HILMA GUILHERME DOS SANTOS

**Acolhimento no SUS: percepções da (o) assistente social
sobre sua prática profissional**

São Paulo

2018

HILMA GUILHERME DOS SANTOS

**Acolhimento no SUS: percepções da (o) assistente
social sobre sua prática profissional**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Yara Maria de Carvalho

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Versão Corrigida

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Santos, Hilma Guilherme dos.

Acolhimento no SUS: percepções da (o) assistente social sobre sua prática profissional / Hilma Guilherme dos Santos ; orientador: Yara Maria de Carvalho -- São Paulo, 2018.

91 p. : 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Prática profissional. 2. Serviço social. 3. Saúde pública. 4. Assistência social.
I. Carvalho, Yara Maria de. II. Título.

Santos HG. Acolhimento no SUS: percepções da(o) assistente social sobre sua prática profissional. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: 23/03/2018

Banca examinadora

Prof. (a). Dr. (a) **Henriette Tognetti Penha Morato**

Instituição: Instituto de Psicologia – USP

Julgamento: Aprovada

Prof. (a). Dr. (a) **Jayson Azevedo Marsella de Almeida Pedrosa Vaz Guimarães**

Instituição: Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral

Julgamento: Aprovada

Prof. (a). Dr. (a) **Marlene Alemida de Ataíde**

Instituição: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Julgamento: Aprovada

DEDICATÓRIA

A Deus, por me direcionar, fortalecer-me, iluminar-me e me assegurar nesse longo caminho;

A todos que fazem parte do meu rol de amizade;

Aos meus genitores, Joel e Bernadete;

Aos meus irmãos, Emerson e Roseane, e à tia Fátima, pela participação física e espiritual, acolhendo-me nas horas difíceis.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida;

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Yara Maria de Carvalho, pela contribuição, carinho e apoio durante a construção deste estudo, e, principalmente, por me compreender em meus momentos de fraqueza intelectual e pessoal;

À Professoras Doutoras Henriette Tognetti Penha Morato e Marlene Almeida de Ataíde, pelas contribuições relevantes no processo de qualificação desse estudo;

À Sonia Castro Lúcia Lopes e a toda equipe da Pós-Graduação do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da USP, pela disponibilidade e presteza no atendimento;

Aos sujeitos de minha pesquisa, pela disponibilidade, paciência e contribuição, que foram de fundamental importância para a construção desta pesquisa;

Aos meus familiares, tias e irmãos, principalmente pela compreensão que sempre me ofereceram, sem criticar durante todo o período em que me dediquei a este estudo;

Aos meus pais, Bernadete e Joel;

A todos os docentes do Curso de Mestrado Profissional, sem dúvida aprendemos muito uns com os outros. Muitos temas discutidos em salas, debates, falas e experiências de vida;

Por fim, às amigas do Mestrado, Lilian e Adriana, pela contribuição dada na realização deste estudo e pelas amizades construídas nesse processo de formação.

"Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível."

(Charles Chaplin)

RESUMO

Santos HG. Acolhimento no SUS: percepções da (o) assistente social sobre sua prática profissional [mestrado profissional]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Corrigida.

O acolhimento tem sido apontado como uma dimensão central nas práticas de saúde cotidianas, contribuindo para integrar diferentes sujeitos, bem como para reorganizar os serviços de saúde e articular os diferentes espaços de cuidado, proporcionando, sobretudo, a construção de vínculos entre usuários e profissionais da saúde. O acolhimento é abordado na perspectiva da integralidade da atenção e da humanização das relações. O objetivo foi compreender como a prática do acolhimento em saúde vem sendo operado por profissionais de Serviço Social no âmbito da saúde pública. O trabalho pauta-se por uma pesquisa de natureza qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada com questionário/entrevistas gravadas acerca da visão dos profissionais sobre a prática cotidiana no que se refere ao acolhimento. Partindo das análises, a prática do acolhimento manifestou-se como escuta, informação, postura profissional e demanda dos usuários. Nota-se que o(a) profissional específico, ao realizar o acolhimento, utiliza seus conhecimentos técnicos para dar respostas efetivas não só às demandas apresentadas, mas ir além do esperado pelo usuário. O acolhimento é visto como espaço de criação de vínculo. Observa-se um atendimento que visa à objetividade a fim de subsidiar as demandas acerca das intervenções, bem como garantir os direitos sociais dos cidadãos. Para o Serviço Social, a prática do acolhimento na saúde é parte integrante do processo interventivo, amparado pelos fundamentos teórico-metodológicos, éticos, políticos e técnico-operativo.

Palavras-chave: Acolhimento. Prática Profissional. Serviço Social. Saúde Pública. Assistente Social.

ABSTRACT

Santos HG. Reception in SUS: perceptions of the social worker about his professional practice [masters professional]. São Paulo: University of São Paulo, Faculty of Dentistry; 2018. Corrected version.

The host has been identified as a central dimension in daily health practices, contributing to integrate different subjects, as well as to reorganize the health services and articulate the different spaces of care, providing about everything the construction between citizens and health professionals. Reception area is approached from the perspective of the integrality of care and the humanization of relationships. The goal was to understand how Social Service professionals in the field of public health have operated the practice of health care. The work is based on a qualitative research, done through a questionnaire / recorded interviews about the professionals' view on the daily practice regarding the reception. Based on the analyzes, the practice of the reception manifested itself: listening, information, professional posture and user demand. It is noteworthy that the specific professional, when hosting, use his technical knowledge to give effective answers not only to the demands presented, but to go beyond what the user expects. The host is seen as a space for creating bonds. In the practice of the interviewees, there is a goal that aims at objectivity in order to subsidize the demands on the interventions, as well as guarantee the social rights of the citizens. For Social Work, the practice of health care is an integral part of the interventive process of supported by the theoretical-methodological, ethical, political and technical-operational.

Keywords: Reception. Professional Practice. Social Service. Public health. Social Worker.

LISTA DE SIGLAS

UBS	Unidade Básica de Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
SUS	Sistema Único de Saúde
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	11
	INTRODUÇÃO	18
1	A PESQUISA E O PERCURSO METODOLÓGICO	21
1.1	TIPO DE PESQUISA	22
1.2	AMBIÊNCIAS DA PESQUISA	23
1.3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
2	A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS.....	27
2.1	O TEMA “ACOLHIMENTO”	31
2.2	O TRABALHO EM EQUIPE	36
3	O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.....	41
3.1	O IMPACTO NO CAMPO DA SAÚDE	45
3.2	A FORMAÇÃO PARA O CAMPO DA SAÚDE	50
4	ANÁLISES E RESULTADOS.....	56
4.1	TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DAS ENTREVISTADAS	56
4.2	PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ACOLHIMENTO	61
4.3	ARTICULAÇÃO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM OUTROS PROFISSIONAIS/USUÁRIOS/GESTÃO	65
4.4	RELATO SOBRE A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO ...	66
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICE A - PRODUTO: PROPOSTA DE CURSO DE CAPACITAÇÃO	83
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	86
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	90

APRESENTAÇÃO

Para iniciar, falemos um pouco, de modo sucinto, de minha formação. Sou graduada em Serviço Social pela Universidade de Santo Amaro – UNISA, São Paulo (2005). A escolha por este curso específico foi motivada em virtude de minha história de vida, decorrente das múltiplas necessidades socioeconômicas enfrentadas no cotidiano.

A partir dessa situação, busquei ampliar meus conhecimentos na graduação em Serviço Social, área em que a questão social se deflagra no âmbito dos direitos sociais, sejam estes concernentes ao universo da família, do trabalho, da saúde, da educação, dos idosos, das crianças ou dos adolescentes; o ponto primordial, para mim, foi permanecer atenta aos processos de sofrimento instalados nas comunidades, territórios em que as famílias estabelecem seus laços mais significativos em defesa da vida e da sobrevivência. Assim, foi possível compreender que tais direitos cabem em uma ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento dos direitos sociais, que segundo Iamamoto:

A Questão Social pode ser definida como conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (Iamamoto; Carvalho, 1999, p. 27).

Desta forma, a graduação foi deveras significativa para minha formação; contudo, a necessidade de ampliação e busca por conhecimentos na área de políticas públicas me consumia profundamente. Assim, nesse percurso de ensino-aprendizagem, foi possível perceber que um dos desafios da atuação do Serviço Social refere-se, particularmente, a não preparação – em relação ao período da graduação – do profissional Assistente Social para que este atue na área da saúde, tanto no que tange à sua formação como à sua prática. Assim, meu foco era me formar para atuar especificamente na área de saúde, ou seja, com ênfase em políticas públicas da saúde.

Em 2004, por meio de uma prova interna, fui selecionada pela Universidade para realizar o Projeto Universidade Cidadã, realizando um intercâmbio entre a

Universidade de Santo Amaro – UNISA (São Paulo) e a Universidade Veiga de Almeida – UVA (Rio de Janeiro). Esse Projeto foi desenvolvido nas seguintes localidades: em São Paulo - Monte Azul e Alba, localizadas na zona sul do município e em cinco cidades do Vale do Ribeira (Pedro de Toledo, Miracatu, Registro, Capão Bonito e Apiaí); Rio de Janeiro - Dois de Maio, na Zona Norte, e Cabritos, em Copacabana, no município do Rio de Janeiro; e em Minas Gerais em cinco municípios do Vale do Jequitinhonha, e no norte deste estado (Jenipapo de Minas, Berilo, Ponto dos Volante, Grão Mogol Francisco Badaró).

O Projeto Universidade Cidadã é idealizado pelo Instituto Unibanco, junto à Secretaria Municipal do Trabalho e Renda do Município do Rio de Janeiro e ao Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, em parceria com o Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo – FUSSESP. O objetivo desse Projeto foi promover um intercâmbio entre estudantes dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, grupo que seria composto de 20 estudantes, 10 de cada uma das universidades parceiras (UNISA e UVA), em uma ação interdisciplinar. O Projeto funcionava com a participação de adolescentes e familiares, em palestras socioeducativas e em dinâmicas de grupo, a fim de que pudessem interagir e trocar experiências de vida no que concerne a temas relacionados à saúde, à educação, à cidadania, aos direitos e deveres sociais, visando a um melhor grau de conhecimento e de qualidade de vida. Objetivava, ainda, prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e da aquisição do fortalecimento de vínculos familiares. A abordagem se dava de modo grupal, por intermédio de reuniões socioinformativas, com os seguintes temas: violência sexual/doméstica e questões de gênero; saúde da mulher; DST's/AIDS; cidadania; direitos e deveres; saúde bucal; a família na contemporaneidade; planejamento familiar; cuidados pessoais e resgate da autoestima; alimentação alternativa; empreendedorismo; alcoolismo e drogadição; hipertensão e câncer do colo de útero; colesterol; câncer de próstata; dentre diversos outros.

Sabe-se que não existem fórmulas prontas e garantidas no processo de ensino-aprendizagem e, portanto, neste contexto, faz-se necessário uma constante sintonia entre a teoria e a prática. Dessa forma, grandes mudanças no processo de ensino, no que se refere a diferentes cenários de práticas, inspiraram o contato direto dos estudantes em formação com a comunidade. Neste contexto, ampliou-se

a abordagem e a compreensão da necessidade de um trabalho integrado, possibilitando aos alunos a construção de novas respostas para a intervenção profissional, bem como enfatizando o trabalho em equipe e a atuação no SUS.

Vale ressaltar também que os elementos mais significativos foram:

- O compartilhamento de responsabilidade;
- A coordenação de grupos;
- O trabalho em equipe;
- A prática de promoção de saúde;
- O contato com um novo campo de atuação;
- O foco na saúde e não na doença;
- A abordagem voltada à saúde dos indivíduos; e
- Família e comunidade.

A aproximação dos estudantes com a comunidade possibilitou ainda uma reflexão profunda acerca da realidade, do dia a dia e dos desafios que a carreira oferece. Um desses desafios consiste precisamente na ação de perceber a compreensão da realidade da atuação do Assistente Social, pois este profissional invariavelmente precisa ter segurança, focando-se nos objetivos que pretende alcançar. Assim, os Assistentes Sociais se inserem e desenvolvem suas práticas nas mais diversas áreas, quais sejam: saúde, previdência, educação, habitação, lazer, assistência social, justiça etc., de modo que atuam nas relações entre seres humanos no cotidiano da vida social, sendo necessário, portanto, que haja um vínculo entre o usuário e o profissional.

Os registros de diário de campo referente a esse Projeto puderam subsidiar decisões na prática profissional do Serviço Social, bem como possibilitaram resgatar a história do Serviço Social e de seu surgimento no Brasil, que tem suas origens na primeira metade do século XX, com suas raízes cristãs de assistencialismo, período em que a Igreja Católica controlava todo processo de ajuda ao próximo e os benefícios aos menos favorecidos, sendo ela patrocinada pela ordem burguesa vigente.

Ainda em 2004, realizei outro estágio supervisionado, agora efetivado no campo da Assistência Social, especificamente no “Centro de Referência Ação Família – CRAF”, instituição que desenvolve o trabalho de visitas domiciliares, de grupos socioeducativos, oficinas, palestras e eventos que atendam às expectativas e às necessidades das famílias. Ademais, articula e integra os diferentes serviços da

Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMADS e os recursos da comunidade local, com foco nas famílias de alta vulnerabilidade social, com o objetivo de promover o fortalecimento, a emancipação e a inclusão social da população mais desamparada do município, tendo como unidade de ação a família, mas de modo a identificar e desenvolver habilidades e competências individuais, familiares e coletivas.

O ano de 2005 foi o de formação na graduação e da realização do último estágio supervisionado, desenvolvido na Prefeitura Municipal de Taboão da Serra – São Paulo, na área de Recursos Humanos. O Serviço Social realiza atendimento aos servidores da Prefeitura, com foco principal na saúde do trabalhador, por meio de encaminhamentos, sejam estes por demanda espontânea, por encaminhamento de chefias ou por absenteísmo. O acompanhamento se dá em relação ao servidor e à reinserção funcional compatível com a sua doença, de maneira a auxiliá-lo por meio de um processo de conscientização. As principais ações desenvolvidas são:

- Analisar suas carências e recursos socioeconômicos;
- Executar outras tarefas correlatas: com foco na saúde do trabalhador;
- O Assistente Social desempenha atividades de acompanhamento dos servidores com absenteísmo e de reinserção funcional compatível com a sua doença;
- O processo se dá por meio de demanda espontânea ou encaminhamento por parte da chefia.

Em 2006, para minha surpresa, comecei a desenvolver competência, habilidade e potencialidade na área de Assistência Social, sendo que minha função se encontrava voltada totalmente para um padrão vinculado à área de Assistência Social. Essa experiência significou a compreensão da história de injustiça de um sistema perverso, do qual muitas pessoas são vítimas, seja na política de Assistência Social, seja na de Saúde, entre outros. Essas pessoas encontram-se classificadas em um alto grau de vulnerabilidade, contribuindo para a permanência dos padrões de desigualdade social e pobreza.

Deste modo, minha inquietação não cessou frente a essa problemática, pelo contrário, ampliou-se, sendo evidente a necessidade de realizar pesquisas com profundidade sobre as condições de saúde da população usuária do sistema público de saúde.

Desde o início de minha formação, tive o anseio por estudos e por contribuições na produção de conhecimento sobre a inserção da população considerada menos favorecida, no âmbito de uma sociedade desigual, principalmente daquela parcela populacional que mais necessitava de acesso às políticas de saúde, haja vista que não tinham condições mínimas de sobrevivência, tampouco para custear algum plano de saúde. Foi possível perceber que as políticas públicas destinadas à saúde, em sua maioria, não contemplavam o caráter universalizante, pois havia grande influência da classe dominante em relação aos direitos destinados à população, de maneira a garantir apenas direitos fragmentados.

Assim, a necessidade de se compreender o modo como era tratada a questão da saúde no Brasil, e, principalmente, nas comunidades consideradas de baixa renda, de alta vulnerabilidade social e de grande risco pessoal, estimulou-me a realizar o Curso de Capacitação em Terapia Comunitária, um Convênio entre a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD e Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária MISMEC – CE (2006). Ademais, realizei as seguintes formações: Especialização em Serviço Social no Hospital Universitário, pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP (2008); Aprimoramento em Saúde Coletiva - Matriciamento e Produção de Redes de Trabalho em Saúde, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP (2009); Curso de Capacitação - Laudos, Relatórios e Perícia Técnica, pela Faculdade Paulista de Serviço Social – (2011); Curso de Capacitação - Prevenção ao uso Indevido de Drogas, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e pela Universidade Federal de Santa Catarina – (2011); Curso de Extensão - Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento (SUPERA), 4º edição (2012); Participação no Projeto Integração de Competências no Desempenho da Atividade Judiciária com Usuários e Dependentes de Drogas, realizado pela Fundação Faculdade de Medicina – USP e pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD; Cargo de Tutora - bolsa (2012); e Curso de Atualização de Fundamentos realizado pela Associação dos Assistentes Sociais e Psicólogos do Tribunal de Justiça de São Paulo – AASPTJ/SP (2015).

