conservadoras considerou o acolhimento como postura profissional e comportamento cordial situando-o na esfera individual do profissional. Não é possível afirmar que com base em influências conservadoras o assistente social atue na defesa de preceitos contrários ao debate da saúde como pública e universal, mas problematiza-se o grau de integralidade e resolutividade

das respostas mais adequadas às necessidades de saúde do utente e de cuja leitura depende do conceito ampliado de saúde. Neste contexto, coloca-se a seguinte indagação: se o acolhimento é visto como uma postura profissional, o utente não fica a mercê de posturas individualizadas, que dependem de cada profissional de saúde, cada um com suas representações, desejos, medos e anseios?

As entrevistas com as assistentes sociais e a produção bibliográfica permitem observar que o acolhimento desenvolvido pelos assistentes sociais é parte da dinâmica do processo interventivo, não sendo realizado de forma estanque, rotinizada, protocolada, tecnicista ou burocratizada. Existem formas diferentes de operacionalizar o acolhimento, desenhadas a partir das interrelações estabelecidas pelo profissional com a sua base de conhecimento (técnico, ético, teórico, político, metodológico e operativo), considerando a singularidade da situação e os objetivos da intervenção.

A prática do acolhimento pressupõe o atendimento dos objetivos da intervenção, em outras palavras: para que o assistente social faz o acolhimento? A investigação demonstrou que o acolhimento é realizado considerando três objetivos específicos e interligados cuja fragmentação pode comprometer a intervenção, especialmente quando do trabalho multiprofissional e intersetorial:

- 1) garantir o acesso do utente aos direitos sociais mediante a disponibilização de informações sobre os direitos no âmbito da política de saúde (outros níveis do sistema de saúde), dos serviços prestados pela instituição e das demais políticas setoriais públicas (Previdência Social, Assistência Social, por exemplo) ou privadas;
- 2) construir uma relação de confiança cujo objetivo é a criação de vínculos entre utentes e profissionais e dos utentes com os serviços de saúde. É esperado que a relação de confiança promova o retorno do utente aos serviços de saúde já com um profissional de referência (um médico de família ou um enfermeiro de referência, por exemplo);
- 3) recolher informações para subsidiar as decisões sobre as intervenções a serem realizadas.

Ressalta-se ainda que o acolhimento revela seu mote mais significativo quando discutido no campo das ações profissionais, porque seu desenvolvimento prevê que as informações compiladas possam subsidiar as decisões sobre as ações a serem empreendidas. É com o acolhimento que o profissional compreende as necessidades do utente e inicia o processo de planeamento das ações profissionais (Miotto apud Chupel, 2006).

O acolhimento é realizado de forma direta com o utente, é um momento de reconhecimento mútuo, de encontro entre profissional e utente. É pelo acolhimento que estes sujeitos se conhecem e reconhecem por intermédio do diálogo direto promovido pela entrevista. A entrevista é o instrumento privilegiado para a prática do acolhimento, porque prevê a colheita das informações da situação

imediate do utente, da expressão das suas necessidades sociais, de saúde, emocionais, ou seja, das suas necessidades humanas. Mesmo com as diferentes abordagens (individuais ou coletivas), em reuniões com os familiares e equipas ou em idas aos leitos, é a entrevista que norteia a prática do acolhimento.

Apesar dos resultados não atingirem escala representativa devido ao universo restrito da investigação os mesmos não podem ser generalizados. Porém, o estudo revelou um dos *modus operandi* do acolhimento desenvolvido pelo Serviço Social. Curiosamente, o modo de operacionalizá-lo teve praticamente voz uníssona e apresentou discurso unificado, sendo similar entre os profissionais com elementos e formas de abordagens muito próximas.

Em síntese, este item tratou de evidenciar, através do material empírico, como o acolhimento vem sendo conceituado e realizado pelo Serviço Social, tendo por base estudo realizado no âmbito da alta complexidade do Sistema Único de Saúde brasileiro.

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 entre profissionais e utentes e destes com os serviços de saúde. Na discussão do acolhimento outros debates estão subjacentes, em essência, buscam forjar espaços alternativos por meio de práticas totalizantes, integrais e pautadas no respeito e na visão do utente 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. Face a isso, considera-se que há a necessidade do adensamento teórico e conceitual com vistas à qualificação da prática profissional.