Em 2008, passei a ser parte integrante da equipe de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Com o intuito de apoiar a inserção da

Estratégia Saúde da Família - ESF na rede de serviços de saúde, foram criados e implantados os NASFs, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, reformulada em 04 de março do mesmo ano.

As ações do Serviço Social na equipe do NASF devem pautar-se em ações junto às ESF, voltando-se para articulações intersetoriais, de educação e de mobilização em saúde, bem como para a formação de redes de proteção social (Brasil, 2009). Nesta perspectiva, o profissional compartilha demandas com as ESF, de maneira a apoiar os atendimentos por meio de seu saber específico. O desenvolvimento deste trabalho possibilitou-me conhecer a atuação do assistente social no NASF, em virtude das demandas que chegavam aos profissionais, do processo de trabalho realizado nesses espaços e da organização dos NASF, de modo que tais ações puderam, assim, fortalecer minha prática cotidiana. Finalmente, pude confrontar e refletir acerca da prática do profissional no âmbito da saúde, bem como analisar a importância e o impacto de políticas públicas com ênfase nas questões de saúde.

No processo de trabalho em saúde, os Assistentes Sociais se inserem como agentes de interação entre os níveis do Sistema Único de Saúde – SUS e as demais políticas públicas e sociais, sendo que o principal objetivo de seu trabalho é assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações, de forma cada vez mais coletiva e democrática. Simultaneamente, deve considerar a necessidade da continuidade, em busca da ampliação de um conhecimento científico como instrumento importante para refletir sobre os valores democráticos na construção de uma cidadania mais justa socialmente.

Em 2013, começo atuar na UBS/ESF, juntamente com seis equipes. Ao ingressar neste novo contexto ocupacional de trabalho, pude perceber que a atuação do Assistente Social se pautava no apoio às equipes mínimas da Estratégia de Saúde da Família, bem como pude reconhecer a dinâmica das diferentes equipes e as peculiaridades das comunidades atendidas. A fim de refletir sobre o processo de inserção do Assistente Social neste novo campo de trabalho, é preciso levar em consideração que o exercício profissional não pode ser analisado isoladamente. Neste sentido, a requisição da presença de um profissional de Assistência Social nas equipes parte da compreensão de que o direito à saúde se faz pela promoção da cidadania e de suas ações junto às equipes de ESF. Ou seja, tais ações devem voltar-se para articulações intersetoriais, de educação e mobilização em saúde,

assim como deve visar à formação de redes de proteção social, como forma de provocar mudanças significativas nos serviços de saúde e, em geral, na qualidade de vida da população.

Ao ingressar no Mestrado Profissional, o grande desafio que se colocou encontra-se voltado para o campo de ação do Assistente Social, que se traduz na realidade e na necessidade de intervenções, possibilitando, assim, com efeito, que o profissional estabeleça um olhar crítico no que tange ao enfrentamento da realidade.

Refletindo acerca dos desafios da atuação do Serviço Social nesta modalidade de ensino, as atividades puderam trazer à baila a não preparação do Assistente Social para atuar na área da saúde, conforme citado anteriormente. Por meio da sessão de debates, verificou-se uma estratégia privilegiada no campo do conhecimento, ou seja, o trabalho realizado em grupo de diferentes áreas profissionais, emergindo diversas perspectivas sobre as quais era possível abordar e discutir.

As disciplinas cursadas proporcionaram ampliação e aprofundamento dos temas e questões de pesquisa, a partir dos debates e discussões que estimularam a reflexão tanto no que tange à sua formação como à sua prática. As disciplinas e os textos apresentados pelos professores, indubitavelmente, provocaram uma abundância de ideias e raciocínios para uma melhor compreensão na construção do tema de pesquisa (neste caso específico, sobre o acolhimento no SUS, ou seja, as percepções do Assistente Social sobre sua prática profissional). Assim, no âmbito das discussões coletivas, amplia-se o conjunto de alternativas e questões individuais, as quais começam a interferir nas novas configurações do tema de estudo do Mestrado Profissional. Para tanto, é necessário que, pela via do conhecimento, o aluno possa desenvolver estratégias importantes capazes de configurar uma porta de entrada para se atingir uma maior dimensão em relação aos questionamentos aos quais se busca responder na pesquisa. Ao percorrer este caminho, alguns autores possibilitaram visualizar novos rumos para a construção do tema. Ressalta-se, ainda, que a metodologia adotada e problematizada ao longo das disciplinas foi essencial para a apropriação de conceitos que fundamentam a prática profissional.

INTRODUÇÃO

O acolhimento constitui-se como uma potencial ferramenta na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois é apresentado como uma possibilidade de universalizar o acesso e de abrir as portas dos serviços de saúde a todos os usuários que deles necessitarem, de maneira a possibilitar a reorganização do sistema de saúde (Teixeira, 2003).

Na perspectiva de Franco et al. (1999), o acolhimento modifica o processo de trabalho, de modo que a organização do serviço passa a ter a equipe de acolhimento como elemento central no atendimento aos usuários. Diante disso, a ferramenta do acolhimento significa dar respostas ao problema de saúde apresentada pelo usuário. (Brasil, 2009).

Outra discussão importante, segundo Chupel (2008), diz respeito aos novos modelos de assistência à saúde, que devem contemplar os princípios do SUS, pois, há uma premente necessidade de se repensar o modo como os serviços de saúde vêm sendo ofertados e como os trabalhadores de saúde vêm prestando assistência aos usuários. Nesta direção, ao se pensar a política de saúde como elemento de garantia e de efetivação dos direitos dos cidadãos, almeja-se uma ação efetiva no cotidiano em que essas práticas se realizam.

Partindo dessa discussão, enfatiza-se a questão da integralidade em saúde, que dá início ao debate da humanização. Em meio a essa questão, o Ministério da Saúde aponta algumas dificuldades, tais como: interação entre os profissionais de saúde e usuários; descaso em relação aos direitos desses usuários; centralização da atenção focada na doença e também na relação queixa-conduta; e falta de preparo dos profissionais de saúde para relacionar as questões apresentadas às dimensões sociais e subjetivas inerentes às práticas de saúde.

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que se constituiu como uma política ministerial muito singular, sobretudo se comparada a outras do setor. O PNHAH buscou aprimorar as relações sociais entre profissionais e usuários, visando à melhoria da qualidade do serviço prestado pelas instituições (Deslandes, 2004).

No cenário atual, o programa foi substituído por uma política que opera de forma transversal em toda a rede do SUS, e, nesse contexto, deixa de ser um

programa para se constituir como uma política de assistência. Assim, em 2004, iniciou-se a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como “Humaniza SUS”. Nesse processo, destaca-se a humanização como um conjunto de estratégias capazes de tornar possível a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS; também é proposta uma construção efetiva de atitudes ético-estético-políticas, que estejam em harmonia com um projeto de corresponsabilidade e de qualificação dos vínculos interpessoais e entre estes e os usuários do sistema no processo de produção de saúde (Brasil, 2004).

É, portanto, nesse contexto que se delineia o estudo da presente investigação, cujo foco é a prática do acolhimento por parte do profissional Assistente Social na atenção básica. Ao promovê-lo, estes profissionais devem escutar as necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde, bem como ser capaz de prestar atendimento com resolutividade e responsabilidade, buscando a continuidade da atenção por meio da construção de vínculos entre profissionais e população.

Sendo assim, os Assistentes Sociais se inserem no processo de trabalho em saúde como agentes de interação entre os níveis de atenção do SUS. Tal atuação dá-se de modo concomitante e encontra-se atrelada às demais políticas sociais; desta forma, sua função é assegurar a integralidade e a intersetorialidade das ações de maneira cada vez mais coletiva e democrática. Porém, o Serviço Social, de modo geral, tem como demandantes da área da saúde pessoas em estado de vulnerabilidade social, ou seja, vitimizadas pelas condições sociais, condições estas que se manifestam na vida coletiva e que decorrem do modelo de sociedade vigente, trazendo sérias consequências, especialmente para a saúde.

Dessa forma, optou-se por analisar a prática do acolhimento em saúde e o seu modo de operar e de ser operado pelos profissionais de Serviço Social. Tal análise se dá sob a perspectiva da política nacional de saúde e o que a sustenta em termos teórico-conceituais de acordo com as exigências do Código de Ética Profissional.

Em vista disso, a pesquisa encontra-se estruturada em quatro capítulos, quais sejam: o primeiro enfatiza o propósito da presente investigação, o percurso metodológico, o tipo de pesquisa, a ambiência e os procedimentos metodológicos; o segundo apresenta um balanço da Política Nacional de Humanização do SUS, com ênfase no acolhimento e no trabalho em equipe; no terceiro, discorre-se a respeito

do Serviço Social no Brasil, do seu impacto no campo da saúde e da formação do Assistente Social para esse campo; por fim, no quarto, são trazidos os resultados com as categorias de análises e os resultados coletados durante as entrevistas.

1 A PESQUISA E O PERCURSO METODOLÓGICO

A ciência poderá ter encontrado a cura para a maioria dos males, mas não achou ainda remédio para o pior de todos: a apatia dos seres humanos. (Helen Keller).

Indagar sobre questões complexas que são aventadas por meio do cotidiano profissional conduz a inquietações na busca de respostas que suscitem soluções para as referidas demandas. Todavia, quando este sentimento é comum e, portanto, partilhado por um grupo, essa busca se fortalece.

É neste momento que entra em cena o pesquisador, com o seu olhar investigativo; ancorado em uma problematização e com uma hipótese, ele elege alguns objetivos a serem atingidos e, assim, inicia a sua caminhada a fim de desvelar fenômeno perscrutado, seja este de caráter humano ou social.

Martinelli (1999) assevera que existem várias maneiras de se conceber o conhecimento e de atingir os objetivos propostos na pesquisa, mas fazê-lo no campo do Serviço Social, pela via qualitativa, é uma alternativa teórico-metodológica constituída no Projeto Ético-Político Profissional desse campo, sendo a centralidade da pesquisa a autonomia e a emancipação social do sujeito. Para tal, deve-se possuir uma visão crítica, rigorosa e vigilante na busca por entender, nas falas dos entrevistados, fatos cotidianos, de maneira a desvendar sua realidade de trabalho, com vistas a uma atuação mais qualificada.

A autora acrescenta ainda que os temas de análise são oriundos da experiência do pesquisador, de seus sentimentos, porém, a concretização da pesquisa exige o estudo, a interlocução com a teoria, a ida a campo e também a interação com os sujeitos a serem analisados. Para a autora, o documento final constitui uma importante expressão da particularidade histórica da pesquisa em Serviço Social.

Nesta perspectiva, a pesquisa encontra-se embasada pelas reflexões de autores que se dedicaram – e se dedicam – aos estudos e a pesquisas referentes ao tema proposto na presente dissertação. Tal fato gera naturalmente o conhecimento ao permitir a criação de novos referenciais, devido ao movimento do pensamento que se coaduna com as narrativas dos sujeitos da pesquisa.

1.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo que se apresenta aqui é pautado por uma pesquisa de natureza qualitativa. Segundo Martinelli (1999, p. 22-23), os fundamentos básicos desse tipo de pesquisa são: 1º Reconhecimento das singularidades do sujeito; 2º Reconhecimento da peculiaridade da experiência do sujeito; e 3º Reconhecimento da importância de conhecer o modo de vida do sujeito e a sua experiência social cotidiana.

Na perspectiva da pesquisa qualitativa, foi utilizada a ferramenta de entrevista semiestruturada, que, segundo Minayo (2004), é um tipo de entrevista mais espontânea, haja vista que o entrevistador tem um conjunto de questões predefinidas, mas tem liberdade para realizar outras cujo interesse surja no decorrer da entrevista.

Este tipo de pesquisa estabelece uma correlação entre os dados coletados por meio das entrevistas, de modo a engendrar um diálogo com a fundamentação teórica. O fundamento filosófico adotado está ancorado no materialismo histórico dialético. Segundo Bourguignon (2007, p. 49), neste contexto, a pesquisa ganha um significado, pois o sujeito busca respostas para atender às suas necessidades, ou seja, ele busca possibilidades desconhecidas para atuar, modificar e melhorar aquilo que está posto, procurando aprimorar o seu viver. Com isso, ele produz e se reproduz no âmbito de sua existência, não de forma mecânica, mas de forma complexa, processual, contraditória e histórica, em um movimento constante e dinâmico.

Assim, o método adotado na presente dissertação está amparado pela história oral, ressaltando-se que o uso da história oral não se destina apenas aos pesquisadores do Serviço Social, mas é apropriada por inúmeras áreas dos saberes, em suas diversas abordagens em campo. Todavia, abordar a própria história, muitas vezes, não é uma tarefa fácil, visto que o narrador necessita, primeiramente, querer contar a sua história, tendo ciência de que determinadas situações fazem parte de sua vida. Ademais, contar suas histórias pressupõe, também, ter alguém interessado a ouvi-las.

Segundo Portelli (2001, p. 17), “Não há história oral antes do encontro de duas pessoas diferentes, uma com uma história para contar e a outra com uma história para reconstruir.”

Desta forma, as entrevistas foram gravadas em áudio, e, posteriormente, transcritas e digitalizadas, preservando-se as narrativas dos sujeitos. Quanto à técnica da gravação ou do registro da informação viva, Queiroz (1991, p. 73) salienta que “[...] As técnicas que lidam com o relato oral foram as que mais atraíram a reflexão de especialista, havendo já alguns estudos sobre elas”. Já no que concerne à transcrição, Queiroz (1991) recomenda que deva ser feita pelo mesmo pesquisador que realizou a entrevista, pois este estará apto a realizar a escrita o mais fielmente possível, não sendo possível outro pesquisador substituí-lo, pois, para o pesquisador, ouvir e transcrever constituem um exercício de memória em que uma cena é revivida.

As entrevistas foram realizadas mediante a disponibilidade dos participantes, que foram convidados por meio de carta-convite contendo a Carta de Informação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As referências éticas desta metodologia são: a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde; e o Termo de cessão gratuita de direitos de depoimento oral e compromisso ético de não identificação do sujeito.

1.2 AMBIÊNCIAS DA PESQUISA

O cenário de estudo corresponde à região de Supervisão Técnica de Saúde do Butantã; tal Supervisão está localizada no extremo oeste do município de São Paulo, na área da Subprefeitura do Butantã, que conta com 13 equipamentos de saúde - Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A Supervisão Técnica de Saúde coordena a atenção em saúde em cinco distritos administrativos, localizados nos limites geográficos da Subprefeitura do Butantã, a saber: Butantã, Morumbi, Vila Sônia, Raposo Tavares e Rio Pequeno. Esses distritos administrativos representam uma área de 56,1 km² e compreendem um total de 428.217 mil habitantes.

No que tange à pesquisa de campo, foram priorizadas três Unidades Básicas de Saúde para serem incluídas no estudo, situadas no Distrito Administrativo Raposo Tavares, quais sejam:

- UBS Paulo VI e AMA Paulo VI, unidade com modelo de atendimento misto (tradicional e ESF - Estratégia de Saúde da Família), que ocupa uma área construída de 650 m², abrigando no mesmo espaço o funcionamento de ambos dispositivos. Sua população da área de abrangência é de 28.629 habitantes.
- UBS Jardim Boa Vista, que passou a contar, a partir de 2001, com o Programa Estratégia de Saúde da Família. Com área construída de 942 m², sua população da área de abrangência é de 18.432 habitantes.
- UBS Jardim São Jorge, que funciona com modelo de atendimento misto tradicional e ESF, cuja população da área de abrangência é de 27.172 habitantes. A unidade conta com área construída de 436,8 m² de uso exclusivo e também uma área de 225,5 m² compartilhada com a AMA São Jorge.

1.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para se atingir os objetivos, procedeu-se a uma revisão da literatura acerca do tema, com ênfase na prática do acolhimento realizado por profissional do Serviço Social no contexto da Atenção Básica de Saúde, local em que foram colhidas as narrativas das(os) profissionais. Este é, portanto, um estudo de natureza qualitativa, que utiliza a técnica de elaboração de roteiro para entrevistas semiestruturadas. A metodologia é entendida por Minayo (2012, p. 14) como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Compreende, assim, a teoria da abordagem (o método), de natureza qualitativa, e, portanto, com diferenças frente a abordagem quantitativa da realidade. Minayo salienta, no entanto, que “a diferença entre abordagem quantitativa e qualitativa da realidade social é de natureza e não de escala hierárquica” (Minayo, 2012, p. 22).

Dos instrumentos, cabe mencionar as entrevistas, gravadas em áudio, realizadas com as profissionais Assistentes Sociais inseridas no sistema público de saúde, acerca de suas trajetórias de formação. A opção pelas narrativas com os(as) profissionais de Serviço Social como aporte metodológico para a presente pesquisa

se deve ao fato de a entrevista narrativa exigir certo envolvimento e cumplicidade em relação às questões levantadas, além de um modo singular de trocar e colher informações e impressões, ou seja, “um tipo específico de comunicação cotidiana, o contar e escutar história” (Jovchelovitch; Bauer, 2002, p. 95), a fim de se aproximar ao máximo da realidade e da condição do outro, daquele que fala e elabora a respeito de suas práticas de saúde e das relações que constitui, seja com os usuários, seja com os colegas e com a rede de saúde.

Deste modo, as narrativas constituem elementos centrais neste estudo, especialmente pelo fato de estes sujeitos serem carregados de histórias.

De acordo com Jovchelovitch e Bauer, as entrevistas narrativas:

são infinitas em sua variedade, e nós as encontramos em todo lugar. Parece existir em todas as formas de vida humana uma necessidade de contar; contar histórias é uma forma elementar de comunicação humana e, independentemente do desempenho da linguagem estratificada, é uma capacidade universal. (Jovchelovitch; Bauer, 2002, p. 91).

Jovchelovitch e Bauer (2002) pontuam que a entrevista com perguntas abertas é uma maneira de encorajar e de estimular o sujeito entrevistado a contar algo sobre algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social em que se insere, pois lhe possibilita uma oportunidade para relatar seus pensamentos e expressar suas opiniões.

Nesse sentido, percebe-se que a influência da pesquisadora na entrevista deve ser mínima, permitindo que a pessoa entrevistada aborde outras questões para além daquelas elaboradas previamente, na “perspectiva do entrevistado se revelar melhor nas histórias onde o informante está usando sua própria linguagem espontânea na narração dos acontecimentos”. (Jovchelovitch; Bauer, 2002, p. 95-96).

A narrativa é, portanto, um ato de contar história, pois, refere-se à experiência pessoal, uma vez que a história surge a partir da troca, do diálogo e da interação entre – neste caso específico – a pesquisadora e as(os) Assistentes Sociais. De acordo com Benjamin (1994), é justamente da capacidade de trocar experiências que emergem as narrativas: “A experiência que passa de pessoa a pessoa é a fonte a que recorreram todos os narradores” (Benjamin, 1994, p. 198).

A partir do procedimento metodológico supramencionado, foram 04 (quatro) os sujeitos da pesquisa, são Assistentes Sociais que atuam em Unidades de Saúde na região oeste do município de São Paulo.

2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

É preciso saber o que existia antes do SUS para que possamos avaliá-lo, valorizá-lo e aperfeiçoá-lo. É necessário conhecermos um pouco a história da organização sanitária no Brasil para compreendermos porque o SUS representa uma conquista do povo brasileiro. Este conhecimento deve contribuir para não reproduzirmos o passado e para que sejamos capazes de avaliar, a cada momento o que conseguimos de avanço, bem como as ainda existentes ameaças e retrocessos (Paim, 2009, p. 20).

O surgimento do SUS se dá como resposta ao descontentamento do povo brasileiro em relação aos direitos inerentes à cidadania. Até então, a cobertura assistencial era mínima e de baixa qualidade; além disso, os recursos financeiros destinados a atender às necessidades da população na área da saúde eram escassos, tornando a situação ainda mais preocupante e premente. Nesse cenário, o movimento de Reforma Sanitária, surgido na década de 70, propôs uma ampliação do sistema de saúde, tendo em vista a necessidade de proceder a uma reorganização que objetivasse atender às pressões e às reivindicações da população por melhoria em suas condições de vida.

Assim, o processo de Reforma Sanitária no Brasil culminou, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde. Esse evento constitui-se como um marco histórico – o mais importante da trajetória da política pública de saúde. O temário teve como eixo: “Saúde como Direito de Cidadania”; “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”; e “Financiamento Setorial”. Tais propostas derivam dos conceitos de saúde como direito de todos os cidadãos e como dever do Estado (Brasil, 1988).

As reivindicações do movimento de Reforma Sanitária apontavam para a necessidade de construção de um sistema de saúde que garantisse acesso, com qualidade, a todos os cidadãos brasileiros. Nessa direção, o SUS foi incorporado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, que o deliberou como política pública. Assim, o SUS foi instituído visando-se à atenção integral e à participação comunitária na gestão e no controle social. Apesar de o SUS ter sido definido pela Constituinte de 1998, sua regulamentação só se deu em 1990, por meio da Lei nº 8.080 e pela Lei nº 8.142 (Brasil, 1990).

A saúde é direito de todos e dever do Poder Público, assegurado mediante políticas econômicas, sociais, ambientais e outras que visem à prevenção e à eliminação do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, sem qualquer discriminação (Brasil, 1988).

É possível destacar que houve, com efeito, aumento e melhorias significativas nas condições de acesso e nas políticas de saúde, sobretudo em relação aos períodos anteriores a 1988. De acordo com o CFESS:

Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado Democrático de direitos, responsável pelas políticas sociais e, consequentemente, pela saúde. Destaca-se como fundamento dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização da informação e transparência no uso de recurso e ações do governo; a descentralização com o controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 17).

Percebe-se, então, que a proposta de Reforma Sanitária busca a defesa da universalização das políticas sociais e dá ênfase na garantia dos direitos sociais. Nesse contexto, “ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais” (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p.17). Nessa perspectiva, tornou-se essencial repensar o cotidiano dos serviços públicos de saúde, se estes estavam sendo prestados de modo satisfatório à população e se sua capacidade de promover a efetivação dos direitos estava sendo, de fato, atingida.

Em meio a essa discussão, o Ministério da Saúde apontou algumas dificuldades, tais como: interação entre os profissionais de saúde e usuários; descaso em relação aos direitos desses usuários; centralização da atenção focada na doença e também na relação queixa-conduta; e falta de preparo dos profissionais de saúde para relacionar as questões apresentadas às dimensões sociais e subjetivas inerentes às práticas de saúde.

Nessa visão, percebe-se a necessidade de transformação das relações estabelecidas entre unidades de saúde, profissionais e usuários. Nesse sentido, a integralidade em saúde tem sido foco de discussões que objetivam promover o

debate em torno da humanização, termo este utilizado atualmente com mais frequência na área da saúde.

Como citado anteriormente, em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), uma política ministerial muito singular se comparada a outras do setor. Tal política buscou aprimorar as relações sociais entre profissionais e usuários, bem como a melhoria da qualidade do serviço prestado (Deslandes, 2004).

Esse Programa foi substituído por uma política que opera de forma transversal em toda a rede do SUS e, ou seja, deixa de ser programa para se constituir como política de assistência. Em 2004, iniciou-se a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como “Humaniza SUS”. Destaca-se a humanização como um conjunto de estratégias capazes de tornar possível a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. Tal política propõe uma construção efetiva de atitudes ético-estético-políticas, em harmonia com um projeto de corresponsabilidade e de qualificação dos vínculos interpessoais e entre estes e os usuários do sistema no processo de produção de saúde (Brasil, 2004).

Desta forma, a humanização se estabelece como importante ação inovadora, dotada de múltiplas dimensões, quais sejam: a dimensão ética, porque envolve a defesa da vida como eixo central de suas ações; a dimensão estética, porque se refere à invenção das normas que regulam a vida no processo de produção, incluindo-se a subjetividade, a autonomia e o protagonismo dos seres sociais; e a dimensão política, porque está vinculada à interação entre a organização social e institucional enquanto prática de atenção e a gestão da rede SUS (Brasil, 2004).

Nesse ponto, a Humanização parte dos conceitos e dos dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, bem como dos modelos de gestão, ampliando seu alcance em direção à “sensibilização dos gestores, trabalhadores e usuários sobre as questões relacionadas à Humanização do atendimento”(Brasil, 2004).

De acordo com a Política de Humanização (Brasil, 2004), nota-se um conjunto de dimensões que objetivam considerar as necessidades subjetivas e sociais a partir de novos elementos constitutivos capazes de transformar a realidade

presente em quaisquer práticas de saúde. Tal mudança dar-se-ia por meio dos Princípios Norteadores da Política de Humanização, a saber:

- 1 - A valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo compromissos e responsabilidade;
- 2 - O fortalecimento do trabalho em equipe, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
- 3 - A utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos;
- 4 - Estímulos a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos (Brasil, 2004, p. 9).

Nessa perspectiva, a PNH, em relação à gestão do SUS, trabalha para consolidar quatro marcas específicas: diminuir o tempo de espera dos usuários nas imensas filas; propor atendimento baseado em critérios de risco; informar ao usuário quem são os profissionais que cuidarão de sua saúde; e garantir gestão participativa dos trabalhadores e dos usuários nas unidades de saúde (Brasil, 2004, p. 10).

Assim, a implementação da PNH destaca a atuação em vários eixos, que objetivam promover alterações no modelo assistencial oferecido aos usuários do SUS. Tais eixos são: das instituições, da atenção, gestão do trabalho, financiamento, educação permanente, informação/comunicação e gestão da PNH. Entre estes, é possível enfatizar a importância do eixo da atenção, que segue como uma proposta de “uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral da saúde, promovendo a intersetorialidade” (Brasil, 2004, p. 11).

Nessa perspectiva, a humanização expressa atitudes focadas no princípio da integralidade, nas práticas e nos processos dos serviços de saúde. Tal concepção compreende a humanização para todos os níveis de saúde, abrangendo a “atenção básica, atenção secundária e atenção terciária”, sob a ótica dos princípios e das diretrizes do SUS. Nesse contexto, vale destacar a construção do Serviço Social na área da saúde e o modo como se configura a atuação profissional, haja vista que a proposta de pesquisa se pauta aqui pelo estudo investigativo, em uma perspectiva do acolhimento no campo da prática profissional dos Assistentes Sociais. Nessa conjuntura, o âmbito da atenção primária em saúde é destacado como porta de entrada da população no SUS e do acesso ao direito à saúde.

É importante destacar também que a atenção básica à saúde abrange um conjunto de ações no âmbito individual e/ou coletivo, que engloba a promoção da

saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Nesse sentido, forma o primeiro nível de atenção do SUS, tendo em vista que a atenção básica agrega as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2012).

2.1 O TEMA “ACOLHIMENTO”

A prática do acolhimento tem sido muito discutida no campo da saúde, de modo que possui uma variedade de interpretações a respeito. O acolhimento propõe mudanças no processo de organização do trabalho em equipe e provoca modos de gerir cuidados, principalmente no que se refere a alterações nas relações entre os funcionários e usuários, garantindo-se tanto o acesso universal quanto o atendimento humanizado. Nessa perspectiva, a humanização expressa atitudes focadas no princípio da integralidade, nas práticas e nos processos dos serviços de saúde (Ayres, 2014).

O acolhimento na saúde é precisamente o processo que se dá na relação interpessoal e expressa a continuidade da atenção feita de empatia, de escuta qualificada, de construção de vínculos e de aceitação. É fundamental, nesse contexto, a garantia de acesso aos usuários, com responsabilidade e resolutividade, mantendo-se ativa e contínua as intervenções (Carvalho, 2014).

Na perspectiva de Franco et al. (1999), o acolhimento modifica o processo de trabalho, de modo que a organização do serviço passa a ter a equipe de acolhimento como elemento central no atendimento aos usuários.

De acordo com Solla (2005), o acolhimento pode ser visto como a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas, bem como a garantia da resolutividade, que deve ser, portanto, o objeto final do trabalho em saúde.

O conhecimento acerca do outro exige do acolhimento proximidade e comprometimento, isto é, efetivamente dar crédito, dar atenção, dar orientação. Pressupõe habilidades comunicativas, bom senso, percepção mais acurada em relação às demandas, e, mais que isso, identificar os riscos e as vulnerabilidades sociais das pessoas, não se limitando aos riscos biológicos (Carvalho, 2014).

Para Teixeira (2005), o acolhimento expressa a construção de relações que se estabelecem entre usuários e profissionais, concebido como uma rede de comunicação que pode ser acordada em uma relação horizontal de diálogo, pois exige a construção de vínculos e orienta-se pela busca de um conhecimento mais aprofundado acerca das necessidades trazidas pelos usuários e dos modos para satisfazê-las.

Por meio dessa rede de comunicação, Artmann e Rivera (2006), com base nas ideias de Teixeira (2003), informam que este profissional:

Traz uma compreensão interessante sobre o acolhimento baseado em sua percepção como uma rede de conversações. O acolhimento seria um complexo acolhimento-diálogo verificado no interior do cuidado. O primeiro termo corresponde à disposição de promover uma escuta atenta e de acolher uma demanda de atendimento como direito moral, e o segundo refere-se à conversação envolvida na identificação e priorização de necessidade. O atendimento a essas necessidades pode ocorrer por meio de alternativas de intervenções tecnológica, subjetiva e social (Artmann; Rivera, 2006, p. 207).

O acolhimento é, sem dúvida, uma atividade comunicativa de maior importância e desempenha um papel fundamental para inclusão dos usuários. Assim, de acordo com Carvalho (2014), o acolhimento constitui elemento essencial para a construção de vínculos, que se estabelecem quando há verdadeiramente o reconhecimento do outro “como um ser singular”. Tal abordagem assume um recorte diferenciado na produção compartilhada e envolve, de um lado, os saberes técnicos do trabalhador e, do outro, os indivíduos portadores de aprendizados vividos.

Cecílio (2001) aponta para quatro conjuntos de necessidades de saúde, quais sejam: o primeiro está relacionado à necessidade de possuir boas condições de vida; o segundo diz respeito à necessidade de se ter acesso e poder para dispor de toda tecnologia de saúde que seja capaz de melhorar e prolongar a vida; o terceiro está associado à criação de vínculo com profissionais e equipes de saúde; e o quarto se refere ao fato de as pessoas obterem graus crescentes de autonomia nos cuidados com a própria saúde.

Assim, a discussão no campo da saúde a respeito do acolhimento vem sendo tratada como um dispositivo capaz de mudar o modelo tecnoassistencial da saúde, baseando-se nas necessidades de ampliar e introduzir mudanças na organização do trabalho. Essa discussão está pautada no desenvolvimento de uma

prática que contemple o princípio da integralidade, que vise à garantia de acesso e à criação de vínculos.

Deste modo, o acolhimento apresenta-se como um instrumento potente na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois é visto como uma possibilidade de universalizar o acesso e de proporcionar serviços de saúde a todos os usuários que necessitem, possibilitando a reorganização do sistema de saúde (Teixeira, 2003).

Ou seja, o processo de acolhimento busca inicialmente captar as necessidades de saúde, que são acolhidas por meio do diálogo, a partir do qual se busca compreender os significados de tais necessidades e correlacioná-las ao contexto socioeconômico e cultural em que se encontra inserido o usuário.

É importante ressaltar que não se trata aqui de um acolhimento no âmbito da gentileza, da bondade, da caridade, mas sim como uma importante diretriz que requer priorização da atenção – que não deve ser delimitada pelo atendimento por ordem de chegada, que, na maioria das vezes, é considerada uma prática de exclusão.

O acolhimento é entendido como uma ação tecnológica capaz de promover mudanças tanto nas relações que se estabelecem entre profissionais e usuários como no modo de operar os processos de trabalho em saúde (Brasil, 2012).

Dessa forma, o acolhimento no campo da saúde deve ser entendido como um dispositivo capaz de alterar o modelo técnico-assistencial nas formas de se produzir assistência à saúde. Ele propõe mudanças no processo de organização do trabalho em equipe e provoca modos de gerir cuidados, principalmente alterando as relações entre os trabalhadores e usuários, garantido acesso universal e atendimento humanizado.

Assim, a reversão do modelo técnico-assistencial propõe, no cotidiano do acolhimento, uma abordagem integral, com parâmetros éticos, técnicos, humanitários e de solidariedade, capazes de reconhecer o usuário como sujeito potencialmente ativo e participante no processo de produção de saúde (Brasil, 2004).

Para Mattos (2004), no âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a integralidade, tal como os demais princípios, deve ser pensada como uma ferramenta para organizar as práticas em saúde. O autor defende a ideia de que, para se ter integralidade, deve-se articular prevenção e assistência, ou seja, para os

serviços, isto significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer – para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento – ações voltadas efetivamente para a prevenção. O princípio da integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde do indivíduo no próprio contexto em que se dá o encontro com a equipe de saúde. Daí a importância de o profissional de saúde conhecer a realidade social em que o indivíduo se encontra inserido.

Assim, o acolhimento implica uma postura acolhedora do profissional de saúde. Ao promovê-lo, deve-se escutar as necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde e, deste modo, ser capaz de prestar atendimento com resolutividade e responsabilidade, buscando a continuidade da atenção por meio da construção de vínculos entre profissionais e população.

Nesse sentido, a construção de vínculos e relações torna o atendimento mais humanizado, permitindo ao profissional da saúde enxergar o usuário como sujeito que detém conhecimentos sobre seu processo de saúde/doença, fenômeno que caminha em sentido oposto à concepção como sujeito/objeto. Esse processo requer efetiva participação do usuário na compreensão, e, por conseguinte, na resolução de seu problema, implicando a realização de um trabalho integrado.