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 ofereça subsídios para pensar acerca de sua prática, sendo ainda um tema nebuloso e pouco esclarecido entre os profissionais.

Pôde-se verificar que os assistentes sociais fundamentam as intervenções sob o princípio da integralidade, sem negar a conceção da totalidade que compreende o indivíduo como parte duma rede de relações sociais e institucionais. Considera-se ainda que agem com base em práticas pautadas pela visão ampliada de saúde, considerando os determinantes sociais do processo saúde e doença.

Este estudo permite levantar a hipótese de que, para o Serviço Social, o

acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos assistentes sociais e congrega três elementos concomitantes: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação do utente, objetivando o acesso aos direitos, a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção. É um importante elemento no campo das ações profissionais porque seu desenvolvimento promove a identificação das necessidades do utente e o início do processo de planejamento das ações profissionais. É momento de aproximação com o utente que exige conhecimento específico, competência técnica e domínio das normativas do campo da saúde e da rede de proteção social, para melhor atender ao cumprimento dos princípios da integralidade e da resolutividade.

Finalmente, ensejou-se qualificar o acolhimento em Serviço Social no sentido de fazer com que os assistentes sociais se reconheçam como profissionais capazes de realizá-lo. Se há a escuta do utente e o reconhecimento deste como cidadão, os assistentes sociais além de participarem do acolhimento na instituição, o fazem revelando especificidades relacionadas com os propósitos da profissão em sua contribuição social. Aliás, relacionando os elementos trazidos pela revisão bibliográfica com o arcabouço teórico da profissão sobre o acolhimento, verificou-se que existem pontos em comum, ou seja, um pensar e um fazer que colocam ambos discursos em consonância. Tanto isso é verdade que se considera que o acolhimento não é algo novo para o Serviço Social, mas que sua operacionalização e condução técnica-operativa já fazem parte do hall de conhecimentos da profissão desde sua gênese.

Bibliografia

- Alves F. L., Mioto, R. C. T., Gerber, L.L. (2007). A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate. In: Serviço Social e Saúde, v. VI, nº6, p. 29-42. Campinas.
- Borges, Renata. (2002). Atenção à Saúde da Família: acolhimento, ética do acolhimento. Revista Thot. Pleas Athena, p. 63-69.
- Campos, G.W. (1997). Subjetividade e administração de pessoal. In: CECÍLIO, L. C. O. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC.
- _____. (2005). Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n. 17, ISSN 1414-3283.
- Chupel, C. P. (2006). O acolhimento em saúde para os profissionais do Serviço Social: uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos socioassistenciais. Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso (Departamento de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina.
- Farias, Laura Cavalcanti de. (2007). Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos utentes. Florianópolis. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.

- Fonseca et. al. (2006). Acolhimento: um novo nome na diretriz do processo de trabalho ou uma mudança de atitude profissional? Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Especialização em Saúde da Família.
- Franco, T. B.; Merhy, E. E. (2003). 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.
- Franco, T. B.; Bueno, W. S.; Merhy, E. E. (2003). 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.
- Gomes, M. C. P. A. (2005). 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. Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
- Mehry, E. (1997). 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.
- Nogueira, V. M.; Miotto, R.C. T. (2006). Desafios atuais do Sistema Único de Saúde - SUS - e as exigências para os Assistentes Sociais. In: Anais da Oficina Nacional da ABEPSS, Florianópolis.
- Santos, E. T. (2006). O acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social junto a mulheres em situação de violência. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Serviço Social.
- Sarmiento, H. B. M. (1994). Instrumentos e técnicas em Serviço Social: elementos para uma rediscussão. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social.
- Silva Júnior, A. G.; Mascarenhas, M. T. M. (2006). 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.
- Teixeira, S. F. (org). (1989). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Teixeira, R.R. (2003). 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.
- Westphal, M.; Almeida, E. S. (orgs). (2001) Gestão dos Serviços de Saúde: Descentralização/municipalização do SUS. São Paulo: EDUPS.