A organização do processo de trabalho de inversão do modelo técnico-assistencial em relação à saúde tem como base a diretriz operacional do acolhimento; pressupõe que este seja centrado no usuário, partindo de alguns princípios básicos. Franco et al. (1999) trazem como exemplo o caso da cidade de Betim, no estado de Minas Gerais, que no ano de 1996 vivia uma grande mobilização para implantação de um processo de trabalho que considerasse o acolhimento na rede básica assistencial a partir da implementação de uma diretriz operacional. Os autores apontam três situações-chave para seu atingimento, quais sejam:

1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população;
2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional –

equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;

3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (Franco et al., 1999, p. 347).

A estratégia de organização da assistência significa descentralizar o foco médico-assistencial para o trabalho em equipe, de modo que o usuário entre no serviço de saúde e, de fato, suas necessidades sejam acolhidas, contextualizadas e compartilhadas com os diversos saberes. Essa organização possibilita ao trabalhador um direcionamento interventivo sobre as reais necessidades manifestadas.

Desta forma, essa lógica rompe com a noção tradicional de acolhimento em relação à dimensão espacial, que se traduz em ambiente agradável, adequado e reconfortante. Igualmente, tem outro proceder no que se refere à triagem administrativa e aos encaminhamentos para os serviços de especialidades – cujo procedimento atual é, na maioria das vezes, considerado uma prática excludente. Embora não se esteja aqui desclassificando a importância de ambas, é válido registrar que, uma vez trabalhadas isoladamente, reduzem o potencial do acolhimento, não se comprometendo com os processos de responsabilização.

O acolhimento requer do profissional de saúde uma postura ética, uma escuta qualificada da demanda do usuário, de modo que seja possível identificar os riscos e as vulnerabilidades, dando importância também à avaliação do próprio usuário e comprometendo-se a fornecer respostas aos problemas por ele apresentados. Dessa forma, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual, isolada e individual, assumindo, nessa perspectiva, que este deve se dar durante todo o período de funcionamento do serviço de saúde. Tal perspectiva é apontada pelo próprio documento editado pelo Ministério da Saúde:

Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade (Brasil, 2004, p. 13).

No entanto, percebe-se uma definição restrita de acolhimento nos serviços de saúde, haja vista demandas mais emergenciais como aquelas geradas pela convivência com filas ou mesmo a falta de critérios práticos no atendimento.

Portanto, a organização do processo de trabalho cede lugar à importância da produção de procedimentos e atividades, o que se dá em detrimento dos resultados ou efeitos para as pessoas que estão sob sua responsabilidade. Assim, o oferecimento de serviços não corresponde às reais necessidades dos usuários (Brasil, 2010).

Logo, o acolhimento não se limita ao espaço físico da recepção, ou à responsabilidade de quem trabalha na recepção; diz respeito a todos os trabalhadores inseridos no sistema de saúde. Portanto, a proposta de acolhimento busca romper com estes entraves na medida em que estabelece uma aproximação entre as pessoas envolvidas, isto é, uma proposta de trato humanizado como perspectiva para a resolução dos problemas apresentados.

No cotidiano dos serviços, o assistente social deve contribuir para o maior acesso da população ao Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo na medida em que promove uma escuta qualificada no atendimento/acolhimento, tarefa esta que consiste em mediar a garantia aos direitos sociais, visando às diversas demandas significativas que o profissional atende.

Este emaranhado de problemas faz com que aumente a procura pelos serviços de assistência por meio do atendimento/demanda espontâneo. Este contato, por meio da observação e da escuta, busca atender aos usuários e compreender, nessa realidade, um reflexo do cenário social atual. Essa interação tem-se caracterizado como um espaço em que se desenvolvem as atividades mais complexas do Assistente Social.

2.2 O TRABALHO EM EQUIPE

Do ponto de vista da saúde coletiva, ao se valorizar a perspectiva interdisciplinar em saúde, tem-se assegurada a atenção a todas as necessidades da população usuária, procurando resgatar o compromisso com o bem-estar social. Esse novo modelo de organização do processo de trabalho em saúde preconiza a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, bem como reorienta a assistência a doentes. Trata-se, em suma, de ações com ênfase na qualidade de

vida e que provocam mudanças nos modos de viver e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos na promoção da saúde da população.

Isto posto, verifica-se que os Assistentes Sociais se inserem no processo de trabalho em saúde como agentes de interação entre os níveis de atenção do SUS. Esta atuação se dá de forma concomitante, encontrando-se atrelada às demais políticas sociais. Sua função precípua é assegurar a integralidade e a intersetorialidade das ações, cada vez mais coletivamente. No entanto, o Serviço Social, geralmente possui como demandantes indivíduos vitimizados por suas condições sociais, que se manifestam na vida coletiva e que decorrem do sistema econômico atual, que traz sérias consequências, principalmente em relação à saúde.

As realizações dessas atividades objetivam atender às necessidades dos usuários nas unidades de saúde. Esse tipo de atividade requer, por parte do Assistente Social, organização no processo de trabalho, além da necessária imposição de práticas multi e interdisciplinares que dizem respeito à assistência em saúde (Costa, 2009).

Esse reconhecimento se traduz em um instrumento importante na dinâmica da construção de estratégias de intervenção para a ação do exercício profissional, visando à construção de alternativas de atendimento em vista das necessidades sociais apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde. Essa construção requer que o profissional possua percepção e eficaz atuação na perspectiva interdisciplinar para a atenção integral, concomitantemente com ações intersetoriais e comunitárias que se aproximem da vida cotidiana da população e que, adicionalmente, também possam envolver a compreensão acerca da realidade local e regional.

Na sociedade permeada de relações interpessoais e em grupo, o fato de se saber trabalhar em equipe tem sido enfoque de estudos e de aprimoramento da prática no cotidiano das pessoas, principalmente no que tange à área da saúde, setor em que é possível perceber a ausência desse saber. Segundo Valentine et al. (2012), o trabalho em equipe – ou trabalho de equipe – é quando um grupo ou uma sociedade resolve criar um esforço coletivo a fim de solucionar determinado problema; também pode ser descrito como um conjunto ou grupo de pessoas que se dedicam a realizar uma tarefa ou um trabalho. Para Munari e Mota (2006), o trabalho realizado em conjunto possibilita a troca de conhecimento e a agilidade no cumprimento de metas e de objetivos compartilhados. Os indivíduos na sociedade atual articulam-se e formam grupos visando produzir determinadas tarefas. O

trabalho em equipe é cada vez utilizado na sociedade hodierna, sendo até mesmo proposto oficialmente pelo Ministério da Saúde e pelo da Educação.

Antes de abordar o conceito e proceder à análise sobre a realização do trabalho formado por equipes, percebe-se a necessidade de diferenciar o trabalho em grupo, visto que há uma confusão social entre a significação do conceito de grupo e de equipe. No trabalho em grupo, há baixo rendimento no que se refere à realização dos objetivos a serem alcançados, uma vez que, em grupo, os conflitos interpessoais causados por diferentes crenças, ideologias e concepções de mundo fazem com que o grupo obtenha baixo rendimento.

No entanto, o trabalho em equipe consolida-se como um conjunto de pessoas que possuem uma vinculação entre si para que haja a realização de um objetivo comum, sendo, portanto, mais produtivo do que o trabalho em grupo no que tange à resolução de problemas e à autonomia dos participantes (Sousa; Hamann, 2009).

Assim, o trabalho em equipe implica compartilhar o planejamento e a divisão de tarefas, bem como cooperar, colaborar e interagir democraticamente, integrando os diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades (Ribeiro et al. , 2004); deste modo, beneficiam-se todos os envolvidos no processo para a realização democrática das metas almejadas. Pode-se afirmar que o trabalho em equipe surge da necessidade de se estabelecer objetivos e metas em comum. Muitas vezes, com efeito, há um plano de trabalho bem definido, por meio do qual se desenvolve o crescimento individual e também da equipe, beneficiando, neste caso tratado em tela, o usuário e a comunidade envolvida no Sistema Único de Saúde – SUS, (acolhimento).

Dada a importância da terminologia “equipe” para a área da saúde, já em 1960 há a proposta de trabalho em equipes neste campo, cuja origem encontra-se no movimento de medicina preventiva, com o objetivo de alcançar efetivas mudanças nas práticas. Assim, foi incorporada, pela primeira vez em grades curriculares de ensino de graduação, a ideia de trabalho em equipe multiprofissional liderada por médico. (Arouca, 2003; Silva, 2003).

É possível perceber que há conflitos interpessoais nas equipes profissionais que atuam no cotidiano na área da saúde. Os integrantes das equipes têm dificuldades de se articularem a fim de desenvolver um trabalho interligado em prol de um objetivo comum. Dentre outros fatores, pode-se mencionar a falta de

conhecimento ou o despreparo, mas também, a vontade ou impulso para se trabalhar em equipe, ainda que não se tenha competência para tal.

Em vista disso, surgem tensões que se expressam no cotidiano laboral dos trabalhadores brasileiros, inclusive no dia a dia dos diversos funcionários de saúde que, muitas vezes, são movidos por uma lógica corporativa, que também se encontra presente como plano de constituição dos trabalhadores, que visa fatiar os usuários de acordo com o núcleo de saberes de cada profissão (Merhy, 2003), em detrimento da interdisciplinaridade. Segundo Freeth et al., (2005), a tendência é que os profissionais de cada área trabalhem de forma isolada e independente dos demais ramos, devido à longa e intensa formação, também isolada e circunscrita à sua própria área de atuação.

Desse modo, fica evidente a falta de preparo dos indivíduos para trabalharem em equipe. Uma das causas deste cenário apresentado, além de outras não mencionadas, é a constituição dos saberes advindos de sua formação em ambientes oficiais.

Nota-se que tais tensões e a falta de habilidades dos trabalhadores da saúde invariavelmente trazem consigo a lógica da sociedade capitalista e individualista, em que a importância se dá por meio do quem faz melhor, sendo que cada profissional acredita que, no processo, o saber específico de sua profissão é efetivamente mais importante do que o de outro. Desta maneira, percebe-se a falta de orientação e de capacitação que deveria ser proporcionada aos profissionais desde sua formação nos institutos oficiais de ensino, em que ocorre a transmissão sistematizada do conhecimento consolidado.

Contudo, por meio da atuação da Política Nacional de Humanização, do SUS (acolhimento), observa-se que os conflitos existentes nem sempre se mostram negativos. Mendonça (2008) considera que as tensões, ainda que sejam desconfortáveis, podem ser vistas como potentes instrumentos analisadores dos processos de trabalho instituído, de modo a permitir a impulsão da produção da novidade no trabalho da equipe.

Portanto, sob aquela ótica, as tensões, na maioria das vezes, podem ser benéficas para o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde nos diferentes processos que envolvem a participação de todos. Entretanto, ressalta-se que, para que isto ocorra, o profissional deve permitir-se deixar o território da proteção, do isolamento, devendo buscar o encontro real com o outro.

Analisando esse ensinamento, trazendo-o para realidade do dia a dia dos profissionais de saúde, é possível vislumbrar uma reversão da conduta praticada por estes. Quando os profissionais se permitirem se libertar do isolamento a fim de se protegerem, descobrirão tanto um benefício como uma qualificação/valorização das práticas, tanto no âmbito pessoal quanto nas relações interpessoais. Porém, também é de extrema importância que eles tenham condições de trabalho e de saúde para construir estratégias de enfrentamento, visando o trabalho em equipe na perspectiva do usuário e também em prol da Política Nacional de Humanização do SUS.

Os profissionais, assim, precisam se articular na busca de um objetivo comum, pois, devido à natureza das ações a serem tomadas, atuam diretamente com os processos operacionais estabelecidos pelo sistema de saúde. De outro modo, considerando que há divergências e interferências de ordem ideológica, conceitual e metodológicas, é fundamental a conversa, o projeto comum da equipe e do serviço.

Peduzzi (2007) salienta que a ideia de equipe de saúde aparece respaldada principalmente pela noção de atenção integral ao paciente, levando-se em consideração os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença, de história natural das doenças e de estratégia de integração. Porém, usualmente, mantém-se a centralidade na figura do médico, em torno do qual se agregam outros trabalhos especializados.

Cabe mencionar que Peduzzi (2007) conceitua “trabalho em equipe” multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de mão dupla, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando-se, por meio da comunicação, a articulação das ações e a cooperação. E a autora aponta principalmente para os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação, levando-se em conta a noção de atenção integral a ser fornecida ao paciente.

3 O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

A origem do Serviço Social no Brasil está profundamente relacionada às transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas no país e à mudança no trato da questão social no início do século passado. Apesar de toda riqueza contida na história da profissão no Brasil, serão pontuados apenas alguns trechos e conteúdos mais relevantes que compõem essa história.

A criação das primeiras Escolas de Serviço Social no Brasil tem sua origem profundamente relacionada aos acontecimentos históricos das décadas de 20 e 30 do referido século. Na década de 20, foram criadas algumas instituições assistenciais com o objetivo de oferecer respostas à situação social à época. No Rio de Janeiro, em 1920, foi criada a Associação das Senhoras Brasileiras, e, em São Paulo, em 1923, a Liga das Senhoras Católicas.

As obras, conforme pesquisa realizada por Iamamoto e Carvalho (1985), envolviam nomes de famílias que integravam a burguesia. Tais obras pretendiam desenvolver uma assistência preventiva, atender e atenuar determinadas sequelas do desenvolvimento capitalista, guardando especial atenção aos menores e às mulheres.

Em 1932, foi criado o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS), que tinha como proposta fundamental dinamizar a mobilização do laicato e tornar mais efetivas as iniciativas e as obras de filantropia. O CEAS tinha, dentre suas principais atividades, uma formação técnica especializada de quadros para a ação social e difusão da doutrina social da Igreja. Desse modo, conseguiria efetivar as necessidades já sentidas por grupos da Ação Social e Ação Católica.

Iamamoto e Carvalho (1985) destacam que essas ações teriam se iniciado a partir do “Curso Intensivo de Formação Social para Moças”, que teve como convidada *Mlle. Adèle Loneaux*, da Escola Católica de Serviço Social de Bruxelas. Esse curso era oferecido para jovens com formação nos estabelecimentos de ensino religioso, para representantes de famílias de diversos segmentos das classes dominantes e para setores abastados da sociedade¹. A proposta do CEAS, ao

¹ Cf. informações nas notas de rodapés nº 6, 7, 8 e 9, do capítulo I, parte II (Iamamoto; Carvalho, 1985).

objetivar a formação de seus membros católicos, era o fornecimento de uma base doutrinária e de conhecimentos aprofundados sobre os problemas sociais. O eixo norteador era o desenvolvimento da ação social com base nos princípios cristãos, voltada ao público do proletariado e com o intento de “afastá-lo de influências subversivas” (Iamamoto; Carvalho, 1985 p. 174).

Em 1936, foi fundada a Escola de Serviço Social de São Paulo, a primeira do Brasil; sua fundação foi fruto da iniciativa do Movimento Católico Laico, mas refletiu também a demanda por instituições organizadas sob a chancela do Estado.

Aos poucos, ocorreu um processo de mercantilização profissional, a partir da qual a força de trabalho pôde ser comprada. Nesses termos, o profissional não necessariamente seria mais uma moça da sociedade, devotada ao apostolado social; progressivamente, ela se transformará em um componente de força de trabalho, com determinada qualificação e englobada na divisão social-técnica do trabalho. Contudo, ainda permaneceria o conteúdo doutrinário da formação profissional.

A conjuntura das décadas de 30 e 40 foi considerada como determinante para o surgimento e a expansão do Serviço Social no Brasil. Nessa época, tal como enfatizado, era de cunho assistencial e caridoso, vinculado às raízes cristãs e de forte influência europeia. Nesse período, a área da saúde concentrou um número pequeno de profissionais, apesar de algumas escolas terem surgido em decorrência da demanda do setor. “A formação profissional também se pautou em algumas disciplinas relacionada à saúde” (Bravo; Matos, 2009 p.198).

Com a expansão do Serviço Social brasileiro, a partir de 1945, em pleno processo de expansão do capitalismo no Brasil, bem como das mudanças no panorama internacional geradas pelo fim da segunda Guerra Mundial, a área passou a ser influenciada pela matriz norte-americana, com base positivista e sob a perspectiva de ajustamento e de ajuda psicossocial. Nesse mesmo período, a saúde vinha sendo debatida em todo o mundo. Diante dessa conjuntura, a ação profissional na área da saúde se ampliou e começou a absorver grande parte do contingente de profissionais.

Bravo e Matos (2009, p. 199) pontuam que o “novo” conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, enfocou os aspectos biopsicossociais, com ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar. Ainda nessa época, foi ampliada a abordagem em torno do conceito de saúde,

introduzindo-se conteúdos preventivos e educativos, bem como determinando a requisição de outros profissionais do setor de saúde, dentre eles, o Assistente Social. Desta forma, este profissional passou a executar uma tarefa educativa, com intervenção no modo de vida da “clientela”, dando ênfase aos hábitos de higiene e saúde, assim como contribuindo com os programas prioritários de política de saúde.

É importante destacar que a consolidação da Política Nacional de Saúde era excludente e seletiva, não se configurando como de abrangência universal. Os Assistentes Sociais atuavam em hospitais como figuras mediadoras entre instituição e população, a fim de viabilizarem o acesso dos usuários aos serviços e aos benefícios. O profissional se utilizava da seguinte metodologia: plantão social, triagem ou seleção, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientação previdenciária, no âmbito curativo e individual.

Nas décadas de 60 a 70, o Serviço Social se manifestou e começou a questionar seu modo de atuação. A carreira buscou modernizar sua prática profissional com base nas novas propostas introduzidas na saúde, utilizando-se de um caráter mais preventivo e curativo. Nesse contexto, os Assistentes Sociais da área da saúde atuavam nos espaços sócio-ocupacionais “hospitais e ambulatórios”, na perspectiva de realizar estudo de caso, com vistas ao atendimento voltado apenas ao usuário de forma individual.

Em meados dos anos 60 e 70, por meio do Movimento de Reconceituação, conhecido também como Renovação do Serviço Social, buscou-se a desvinculação do conservadorismo, com a perspectiva de adequar as práticas profissionais à realidade do país. Tal medida deu-se em relação ao campo da formação profissional, sobretudo com o objetivo de redefinir o processo de intervenção; contudo, na década de 70, a profissão pouco se transformou.

Para se entender o Movimento de Reconceituação no âmbito do Serviço Social no Brasil, é preciso se fundamentar no período em que ocorreram as primeiras manifestações da categoria, ao criticar as teorias importadas. Esse momento foi marcado pelas ideias marxistas que, aos poucos, moldavam o comportamento social do pensamento ideológico, econômico, bem como as relações entre os grupos de indivíduos participantes da sociedade.

Nesse contexto, julga-se importante compreender o Marxismo e sua inter-relação com o Serviço Social no Brasil. A Enciclopédia Britânica conceitua o Marxismo como um método de análise socioeconômica sobre as relações de classe

e conflito social, de modo que utiliza uma interpretação materialista do desenvolvimento histórico e uma visão dialética de transformação social.

Contanto, há duas teorias marxistas que, com efeito, são importantes serem expostas a fim de se entender o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, quais sejam: a teoria sociológica e a visão revolucionária de mudança social. Entre as décadas de 60 e 70, os profissionais buscavam – por meio do ideário, da indagação e da orientação das classes sociais menos favorecidas – uma mudança de comportamento, sendo que encontraram nas teorias do Marxismo auxílio que contribuiu para a busca da diminuição da subordinação a que tais classes estavam submetidas e da exclusão social a que estavam sujeitas. Buscavam, deste modo, romper a dominação do grupo dominante, que, a todo custo, fazia com que os menos favorecidos fossem objetos de subordinação ideológica, social e econômica.

Segundo Porto (2001), o período político do general Ernesto Geisel (1974-1979) foi marcado principalmente pela transição democrática, haja vista que este momento era de mudança do regime militar para o governo liberal democrático. Assim, esse período também favoreceu um contexto propício para as ideias de mudanças dos Serviços Sociais da época, em virtude da abertura de diálogo pelo sistema governante executivo do Brasil.

Sob a ótica de Barroco (2008), as sequelas da “questão social” não eram mais vistas como “disfunção social”, mas sim como objeto de intervenção do Estado, materializando as políticas sociais na busca do controle das classes trabalhadoras. Tal aspecto favoreceu a atuação de uma nova prática no âmbito do assistencialismo voltado ao cidadão, principalmente em relação às questões concernentes ao Sistema de Saúde, em que profissionais da área puderam cogitar a busca de melhores resultados no campo biológico, psicológico e social – resultados estes demandados pelos usuários do sistema público de saúde brasileiro.

Barroco (2008) cita ainda que o Serviço Social se encontra associado ao Estado, em defesa do liberalismo, o qual defende a liberdade de consciência em que cada indivíduo pode escolher livremente o caminho que deseja seguir – seja religioso, estético, ético, profissional, etc. – perante as possibilidades dadas. Percebe-se, também, que ainda há problemas de ordem ideológica, econômica e social que afetam a operacionalização. Porém, não se pode negar que o Movimento de Reconceituação, ocorrido entre a década de 60 e 70, favoreceu em muitos aspectos a ocorrência de mudanças no âmbito do Assistencialismo Social Brasileiro.

3.1 O IMPACTO NO CAMPO DA SAÚDE

Na área da saúde, especificamente a partir dos anos 80, inicia-se o debate acerca do Serviço Social. E este período foi de grande mobilização política, sendo que o projeto Sanitário de Saúde foi decorrente do processo de lutas sociais que visavam à construção de um Estado democrático, no qual a saúde passaria a ser entendida como direito, sendo o Estado o responsável pela legislação que o efetivasse. Isso se daria por meio de uma política asseguradora, universalizada e descentralizada das ações, com o objetivo de oferecer uma melhor qualidade nos serviços, com integralidade e equidade para os cidadãos.

Ainda nesse período, o Serviço Social caminhava para a ruptura com o seu conservadorismo e os profissionais desta área ainda se inseriam, em sua maioria, nas universidades; ou seja, poucos, efetivamente, intervinham nos serviços de saúde, na prática propriamente profissional (Netto, 1993; Bravo, 1996). O Serviço Social desenvolveu-se em busca de uma fundamentação e consolidação teórica e, nessa perspectiva, deslocou-se dos serviços, de modo que poucas foram as alterações apresentadas nas ações de intervenção, “fato este, que repercute na atuação do Serviço Social na área da saúde até os dias atuais” (Bravo; Matos, 2006, p. 8).

Bravo e Matos (2006), ao realizarem um balanço geral da atuação do Serviço Social na área da saúde nos anos 80, enfatizam que:

[...] mesmo com todas as lacunas no fazer profissional, observa-se uma alteração considerável, a saber: uma mudança de posição com adoção de uma postura crítica dos profissionais com relação às atividades apresentadas nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais e nos Congresso Brasileiros de Saúde Coletiva. (Bravo; Matos, 2006, p. 8).

O Serviço Social, no setor saúde, ganharia um espaço com enfoque mais crítico em razão do fortalecimento da Reforma Sanitária e da construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. A Resolução nº 218, de março de 1997 (CNS, 1997), por meio do Conselho Nacional de Saúde, reafirmou o Assistente Social como profissional de Saúde. Esta normativa foi elaborada tendo como base as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que se reconheceu a

importância da ação interdisciplinar pelos diversos segmentos profissionais da saúde, possibilitando a integralidade da atenção.

Bravo e Matos (2006, p. 9) destacam que:

Os avanços apontados são considerados insuficientes, pois o serviço social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressista da profissão.

Na década de 90, identifica-se a implantação e o êxito ideológico do projeto neoliberal no país, que buscava um Estado mínimo em oposição aos princípios universalizantes defendidos pela Reforma Sanitária (por intermédio da implementação do SUS). De acordo com esses princípios econômicos neoliberais, objetivava-se um atendimento assistencialista, assegurando apenas o mínimo de serviços aos que não têm recursos econômicos para pagar, proporcionando um atendimento individual e fragmentado.

Nesse quadro, é notável que o Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 70, perdeu força para o projeto privatista voltado ao mercado, modelo vigente a partir da década de 90. Coube, então, ao Estado, garantir o mínimo àqueles que não têm condição de pagar, enquanto o setor privado assume o atendimento aos que têm acesso ao mercado. As propostas perversas neoliberais são de caráter focalizado, para atendimento às populações consideradas vulneráveis por meio de pacote básico para a saúde, intensificando a privatização, bem como estimulando o seguro privado e a descentralização dos serviços (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 20).

Observa-se que o neoliberalismo vem determinando a sociedade brasileira com “velhas” e novas formas de reorganização dos serviços de saúde. Nesse cenário, a política de saúde impacta diretamente o trabalho dos profissionais do Serviço Social, criando uma dicotomia entre os projetos de Reforma Sanitária e o neoliberalismo. A partir disso, são identificados dois projetos políticos em disputa na área da saúde (o privatista e o da Reforma Sanitária), que demandam diferentes requisições para os assistentes sociais.

De acordo com Conselho Federal de Serviço Social:

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. O projeto da Reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 24).

É precisamente nesse contexto de tensão que o Serviço Social, integrante da área da saúde, desenvolve sua prática profissional. O projeto de Reforma Sanitária e o projeto profissional pautam-se pela defesa dos direitos e têm como referência a saúde como direito universal. Na prática exercida no âmbito da saúde, cabe buscar estratégias de intervenção que possibilitem a efetivação do direito à saúde, seja prestando serviços diretamente à população, seja no âmbito da gestão, ou mesmo na mobilização e na participação social.

Além disso, na saúde, observa-se que a bandeira mais importante continua sendo a implementação do projeto de Reforma Sanitária, gestada em meados dos anos 70, destacando-se que esse projeto tem relação direta com “o projeto dos assistentes sociais” (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 27).

O Projeto Ético-Político da profissão pauta-se pela perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social ABEPSS, de 1996). Está, assim, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais, bem como nas desigualdades sociais (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 32).

Destaca-se, nesta perspectiva, a definição proposta por Yamamoto acerca da questão social, qual seja:

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (Yamamoto, 1999, p. 27).

Nessa linha, a intervenção do Serviço Social orientada por esta perspectiva teórica-política, pressupõe o reconhecimento da realidade dos sujeitos, de maneira a

atuar com vistas à identificação das condições materiais de vida que perpassam os determinantes socioeconômicos e culturais. Desse modo, os Assistentes Sociais podem fornecer respostas coesas no âmbito da sociedade civil, considerando o contato direto com a população usuária, em seu local de moradia/instituição, o que permite, ainda, a elaboração de estratégias para o enfrentamento das manifestações da questão social. Assim, são estabelecidos vínculos e aprendizados acerca das demandas e das necessidades sociais apresentadas.

De acordo com Santos:

O assistente social passa a constituir-se como um profissional que se vincula a um projeto social radicalmente democrático, redimensionando sua inserção na vida social brasileira, comprometido com os interesses históricos da população trabalhadora e com os seus valores fundamentais, a liberdade e a justiça social (Santos, 2007, p. 4).

Este profissional encontra-se comprometido com o valor ético-político à medida que sua ação acontece atrelada à democracia, como padrão de organização político-social, de forma a assegurar os valores de liberdade e de equidade. Nessa linha de pensamento, a ação profissional deve garantir que tais valores sejam reproduzidos na relação entre Assistentes Sociais, instituições e população, de modo que se preserve a qualidade dos serviços prestados aos usuários e que sejam assegurados os direitos e deveres do Assistente Social (Santos, 2007, p. 4). Percebe-se, ainda, que a inserção na saúde tem grande ligação com os princípios doutrinários do SUS, ambos com caráter democrático e universalista.

A atuação do Assistente Social se desenvolve a partir do Projeto Ético-Político Profissional da categoria, que ganha força com a transição das décadas de 70 e 80, após as discussões acerca do processo de Reconceituação do Serviço Social no período pós-ditadura militar. Em sua trajetória, o Assistente Social atuante na área da saúde expressa seu compromisso ético-político independentemente do tipo de instituição ou de demandas dirigidas ao mesmo.

Assim, compreende-se que o trabalho do Assistente Social no campo da saúde necessita de uma articulação com outros segmentos na defesa do SUS. Tal estratégia busca garantir que se efetive, de fato, o direito social à saúde, bem como que se tenha como norte o Projeto Ético-Político Profissional articulado ao projeto de Reforma Sanitária, reconhecendo que seu Código de Ética apresenta ferramentas importantes para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde, tal como propugnam

Bravo e Matos (2009). Tais autores destacam os princípios fundamentais do Código, conforme seguem:

- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (Bravo; Matos, 2009, p. 213).

Os autores apontam ainda para uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, pois requer, em entendimento qualificado, as seguintes postulações:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde (Bravo; Matos, 2009, p. 214).

Segundo a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS (1996), o Assistente Social possui competência que se traduz em aporte teórico, comprometimento ético-político e condição técnica-operativa.

Segundo Iamamoto (2009, p. 166), “esses profissionais afirmaram o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços prestados, em contraposição à herança conservadora do passado”. Ou seja, devem procurar intervir de forma a transformar determinadas situações que se encontrem ao seu alcance.

3.2 A FORMAÇÃO PARA O CAMPO DA SAÚDE

Historicamente, a política de saúde e também a profissão de Serviço Social sofreram mudanças significativas em seu processo de ruptura, em especial nas décadas de 60, 70 e 80.

Na área da saúde, o Serviço Social tem se concretizado a partir da Reforma Sanitária, sendo seu principal objetivo defender a universalização das políticas sociais, bem como a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, o conceito ampliado de saúde dá enfoque à melhoria das condições de vida e de trabalho, com destaque aos determinantes sociais de saúde. Essa nova organização do sistema de saúde se dá por intermédio da concepção e da implementação do SUS, em consonância com os princípios de intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização e controle social (Conselho Federal de Serviço Social, 2010).

O Serviço Social, a partir da década de 60, por meio do supramencionado Movimento de Reconceituação, permitiu uma reflexão acerca da profissão, com ênfase na crítica ao tradicional. O surgimento do Movimento de Reconceituação se deu em decorrência das pressões sociais e da mobilização dos setores populares; esse processo foi marcado por desigualdades de classes e pelas questões sociais, face ao acúmulo promovido pelo capitalismo.

Pensar acerca da formação do Assistente Social para o campo da saúde é refletir sobre o processo de formação profissional frente ao direcionamento dado pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), que pontua a necessidade de se capacitar os profissionais no trato teórico, histórico, metodológico e político, visando a uma perspectiva de intervenção qualificada e comprometida, em uma ação necessariamente articulada com os valores democráticos, pois, deste modo, possibilita que este profissional reflita sobre a realidade em que atua (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 1996).

Outra questão fundamental está relacionada ao trabalho junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: a formação do Assistente Social precisa ter uma compreensão dos valores expressos no Projeto Ético-Político, isto é, tem de necessariamente estar articulado ao Projeto de Reforma Sanitária. (Associação

Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 1996; Conselho Federal de Serviço Social, 2010).

Neste sentido, parte-se da compreensão de que o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político Profissional encontram-se minimamente vinculados ao Projeto Societário na defesa da justiça social, da democracia e da igualdade.

É importante destacar também a posição da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (1996) em relação à formação do Assistente Social para a área da saúde: é preciso ter conhecimento efetivo acerca da realidade social, a fim de possibilitar uma compreensão transformadora das práticas profissionais e, desta forma, ser responsável pela organização do trabalho, partindo da problematização como instrumento de intervenção nas necessidades de saúde da população – tanto no que tange ao âmbito individual como ao coletivo. Nessa perspectiva, o Serviço Social não atua de forma isolada em relação aos outros profissionais, ou seja, está vinculado a um processo coletivo de trabalho.

Com a reestruturação do capitalismo, surgem novos desafios, de modo que o Serviço Social precisa interagir com outras categorias profissionais, fato que implica analisar as condições de saúde dos usuários, no sentido de ultrapassar as barreiras entre o biológico, o social, o econômico e o psíquico, a fim de atender às necessidades decorrentes da nova conjuntura, para que os determinantes sociais da saúde do processo saúde/doença possam ser aprofundados em relação aos direitos sociais.

Desse modo, o Conselho Federal de Serviço Social, em 2010, lançou os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, amparados pelo Projeto Ético-Político Profissional. Esse documento advém de várias discussões coletivas, no que se refere à atuação na área da saúde, em que se articulam os princípios do Projeto Ético-Político Profissional com os princípios da Reforma Sanitária.

Nesse documento, destaca-se:

O perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e programáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidas individualmente (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 32).

Assim, é necessário que o Assistente Social se distancie de práticas conservadoras e implemente determinadas estratégias baseadas na identificação dos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde.

Vale destacar, por oportuno, que a inserção do Assistente Social na política de saúde ocorreu de forma lenta e gradativa, tendo como referência a área da saúde coletiva a partir da Constituição de 1988. Entretanto, foi somente após a Resolução nº 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1997), que o Assistente Social passou a ser oficialmente reconhecido como profissional da saúde. Tal reconhecimento foi consolidado pela Resolução nº 338/1999, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que dispôs sobre as atribuições específicas do Assistente Social na área da saúde.

Desta forma, cabe ao profissional de Serviço Social, uma vez inserido no sistema de saúde, mediar interesses vivenciados no cotidiano da prática ao desenvolver as ações na área da saúde. Tal como apontado por Costa, uma das atividades propostas seria a “Avaliação socioeconômica: essa ação consiste no levantamento de dados socioeconômicos e culturais dos usuários e/ou da comunidade; corresponde a identificar as condições de vida dos atendidos, de suas famílias ou grupos sociais” (Costa, 2009, p. 318).

Ressalta-se que o processo de intervenção do Assistente Social exige deste a capacidade de ouvir com atenção e de interpretar a realidade social dos sujeitos, a fim de criar formas eficazes de intervenção e de solução para os problemas encontrados.

Nessa linha de pensamento, vale destacar algumas expressões essenciais que devem ser compreendidas de forma complementar no processo formativo para o trabalho do Assistente Social em saúde no âmbito de uma concepção de totalidade: entender o modo como se dá a política social no entendimento da saúde, ou seja, é determinada pelas relações entre capital e trabalho; a política social representa o atendimento às necessidades da população, o que, historicamente, significa fornecer respostas às questões sociais e às necessidades da população. Com isso, observa-se que, enquanto profissão inserida no confronto entre as classes, fundamentalmente precisa ter conhecimento e clareza acerca dos projetos políticos que se confrontam na área da saúde. Em outros termos, o profissional necessita conhecer a desigualdade social, a política de saúde e o processo de Reforma Sanitária.

O atendimento aos usuários se dá nos diferentes espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade, independentemente da instância à qual é vinculada (federal, estadual ou municipal). Essa compreensão expressa a necessidade de afirmação do conceito ampliado de saúde e, principalmente, a problematização dos determinantes sociais da saúde. Nessa direção, entende-se que a saúde:

É disposto como direito fundamental do ser humano tendo o Estado o dever de garanti-la através de políticas econômicas e sociais que reduzem os riscos de doenças e agravos, e de estabelecer o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Castro, 2013, p. 7).

Efetivamente, a fim de se compreender a saúde, é necessário pensá-la a partir da possibilidade de problematizar a vida do indivíduo e suas relações com o meio ambiente e as condições de saúde e doença: “O assistente social pode dispor de um discurso de compromisso ético-político com a população, mas se não realizar uma análise das condições concretas, vai reeditar programas e projetos alheios às necessidades dos usuários” (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 67).

O Assistente Social, quando se encontra em contato com os usuários do SUS, percebe a complexidade e a vulnerabilidade de demandas sociais como desemprego, violência, falta de moradia, analfabetismo, fome, vulnerabilidade de crianças, adolescentes, idosos, portadores de necessidades especiais, mulheres, negros, homossexuais e suas respectivas famílias. Parte dos serviços públicos de saúde sofre com as manifestações das questões sociais; na verdade, estes problemas estão relacionados ao sistema capitalista de produção, dando, assim, origem às desigualdades sociais. Deste modo, os Assistentes Sociais são chamados a intervir nas relações sociais cotidianas, com vistas à garantia dos direitos (Vasconcelos, 2000).

Refletir acerca do conceito dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) significa retornar à conjuntura dos anos 70 e 80. Tal conceito, amplamente discutido, teve como foco argumentativo o entendimento de que as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e da qualidade de vida da população, levando-se em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais, que influenciam a saúde das pessoas e o

ambiente em que estão inseridas. Dessa forma, destaca-se o aumento das necessidades de atenção à população.

Sabe-se que os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) expressam as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população, isto é, estão relacionados à sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), estabelecida em 2006, os DSS são: “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. São fatores como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego, habitação, saneamento básico, meio ambiente, alimentação, nutrição, esporte lazer, dentre outros (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A inserção dos Assistentes Sociais nos serviços de saúde é mensurada pelo reconhecimento social da profissão. Tal inserção aponta para a compreensão que incorpora as ações desenvolvidas pelo Serviço Social; deste modo, a partir da concepção ampliada de saúde e de seus determinantes sociais, constroem-se ações educativas que auxiliam na melhora da condição de saúde e da qualidade de vida dos usuários e de seus familiares, “a partir dos fatores psicológicos, culturais e econômicos, fundamentados em uma ótica reflexiva, possuindo como referência técnica participativas, colocando a educação em saúde e o acesso à informação como um direito” (Castro, 2013, p. 9).

Pensar sobre educação em saúde significa, com efeito, compreender o modo como um processo vai além da transferência de informação; assim, as ações de educação em saúde devem ser norteadas por concepções pedagógicas vinculadas ao exercício da cidadania, de maneira a promover a transformação da realidade em que os indivíduos estão inseridos, bem como propiciando espaços de informação por meio de uma relação de troca, permitindo identificar as demandas de saúde (Mattos, et al., 2001).

Assim, segundo Vasconcelos (2000), a educação em saúde incorpora um processo de socialização e informação que pode subsidiar as condições geradoras de doença e da própria condição de vida da população.

É possível destacar outro ponto importante na formação do Assistente Social, que está vinculado ao processo do controle social e à participação popular junto aos conselhos. Os Conselhos de Saúde promovem espaço de lutas entre interesses contraditórios que expressam diferentes projetos societários; assim, faz-

se imprescindível a importância da participação dos cidadãos no fortalecimento da autonomia, fazendo valer democraticamente seus interesses, auxiliando na elaboração e na aplicação das políticas públicas, podendo, desta forma, intervir nas ações do SUS (Castro, 2013, p. 9).

No cenário de atuação do Assistente Social em relação à educação em saúde, pressupõe-se uma análise conjuntural, a fim de avaliar a realidade e o cotidiano vivenciado pelos usuários do SUS, possibilitando-se, desta forma, o enfrentamento da realidade na busca de viabilização na efetivação de seus direitos.

Essa discussão leva em consideração as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, sendo que a possibilidade de acesso a determinados bens, invariavelmente levaria à melhoria da qualidade de vida. Deste modo, apresenta-se como um desafio na reconstrução das ações de saúde, ao valorizar o cuidado como prática do ser humano.

4 ANÁLISES E RESULTADOS

A escolha do tema para a presente pesquisa emergiu a partir de minha experiência profissional nas unidades de saúde. As inquietações oriundas dessa atividade estão relacionadas às práticas dos Assistentes Sociais - com base no debate teórico acerca da saúde, cuja gênese remonta ao cenário do Movimento de Reforma Sanitária, bem como aos Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, amparado pelo Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social.

Tendo em vista a questão “ética em pesquisa com seres humanos”, a fim de se evitar o uso dos próprios nomes dos sujeitos entrevistados, estes receberam denominação de pássaros, a saber: Pardal, Sabiá, Garça, Falcão e Curió,

4.1 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DAS ENTREVISTADAS

No que se refere à formação dos indivíduos entrevistados:

[...] eu comecei como Assistente Social, no Serviço Social, como estagiária numa multinacional americana automobilística, pra implantar o Serviço Social em uma das unidades. Então, essa fábrica ela... a matriz dela era em São Bernardo, onde tinha Serviço Social, e eu fui contratada pra fábrica de Osasco, onde ainda não tinha. Então, na verdade, eu entrei pra implantar. Na época eram mil e poucos funcionários, e eu comecei... eu ficava sozinha em Osasco, mas eu tinha a supervisão do Assistente Social da matriz de São Bernardo. Então, ele vinha de São Bernardo até Osasco, ele é pessoa... fisicamente, pessoalmente, pra me ajudar em dias e horários já pré-determinados, e no restante do período, quando eu tinha qualquer dúvida, era o contato via telefone. E sempre me deu todo o suporte! Nunca me deu problema. Então, assim, eu implantei o Serviço Social nessa fábrica, acabei me formando e sendo contratada como Assistente Social e por lá eu fiquei 14 anos. Aí, saí, porque a fábrica fechou a unidade aqui de Osasco; ela mudou pra Taubaté, interior de São Paulo, então eu acabei saindo desse trabalho, de Serviço Social. Depois dele eu fui ser Consultora de Saúde, porque, nessa empresa automobilística, uma das atribuições do Serviço Social era cuidar dos benefícios e, dentre esses benefícios, a Assistência Médica, que era o Plano de Saúde deles,

particular. Então, acabei, por 14 anos, né? Cuidando disso, pegando uma experiência muito grande nisso. Quando eu saí dela, eu fui ser Consultora de Saúde, justamente, numa empresa que... uma corretora de Saúde; ela fazia a venda do produto para as empresas, e a implantação; eu trabalhava na implantação, por já ter bastante experiência em plano médico. Fiquei por um... mais de um ano, não lembro exatamente quanto, e aí eu fui pra uma outra multinacional, só que aí francesa, que cuidava de ticket alimentação, vale... essas empresas, né?!, que têm esses tickets, esses vales. Fiquei, também, por quase 8 nessa empresa, registrada como Assistente Social, mas pra cuidar, única e exclusivamente, do benefício deles de Assistência Médica (Sabiá).

Sabiá apresenta sua trajetória profissional com uma larga experiência, bem como um aprendizado que foi se engendrando de acordo com essa trajetória, e, conseqüentemente, contribuindo para um olhar ampliado acerca de sua prática profissional. Por meio de seu relato, é possível perceber que o trabalho apresenta vários desafios a serem enfrentados pelos profissionais do Serviço Social, especialmente no que concerne ao(à) Assistente Social, pois, na contemporaneidade, sua atuação profissional exige criatividade e proposituras na perspectiva de diminuir as exclusões sociais, também no âmbito da saúde do trabalhador. Assim, criam-se novos conhecimentos e possibilidades no fazer social, desenvolvendo-se o pensamento crítico e as condições para uma inclusão social.

Iniciei na área da saúde em 2003, como Agente de Saúde. [...] em 2008 passei pra recepção, na área administrativa. [...] me formei em dezembro de 2015, e daí, com a transição... é... eu recebi a proposta, de iniciar como Assistente Social, e estou aqui, na UBS São Jorge, desde junho de 2016 (Pardal).

Pardal pontua várias situações em sua trajetória profissional, as quais foram relevantes para sua formação profissional e que consistem no desenvolvimento de suas ações mediante as necessidades da população atendida; porém, como ela mesma salienta, o seu ingresso na atuação como Assistente Social ainda é muito recente.

[...] trabalho como Assistente Social desde 2011, 2012! Então, faz cinco anos, aí, que eu estou dentro da área do Serviço Social. Trabalhei na área da Assistência, quando me formei. É depois, logo após um mês, dois meses, eu já estava trabalhando na área da Saúde. E fiz Serviço Social, também, na área da Saúde Coletiva. Fiz Pós-Graduação em Serviço Social. Logo quando eu iniciei na área da Saúde, que era tentar, mesmo, estar mais ali estar trabalhando dentro da área da Saúde; aí eu estudei, eu continuei estudando, me formei, e logo já fiz a Pós-Graduação em Serviço Social na área da

Saúde Coletiva, porque eu pretendia seguir, mesmo, dentro da área da Saúde, me qualificar pra trabalhar dentro da área, porque quando a gente se forma geralmente a gente está meio amplo, assim! Tem uma visão do Serviço Social, ampla, E, dependendo da política, seja ela de Assistência, seja ela de Saúde, quando tem, um pouco, o específico, eu acho que melhora a nossa atuação profissional. Como Assistente Social na área da Saúde, eu trabalhei numa UBS tradicional, 4 anos! Na UBS é um pouco diferente da Estratégia. Agora, eu estou na Estratégia já faz um ano e meio, um ano e três meses que eu estou na Estratégia. Então, eu tenho um pouco de diferença, de trabalho, também. Mas sempre com o atendimento de “porta aberta”, no acompanhamento às famílias, tentando fazer o trabalho do Serviço Social dentro das Unidades Básicas de Saúde (Falcão).

Nesse cenário, o Serviço Social tem seu espaço legitimado e afirma função social no SUS, requerendo de seus profissionais um conhecimento ampliado, tal qual a formação generalista fornece. Entretanto, a narrativa de Falcão aponta para a necessidade de uma formação mais específica, com a finalidade de saber lidar com as questões de maior grau de complexidade apresentada nas redes de atendimento do SUS.

Essa premência em relação à especificidade na formação compreende também conhecer como vivem e trabalham os profissionais de Serviço Social nos espaços em que desempenham ações objetivando a promoção e a prevenção da saúde. Ademais, ressaltar a importância de se especializar, com foco na saúde, para melhor apreender a dinâmica que essa área demanda destes profissionais, pois a formação proporcionada no ensino superior é ampla, contudo, superficial, de modo que não consegue atingir todos os aspectos da área da saúde. Nota-se, no relato de Falcão, a importância dada à área da saúde, ao ressaltar a “porta aberta” para cumprir sua função na UBS, e, com isso, poder contribuir com a equipe de profissionais com a qual trabalha e melhorar os serviços prestados aos usuários.

A minha trajetória profissional me despertou. O Serviço Social me despertou a partir de 2003, quando eu comecei a trabalhar como agente comunitário de saúde. Nas demandas diárias, eu fui vendo que eu não queria ficar só naquela situação de fazer visita domiciliar e ver tantas demandas que a gente não conseguia dar conta. Na época, nós tínhamos uma assistente social, da área da prefeitura, e a gente não conseguiu ficar muito tempo com ela – porque ela teve uns problemas de saúde, de família – e ela teve que ficar de licença por um bom tempo. A gente nem sabe o que aconteceu. Sei que a gente dependia muito de informações que a gente foi procurando e eu pesquisando, foi quando me despertou. A motivação foi a minha irmã também, que é assistente social e falou: vai estudar. Comecei a

estudar, no primeiro ano de agente comunitário e foi um momento muito grande. Estudar durante a noite, trabalhava durante o dia fazendo visita. Eu senti que eu precisava mudar a minha situação, mas o ensino mesmo, da faculdade, me ensinou muito como agente comunitário. Também levei muitas experiências boas para a faculdade, devido ao que as pessoas pensavam que era estratégia saúde da família, o que era um agente comunitário. As pessoas tinham outro olhar. No terceiro ano de faculdade eu consegui ser promovida. Fui trabalhar como assistente administrativa até o final de faculdade e, depois de nove meses de formada – isso foi em 2008 – eu fui passar por uma seleção na empresa que eu estava trabalhando e fui selecionada, comecei a trabalhar no serviço social, dentro de uma unidade que não tinha mais nenhuma assistente social; nem prefeitura, nem contratada. Foi montar o Serviço Social com demandas enormes, com seis equipes, com a unidade mista, que também tinha uma demanda muito grande, mas eu tinha um apoio muito grande da gerencia e dos profissionais; enfermeiros, os médicos que trabalhavam conosco, são pessoas bem empenhadas. Era uma unidade de ensino, o que também acrescentou muito no nosso conhecimento. Eu fiquei ali um ano e pouquinho trabalhando sozinha. A demanda era mais estratégia – trabalhando sozinha – depois foram contratadas outras profissionais, mas assim, a demanda ali era mais estratégia e a gente ia se virando como pode. O Serviço Social sempre foi aquele negócio: aonde tiver um lugarzinho, ali fica o Serviço Social. Nunca teve aquela oportunidade de dizer assim: aquela sala ali é do Serviço Social. Onde tinha vaga era o dava para entrar, uma assistente social (Curió).

Curió aponta para a importância de buscar uma formação profissional, e, em seu caso específico, teve como motivação o fato de sua irmã ser Assistente Social. Ela aponta situações vividas durante a sua trajetória acadêmica e também a dificuldade de desenvolver suas atividades diante da falta de profissionais no Serviço Social, bem como a ausência de espaço físico.

Essas situações relatadas são constantemente vivenciadas pelos profissionais, que nem sempre encontram condições adequadas de trabalho, o que gera uma situação de subalternidade nos espaços sócio-ocupacionais, refletindo, muitas vezes, na ação do profissional.

Eu me formei em 2006, na FMU, meu primeiro emprego como assistente social foi, no hoje chamado SAICA – Serviço de Acolhimento Institucional de Criança e Adolescente, na época era conhecido como abrigo. Foi uma experiência muito rica, mas muito desafiadora. Até então eu tinha feito um único estágio, infelizmente, em um hospital particular e não tive uma boa experiência no estágio. Não tinha nenhuma outra experiência como assistente social. A aproximação do trabalho, na prática, relacionando um pouco a nossa teoria, que foi no Hospital. Não foi uma experiência muito positiva porque era um trabalho, na minha visão, de atendimento ao cliente. Tanto que não tinha o Serviço Social no Hospital, era o SAC -

Serviço de Atendimento ao Cliente. No Hospital não tinha o Serviço Social, a assistente social era dentro no SAC, que era um serviço de atendimento ao cliente, como se fosse uma ouvidoria do Hospital. Nosso trabalho lá – falando um pouquinho do estágio, que foi o início – era de visitar os leitos para saber se estava tudo bem, se não estava, se tinham alguma queixa. Ao meu ver, éramos vistas como as fiscalizadoras do trabalho da enfermagem, por exemplo, porque tinha muita queixa de enfermagem, e não era isso que eu queria. Mas, enfim, eu continuei no estágio porque eu tinha que pagar minha faculdade. Era o último ano, então eu só tinha um ano para fazer o estágio. Eu fiquei lá, inclusive, um ano de estágio. Me pediram para ficar, tive uma proposta indecente para continuar que não era como Assistente Social, era como administrativo (Garça).

De acordo com o relato de Garça, é possível perceber o quanto o Assistente Social é desrespeitado em sua prática profissional, bem como o despreparo das instituições ao infringirem o Código de Ética da Profissão, não observando as atribuições privativas do profissional no âmbito da saúde.

Partindo-se da compreensão global das entrevistas, nota-se, na contemporaneidade, os desafios e a problemática que envolve o trabalho social na esfera da saúde no país. Por meio dos relatos colhidos nas entrevistas, percebe-se a premente necessidade de uma reformulação. De acordo com Vasconcelos (2009), o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde, em contraposição a um trabalho espontâneo e/ou instintivo, exige uma série de requisitos que vai além da formação profissional, isto é, que necessita de capacitação e incentivo.

A inserção do Assistente Social na área da saúde tem o intuito de identificar as situações de vulnerabilidade social existentes nos territórios, visando buscar uma articulação com as demandas reais da população usuária.

Tal como outras profissões, o Serviço Social traz como característica a centralidade no trabalho vivo e na produção de ações que visem ao cuidado da população, e, desta forma, proporcionar legitimidade para a ação de cunho social, face ao direcionamento da capacidade que a profissão tem em se adequar, na medida em que os profissionais objetivam sua intencionalidade em respostas aos usuários atendidos (Castro, 2013).

É notável, na fala das pessoas entrevistadas, o quanto a trajetória profissional permite a reflexão crítica acerca de sua atuação, da qual se destacam os desafios frente às novas conjunturas socioeconômicas da população, principalmente em relação a práticas conservadoras que marcam o assistencialismo até os dias atuais.

4.2 PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ACOLHIMENTO

As narrativas sobre como essa prática se traduz no cotidiano são contundentes:

[...] O acolhimento é a escuta, é um olhar sensível a aquele usuário que está chegando na unidade, seja desde a dor de dente até aquela dor da alma, vamos dizer assim. Às vezes, é a dor da alma: preciso falar com alguém, preciso desabafar, porque não tenho ninguém para falar. [...] A gente faz uma escuta, a gente faz um atendimento. Às vezes tem casos - principalmente de manhã, de manhã sempre acontece – que está passando mal, mas às vezes está sem comer. Às vezes não tem o que comer em casa; às vezes está com um problema de droga na família e a gente traz para cá. Pelo menos a pessoa tem um pouco de privacidade, de conversar, a gente vê que o contexto, não só aquele exame que ela está, porque está de jejum. É uma ou outra situação, outro contexto onde ela está com o marido usuário de drogas ou está com os filhos que estão com problemas na escola; porque ela está sofrendo agressão física na residência. A gente sempre dá esse olhar. É muito atendimento que a gente faz, mas a gente tenta fazer o máximo de acolhimento [...] A gente sempre procura abrir essa porta, essa janela. [...] o acolhimento acontece todos os dias, eu acredito que o nosso atendimento na unidade chega a ser mais de 50% só de acolhimento [...] o nosso atendimento aqui é porta aberta, como a gente fala – seria o acolhimento – mas é de porta aberta, que a gente chama. A gente atende um agendamento que tem a cada meia hora, nesse intervalo de meia hora pode vir demanda espontânea, porque sempre tem vindo gente nesse momento [...] aqui é uma área de vulnerabilidade alta, é muita violência, muito problema de violação de direitos e é o que mais a gente atende aqui: são casos de abuso, casos de agressões (Curió).

Acolhimento para mim é o usuário que chega na unidade, entender, a necessidade dele, entender o porquê que ele veio aqui, o que ele está buscando, o que ele está esperando da Unidade naquele momento não só a demanda. A gente procura atender todas as necessidades dentro daquilo que nos é possível fazer [...] então, eu acho que a primeira coisa é você receber a pessoa com educação, e ouvir o que ela tem para dizer. Mas quando é “ouvir”, é ouvir mesmo! É tentar entender (Sabiá).

Percebe-se que o profissional de Serviço Social, ao realizar o acolhimento, busca se utilizar de seus conhecimentos técnicos para fornecer respostas efetivas às demandas apresentadas. E a qualidade do acolhimento é essencial, sobretudo para as pessoas que vivenciam alguma situação de violência ou de violação dos direitos:

Pra gente acolher aquele paciente que necessita de um de um atendimento, ou seja, de só ouvir, porque, às vezes, tem muito isso! Às vezes, o paciente está ali... e, às vezes, ele quer só ser ouvido. Quer ser entendido por alguém (Pardal).

[...] A gente tem que ver que o paciente não tem que sair daqui e chegar ali na esquina e fazer uma tragédia na vida dele, ou na família dele, porque ele não consegue um emprego, porque ele não acha outra perspectiva da situação que ele está vivendo. A gente tem sempre tentado ver isso. Às vezes, sete horas da manhã, eu fico ali na fila ou próximo a fila, só dando uma observada. Por quê? Uma hora, ou alguém porque está há muito tempo na fila, pode passar mal, ou porque alguém chega surtado. A gente sempre dá uma andada no corredor, fica de observação, vai para o lado do AMA, dá uma olhada na parte onde ficam as pessoas tomando medicação, se está tudo bem. [...]. Então, a gente procura estar de olho: precisa de ajuda? Você percebeu que alguém está meio diferente, um olhar cabisbaixo: vamos perguntar? Às vezes pessoa está precisando conversar e ter um atendimento de qualidade (Curió).

Para que haja a viabilização dessas práticas de saúde, Costa (2009) ressalta que o profissional de Serviço Social precisa desenvolver uma linguagem e um conhecimento acerca das razões que levam o usuário ou a família a ter determinado comportamento, que dizem respeito ao processo saúde/doença. Assim, cabe ao praticar o devido cuidado.

O acolhimento, eu acho que faz parte do nosso processo de formação. O Assistente Social, ele tem esse processo de formação, voltado pra Humanas, de estar escutando de estar compreendo. A nossa profissão faz essa leitura de contexto, vida onde esse sujeito está inserido. Então, geralmente a gente tem por princípio esse acolhimento mais humanizado, mais... voltado, mesmo, para os direitos daquele paciente. [...] A gente trabalha com “porta-aberta”, e agendamento. Eu costumo agendar pacientes que estão fazendo acompanhamento comigo; do resto, eu atendo tudo “porta-aberta”, pelo período que eu trabalho, [...] mais tranquilo, eu acho que não tem uma demanda tão grande, e as pessoas acabam vindo procurar mais o Serviço Social, não porque só está passando, porque já está no Médico, então, não vou marcar um outro dia, mas geralmente tem vaga; então, a gente trabalha com encaixe do dia, e já lança na agenda, e já atende aquele paciente no dia mesmo, pra não ter que gerar um outro dia, porque aqui, veja bem, a gente atende uma comunidade, às vezes, a pessoa pra chegar aqui ela tem que tomar duas conduções [...] eu acho que é, um pouco, falta de respeito, nossa, estar tendo vaga e ter que marcar por uma questão de burocracia. Eu acho que é “porta-aberta”, sempre, e agendamento quando necessário. [...] aqui, faz o atendimento da “porta aberta”, o acolhimento é direcionado para sala onde ficam a Enfermeira e uma médica. [...] todos os profissionais atendem os mesmos casos, então todo mundo consegue sentar, para discutir, para conversar (Falcão).

O acolhimento, a gente tem essa proposta de respeito ao usuário, de atendimento individual, que é importante, dessa escuta qualificada, individualizada para entender um pouquinho o que está acontecendo e intermediar isso (Garça).

A continuidade no processo de prestação de cuidado em saúde está vinculada à humanização na saúde e ao direito à “privacidade” no atendimento, conforme relatado por Curió, ao demonstrar preocupação no sentido de preservar o respeito pela vida no que se refere aos limites do que é possível fazer, estabelecendo-se, assim, uma conexão de confiança entre sujeito e profissional, possibilitando que o usuário possa retornar ao serviço de saúde.

A concepção acerca do cuidar pode ser diferente para cada profissional, e, por meio do seu relato, Curió apresenta a possibilidade do cuidado humanizado, por meio de pequenas ações diárias que repercutem na resolutividade das situações que são apresentadas. Além disso, mostra a necessidade de um olhar mais abrangente no que concerne às necessidades de saúde do usuário.

Pode-se inferir, portanto, que no cotidiano do trabalho dos profissionais de Serviço Social, a atuação se torna importante na articulação, na intervenção e no enfrentamento das questões sociais. Deste modo, o profissional se posiciona diante da vulnerabilidade social dos usuários, procedendo a uma intervenção que garanta o acesso às políticas públicas.

As entrevistas puderam demonstrar a necessidade de uma intervenção consciente e de qualidade, procurando romper com prática conservadora e tendo em vista as conexões que se estabelecem por meio das relações sociais. De acordo com Baptista (2001),

O espaço privilegiado da intervenção profissional é o cotidiano, o “mundo da vida”, o “todo dia” do trabalho que se revela como o ambiente no qual emerge exigências imediatas e são desenvolvidos esforços para satisfazê-las, lançando mão de diferentes meios e instrumentos. É um ambiente material e de relações no qual o profissional deve se mover “naturalmente” com uma pretensa intimidade e confiança. Sabendo manipular as coisas, os costumes e as normas que regulam os comportamentos no campo social e técnico (Baptista, 2001, p. 111)

Dessa forma, abordar a prática de acolhimento, no transcorrer das entrevistas, significou acessar diferentes formas de pensar e de realizar o acolhimento. Existem diferentes formas de se compreender o acolhimento. Pode ser

visto como escuta, informação, como demanda dos usuários ou como postura profissional e comportamento cordial.

O acolhimento como escuta, segundo as Assistentes Sociais entrevistadas, é buscar atender a todas as necessidades dos usuários, partindo-se da compreensão de que o acolhimento é um ato essencial para a vida do indivíduo. Tais profissionais destacam que o acolhimento é fundamental no processo de avaliação e orientação, com vistas a fornecer informações e considerar as diversas situações vivenciadas pelo usuário, sempre respeitando sua autonomia. Teixeira (2005) expõe como acolhimento – dialogado, o que ele denomina de técnica especial de conversa, que possibilita a reflexão do profissional e do usuário sobre sua realidade no cotidiano; e essa conversa é vista como uma dimensão da intervenção.

Dessa forma, acolher deve possibilitar um movimento para abertura das demandas dos usuários, visando ao compromisso de respostas positivas às necessidades entre o sujeito a ser cuidado e o trabalhador da área de saúde (Pasche, 2010). Nesse sentido, será possível a produção de relações de escuta e responsabilização entre sujeitos e profissional, por meio dos projetos de intervenção, como contraponto às ações isoladas (Franco et al., 1999).

Para Teixeira (2003), é importante a interação entre usuários e serviços de saúde, em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro na construção de novos saberes, e, desta forma, ser possível oferecer acesso qualificado ao usuário.

As profissionais entrevistadas informaram que a prática do acolhimento é parte integrante do processo de humanização. A importância de se ouvir com qualidade, respeito e consideração, é qualificar o outro como um interlocutor digno das relações que se estabelecem. O profissional deve, portanto, estar atento quanto à comunicação desqualificadora, que, segundo Teixeira (2003, p. 12), “pode envolver, muitas vezes, um sofrimento importante”.

Não que tange à prática do acolhimento, nota-se, nos relatos das entrevistadas, o quanto estas identificam as demandas dos usuários e as condições sociais em que se encontram inseridos. Entende-se que os profissionais tentam decifrar os aspectos do âmbito social, a fim de acolher a demanda e prestar atenção para além do diagnóstico clínico, segundo Código de Ética Profissional.

No relato da prática do acolhimento desenvolvido pelas entrevistadas, observa-se um atendimento que representa objetividade, a fim de subsidiar as

demandas que precisam ser resolvidas, garantindo-se o acesso dos usuários aos direitos sociais e de cidadania.

4.3 ARTICULAÇÃO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM OUTROS PROFISSIONAIS/USUÁRIOS/GESTÃO

Eu acho que essa articulação de profissionais, é tranquila, dá pra gente fazer! É uma coisa que a gente sempre faz, mesmo, é estar articulando, é estar conversando, é estar mediando, essas conversas entre profissionais e também vendo outros olhares e nos colocando, também, e nos posicionando enquanto profissionais, por que muitos, das vezes, nem conhecem o nosso trabalho. E eu acho que ajuda bastante, quando você pro acolhimento, você começa a fazer acolhimento com outros e eu acho que vai enriquecendo, até pra estar melhorando, mesmo, o acolhimento e a resolutividade disso para os pacientes. É lógico que é muita porcentagem, muitas metas, muitas estatísticas, e às vezes a gente está mais preocupado em, também... em eliminar aquela situação, que é diária, do acolhimento, que é sanar a fila (Falcão).

Em conformidade com o Código de Ética Profissional, os Assistentes Sociais devem trabalhar com objetivo de incentivar as práticas interdisciplinares, promovendo, desta maneira, a integração na perspectiva da horizontalidade, pois é de fundamental importância para uma prática efetiva (Conselho Federal de Serviço Social, 2010) decifrar as particularidades da questão social.

Nesse sentido, Vasconcelos (2000) assevera:

A interdisciplinaridade entendida aqui passa pela visão do enriquecimento mútuo com tendência a horizontalidade das relações de poder entre os campos implicados, reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto (Vasconcelos, 2000, p. 47).

Desse modo, o atendimento dos profissionais de saúde deve buscar estabelecer relação e conexão entre as diferentes especialidades, compartilhando experiências e, concomitantemente, envolvendo os profissionais em uma dinâmica mais produtiva, em prol dos usuários.

“Essa capacidade de articulação é que permitiria a identificação e a produção de informação acerca da relação entre a condição de vida e de trabalho e

o tipo de doença que estas produzem” (Costa, 2009, p. 311). A autora reforça que as mudanças no processo de articulação expressam a cooperação entre as diversas atividades, no que diz respeito à saúde da população, sendo um ponto determinante na informação e comunicação na saúde.

Quando nós chegamos até essa unidade, tudo era pelo Serviço Social. O serviço era: em que posso ajudar? Não era aquela profissional que é formada, que tem uma capacitação, que tem atendimentos pontuais, complexos. Não. Achava que era vir aqui e falar assim: eu quero saber se tem médico. A demanda dessa população aqui é essa: eu vim aqui na assistente social porque eu preciso de consulta com o ginecologista – não tem o ginecologista – mas eu quero uma consulta. A gente explica, e a gente sempre tem pontuado, a nossa equipe de serviço social tem colocado sempre: Serviço Social não está aqui para marcar consulta. Nós estamos aqui para tentar garantir os seus direitos, explicar a situação como está. Nesse atendimento a gente percebe que as pessoas, infelizmente, são carentes que não tem nenhuma orientação e nunca foi orientado. A gente vai tentando. São pessoas bem mal-educadas, me ameaçam – se a gente não se empoderar em algumas situações, de colocá-los nos lugares deles, ele vem com ameaça para cima da gente. Mas a gerência deixa a porta aberta para nós, se a gente precisar. Mas a gente não tem tempo de chegar para gerente falar: está acontecendo tal coisa. Aqui a coisa está fervendo e eles estão, ou em reunião, ou fazendo outras coisas, mas assim, é uma demanda grande. Muito grande. Eu acho que se tivessem seis assistentes sociais seria pouco para isso aqui, porque é muita coisa. Mas assim, a gente vê que tem o apoio das profissionais daqui, mas o apoio até não ter que inferir nela. Tem-se um caso de denúncia: vai lá, porque tem que falar com assistente social. A gente entra como um delegado, como um policial - sempre como punitivo - não como a pessoa que está ali para acolher, para orientar (Curió).

Curió aborda as múltiplas concepções que o profissional Assistente Social do campo da saúde vivencia no cotidiano diante da equipe multidisciplinar. Suas ações são pautadas na execução das rotinas de atendimentos, de modo a estimular novos projetos de natureza educativa e preventiva (Costa, 2009).

4.4 RELATO SOBRE A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO

Na verdade, desde que eu entrei na área da Saúde, o que eu percebo é que desde o Administrativo, até o Médico, nem todos os profissionais sabem, exatamente, o que o Assistente Social faz, ou acham que o nosso trabalho está voltado à questão do

assistencialismo, que é uma cesta básica, ou estar direcionando pra uma Bolsa Família, sei lá... Eles acham que a gente está ligada a essas coisas. Não sabem e nem sempre sabem que o nosso trabalho vai de acolhimento, entrevistas, relatórios, e tudo mais, pra garantia dos direitos, mesmo, e pra autonomia desses pacientes [...] E eu acho que cabe a nós, estar, sempre, tentando resgatar, e colocar pra esses profissionais, qual o nosso trabalho, qual é a importância do nosso trabalho. Eu acho que por mais cansativo e desgastante isso, muitas vezes, é importante a gente estar fazendo esse trabalho [...] A gente já fez algumas orientações, algumas palestras sobre o que é o Serviço Social, e qual a função dele, dentro de uma Unidade Básica de Saúde, ou dentro de uma Estratégia! Então, isso ajuda, bastante! Aqui mesmo a gente tem um folder com todas as informações do que a gente participa, como é que é o nosso trabalho, quais são os grupos que nós estamos inseridas aqui. Então, isso dá uma visão melhor pros funcionários, mas você percebe que vira e mexe, alguém pergunta: “Mas o que o Assistente Social precisa ter na formação? Você fez faculdade pra ser Assistente Social?” Então, assim, as pessoas ainda têm essa falta de conhecimento, mesmo, ou é falta de entendimento, talvez, do que é o trabalho do Assistente Social (Falcão).

A rigor, a prática do Serviço Social é sempre questionada ao ser realizada no âmbito da saúde, pois ainda há uma visão, por boa parte da sociedade, de que não se necessita de formação específica para se trabalhar com esses segmentos populacionais. Segundo o Conselho Federal de Serviço Social (2010), na atualidade, é necessário resgatar o exercício profissional na intervenção, no âmbito das tensões produzidas.

Logo, o exercício profissional na perspectiva da universalidade do direito viabiliza o alcance da igualdade, com ampliação de medidas de cunho de proteção social, constitucionalmente conquistadas. Embora a prática do Assistente Social na instituição seja necessária, a categoria profissional é vista e interpretada com uma certa indiferença em relação aos saberes acumulados pela profissão (Costa, 2009). Muitas vezes, a oferta de atendimento acaba sendo confundida como um ato de doação, favor, boa vontade, e não precisamente como um direito. A referida autora tece críticas a essa questão quando ressalta que “o que de novo se coloca é o fato de que essas práticas não são mais mediadas pela ideologia da ajuda, e sim, pelas necessidades advindas da transição ao novo modelo, marcadas pelas reformas do Estado, pela falta de recursos” (Costa, 2009, p. 343).

A gente tem que fazer tudo, tudo bem, mas cada um tem o seu atendimento específico. Então, assim, qual o papel do Assistente Social do AMA? Porque tudo acaba caindo lá! E é tipo assim, mesmo, coisas que a gente já ouviu: “Ah, eu não quero ficar com

isso! Manda pro Serviço Social!” Então, assim, não existe nem o questionamento: “Gente, isto faz parte da acepção do Assistente Social?” Não, não existe questionamento! Ou não sabem, ou não querem, manda[m] pro Serviço Social! [...] a gente percebe que, infelizmente, nós temos, por mais que a gente esteja lutando, mas ainda nós estamos com muitas atividades tarefeiras! Por exemplo, nós não conseguimos desenvolver grupos, que muitas a gente gostaria, e vê necessidade. Mas a gente não consegue porque tem aquelas determinadas funções, ou atribuições, melhor dizendo, que você tem que cumprir. E eu tenho uma característica, que eu acho que a Pardal também tem, muito parecida comigo isso, que, assim, o nosso foco acaba sendo o paciente. E eu fico naquela situação, sabe quando você vê?!, por exemplo, muitas vezes, aquilo não era para o Serviço Social fazer! Mas aí começa aquele jogo de empurra, se eu não faço, eu mando pro outro, o outro já diz que não quer fazer, que vai mandar pro outro, e o paciente não vai ter a sua necessidade atendida. Então, às vezes, a gente acaba fazendo, pra atender o paciente! (Sabiá).

Então: é solicitação de marcação de consulta, que o paciente não consegue agendar consulta, ele vem até nós, pra verificar se tem possibilidade; encaminhamento de exames, ou de especialidades; SPTrans, renovação do cadastro de Bilhete Especial, da SPTrans; ele ter fraldas, solicitação de fraldas, pra retirada de fraldas, pra cadastramento, inclusão de um novo paciente, de fraldas, também, quando acontece uma remoção de um paciente, nós que entramos em contato, né?! [...] as equipes, em alguns momentos, elas... elas enxergam o Serviço Social como... um... uma profissão importante, inserida! No trabalho das equipes, mas, em alguns momentos, eu percebo que eles veem a gente como “tarefeira”. Que, assim... que eles pontuam as coisas: “Olhe, você tem que fazer isso! Você tem que encaminhar!” É muitas vezes, veem como a gente tem que estar aqui só pra punir, e pra encaminhar pra denúncia e eu acho que não é bem assim... Em primeiro lugar, é de que ter o olhar, do Assistente Social, naquela questão, e verificar se realmente é aquilo, se realmente, é caso pra encaminhar pra algum outro serviço porque o que a gente vê muito... em muitas vezes, não é bem aquilo! Às vezes chega um caso pra gente, como uma denúncia, e quando a gente vai verificar... (Pardal).

O Serviço Social na instituição organiza, dá visibilidade e ocupa espaço público, contribuindo para a ampliação e para a universalização dos direitos (Conselho Federal de Serviço Social, 2010), com base na democratização de informações e conhecimentos de recurso disponíveis e possíveis de serem acessados.

De acordo com Costa (2009),

Não há dúvidas quanto à relevância e importância do trabalho realizado pelo assistente social para consolidação do SUS, e que para realizar um atendimento, por mais simples que possa parecer a atividade e os meios utilizados, a assistente social necessita

conhecer não apenas o funcionamento da instituição e/ou a unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde, (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituição pública e privada que envolvem e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde (Costa, 2009, p. 340).

Nesse sentido, a colaboração e a integração entre as equipes são de fundamental importância no processo de ampliação da abordagem aos usuários(Costa, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após todo este percurso, torna-se importante proceder a uma breve reflexão para apresentar os sujeitos da presente pesquisa e suas práticas. Tal consideração é necessária na busca de se conhecer o contexto em que estes estão inseridos, ou seja, os espaços em que se dão os inúmeros desafios do cotidiano.

Diante desse campo de atuação permeado pela complexidade das demandas, pensar a prática profissional isoladamente não aproxima a ação da própria realidade das condições de vida dos usuários dos serviços. Questões relacionadas a desemprego, moradia, aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais estão diretamente relacionados à saúde dos indivíduos, e, por conseguinte, interferem de forma significativa na vida destes. Sendo assim, a categoria profissional dos Assistentes Sociais objetiva a viabilização do acesso aos direitos, bem como a defesa dos interesses dos usuários, levando-se em consideração os seus limites e as possibilidades que lhes são permitidas no cotidiano extremamente desafiador e permeado pelas contradições.

Apesar de o Serviço Social ser reconhecido recentemente como um campo profissional pertencente à área da saúde, os Assistentes Sociais já vinham sendo requisitados para o exercício profissional na referida área desde a década de 1940 (Bravo; Matos, 2009).

Costa (2009, p. 315) aponta para ampliação do mercado de trabalho dos Assistentes Sociais no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, alegando que estas contratações resultam de três ordens de fatores, quais sejam:

- Da ampliação técnico-horizontal das subunidades e serviços;
- Da redefinição das competências ocupacionais, fruto de novas necessidades técnica e operacionais;
- Da necessidade de administrar as contradições principais e secundárias do sistema de saúde do Brasil.

Ressalta-se, contudo que,

[...] a constatação primordial é a de que as atuais contradições, presentes no processo de racionalização/reorganização do SUS, constituem-se no principal vetor das demandas ao Serviço Social. Isto é: as necessidades da população confrontam-se com o conteúdo e a forma de organização dos serviços. Nesse sentido, ao atender às necessidades imediatas e mediatas da população, o Serviço Social na saúde interfere e cria um conjunto de mecanismos que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil (Costa, 2009, p. 315).

Portanto, a prática profissional do Assistente Social na saúde está embasada pela concepção ampliada de saúde, conforme preconiza o SUS que queremos, bem como pela adequação dos serviços às reais necessidades da população usuária.

Desta forma, o processo de acolhimento em saúde expressa a necessidade de articulação entre as equipes, pois, segundo Peduzzi (2007), a prática do cotidiano dos profissionais está articulada a uma prática interdisciplinar e apresenta um direcionamento da autonomia profissional, a qual proporciona as condições necessárias para a construção da sinergia com outros serviços, no intuito de ofertar ações resolutivas e de qualidade; nesse sentido, a construção de conhecimento objetiva não apenas a ação específica do acompanhamento, mas também o aumento da capacidade das redes de proteção da saúde, quais sejam: a de atenção básica; de atenção psicossocial; de urgência e emergência; e as articuladas em um território (Brasil, 2012).

É, portanto, um desafio para o processo de trabalho, uma vez que muitos profissionais têm sua formação focada apenas na doença. Assim, a prática profissional deve ser entendida como a possibilidade de ampliação dos olhares, permitindo-se, desta forma, uma reflexão crítica acerca da organização do processo de trabalho.

Destarte, os atendimentos no âmbito do Serviço Social visam viabilizar orientações e encaminhamentos aos recursos, conforme a necessidade dos usuários. Também, as situações de saúde/doença relacionadas às condições de vida devem ser abordadas por meio de troca de saberes, por intermédio do trabalho transdisciplinar.

Partindo dessa compreensão, a prática do acolhimento deve objetivar garantir o acesso aos cidadãos, promovendo sua adesão e a continuidade do tratamento, e, assim, promover condições favoráveis para a melhoria da qualidade

de vida. Dessa forma, viabilizar o diálogo e a escuta do Assistente Social, em suma, zelar por sua formação, é conceber um profissional capacitado para a humanização das relações sociais.

Para Costa,

[...] os assistentes sociais historicamente identificados como os dos profissionais de saúde que mais se dedicam às questões relativas à humanização do atendimento, passam a ser inicialmente convocado a propor estratégias e articular iniciativas para desencadear atividades voltada para o trabalho interdisciplinar de humanização (Costa, 2009, p. 330).

Segundo o CFESS (2010), na prática do cotidiano, os Assistentes Sociais precisam buscar desenvolver suas atividades em equipe, tendo em vista o atendimento interdisciplinar em saúde, e, assim, compreender os papéis de cada profissional. Porém, mesmo estando subentendido nas entrevistas, percebe-se que, na prática dos Assistentes Sociais no acolhimento, o trabalho em equipe aparece de forma isolada, mesmo tendo sido reconhecida a importância do atendimento interdisciplinar.

Na prática do acolhimento, foi possível identificar que a atuação dos profissionais apresenta uma postura ética na perspectiva de preocupação com a qualidade dos serviços prestados, bem como o respeito aos usuários, demonstrando ser representativo na prática cotidiana.

Por meio dos relatos das entrevistadas, verifica-se que na atuação competente e crítica do Assistente Social, em sua prática no acolhimento, aparece a questão da condição de organização do trabalho, que, na maioria das vezes, depende da organização gerencial.

Nesse sentido, a atuação do Assistente Social, ao integrar a equipe interdisciplinar na defesa da humanização, deve ter como preocupação:

[...] a qualificação e articular outras iniciativas que viabilizem oportunidades de discussão. [...] bem como trabalhar / articular ações no sentido de ampliar a adesão dos diversos profissionais que integram a equipe de saúde. [...] sem uma efetiva e coletiva discussão crítica (Costa, 2009, p. 331).

Vale ressaltar ainda, que cabe aos Assistentes Sociais resgatar os valores do atual Código de Ética Profissional, sendo este o grande desafio na prática do acolhimento, uma vez que consiste em proceder a uma discussão crítica acerca da

humanização, na perspectiva de romper com as práticas individualizantes, visando à totalidade do trabalho e tendo como direção a não fragmentação excessiva do trabalho (Costa, 2009).

Portanto, a experiência do cotidiano se configura como balizadora do fato de que o Assistente Social frequentemente desenvolve sua prática de forma individualizada, com o intuito de atender às necessidades imediatas demandadas pelos usuários da área da saúde, sejam estes pacientes ou seus familiares. Trata-se, assim, de uma prática fragmentada, que não atinge a totalidade desses sujeitos, sobretudo diante das complexas questões que estão presentes nas demandas apresentadas por eles, as quais não são investigadas a fim de lhes propiciar uma resposta mais qualificada. Vasconcelos (2009), ao corroborar esta afirmação, frisa que essas ações se constituem de forma isolada e imediata.

Nessa perspectiva, observa-se que o papel do Assistente Social, muitas vezes, limita-se a instruções ou meros esclarecimentos quanto às seguintes questões: orientações sobre a rotina institucional; encaminhamentos para inscrição em programas de transferência de renda em esfera municipal; providenciar transporte; marcação de consultas, exames e mobilização de recursos assistenciais dentro e fora do sistema de saúde; etc. “Em geral, essas atividades realizadas pelo assistente social têm funcionado como estratégia para amenizar as consequências mais graves da demanda reprimida, tanto para a instituição quanto para o usuário” (Costa, 2009, p. 336).

Mesmo assim, vale ressaltar que a visão da Assistência Social em relação à saúde difere daquela de outras áreas, pois acredita que cada sujeito social tem uma história de vida que está relacionada ao contexto socioeconômico e político ao qual pertence, não ficando restrito apenas às questões biológicas ou psicológicas.

É fundamental ressaltar que o trabalho realizado pelo Assistente Social se configura com destacada importância em quaisquer espaços que estejam voltados para a sua atuação, considerando-se que este profissional desenvolve suas atividades em instituições/unidades de saúde e que, para tanto, necessita de conhecimento acerca do funcionamento desse ambiente específico de trabalho.

Outro aspecto importante consiste em conhecer a lógica de funcionamento do sistema de saúde em “rede”, com ênfase na dinâmica de atendimento de outras instituições públicas ou privadas, na perspectiva de viabilizar o atendimento na integralidade das necessidades da população, tal como salientado por Costa (2009).

Desse modo, pode-se inferir que o trabalho do Assistente Social na área da saúde pública está ancorado nos fundamentos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, em consonância com o Projeto Ético-Político Profissional, que exige do Assistente Social uma ação pensada, consciente e articulada com a realidade social do cotidiano profissional, e que, necessariamente, deve estar articulada com o projeto de Reforma Sanitária, considerando-se também o atual Código de Ética Profissional, que apresenta instrumentos fundamentais para o trabalho dos Assistentes Sociais na área da saúde pública (Bravo; Matos, 2012). Nesse sentido, vale ressaltar que as ações nestes locais repletos de precarizações necessitam de investimento por parte do setor público, na perspectiva de superar os problemas sociais.

Tendo como referência o acolhimento no campo da saúde e a prática do Assistente Social, a discussão acerca do acolhimento demonstra que a atuação dos profissionais compreende mudanças que demarcam um forte desafio para aqueles que atuam no campo da saúde. No entanto, esse debate requer uma luta pela efetivação da saúde pública de qualidade, o que vem reforçar o que preconizam o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político Profissional, que se encontram vinculados ao Projeto Societário na luta constante em defesa da justiça social, da democracia e da igualdade.

Ainda assim, observa-se que a atuação do Assistente Social em equipe, no contexto do SUS, ainda constitui um desafio no processo de afirmação como profissional da saúde pública universal, já que a formação em Serviço Social viabiliza aos Assistentes Sociais um olhar aprofundado acerca da prática das relações sociais, além do reconhecimento dos direitos sociais diante das complexidades e desigualdades existentes.

Nessa direção, os profissionais de Serviço Social devem se colocar frente às conjunturas socioeconômicas a partir da leitura da realidade da população, na perspectiva de superar quaisquer práticas conservadoras. O enfrentamento dessas situações requer o fortalecimento do coletivo, por meio de compromissos centrados no respeito ao outro e na valorização da vida (Deslandes, 2007).

A presente pesquisa buscou mostrar o quanto os profissionais utilizaram-se da base teórica-metodológica que permeia o acolhimento para efetivar suas ações na prática cotidiana. Outro elemento a ser considerado diz respeito ao fato de que os

profissionais se utilizam do arsenal ético para fornecer respostas às demandas apresentadas pelos usuários.

Para efetivar tais práticas, verifica-se que o olhar desse profissional está voltado para o princípio da integralidade das relações humanizadas que fazem parte da postura dos profissionais que atuam na área da saúde, ou seja, que se observam qualificados para transformarem as suas práticas, contribuindo para o processo de cuidado, uma vez que reconhecem a questão de saúde como objeto de intervenção profissional e veem neste processo a perspectiva crítica da realidade.

Por fim, neste cenário de limites e possibilidades para a atuação dos Assistentes Sociais, a prática profissional deve ser pensada e executada na perspectiva da democratização do acesso, no que diz respeito à garantia dos direitos dos usuários demandantes dos serviços.

O debate sobre a política de saúde se faz fundamental para a categoria profissional dos Assistentes Sociais, uma vez que fundamenta e fortalece a atuação destes. De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (2010, p. 23),

[...] as entidades do Serviço Social têm por desafio articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais em defesa do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos 1990. Tem-se por pressuposto que transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massa que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

Nessa linha, destaca-se por oportuno que o Serviço Social, enquanto profissão que tem, nas práticas cotidianas dos Assistentes Sociais, o compromisso ético e político, bem como a defesa intransigente dos direitos sociais e do direito à saúde pública de qualidade, encontra-se pautada pelos princípios da universalidade, integralidade, autonomia e igualdade de informação, assegurados pelo SUS (Brasil, 1988).

REFERÊNCIAS²

Arouca S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Editora Fiocruz, 2003.

Artmann E, Rivera FJU. Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 205-231.

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social. Rio de Janeiro: 1996 [citado 05 maio. 2016]. Disponível em: http://www.abepss.org.br/uploads/textos/documento_201603311138166377210.pdf.

Ayres JR de CM. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas. Org.: Deslandes, SF. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2014, p. 49-83.

Baptista MV. A ação profissional no cotidiano. In: Martinelli ML, Rodrigues ML, Muchail ST (organizadores). O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. 3a. ed. São Paulo: Cortez; 2001.

Barroco MLS. Ética: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez; 2008.

Benjamin W. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense; 1994. p. 197-221.

Bourguignon J A. A particularidade histórica da pesquisa no serviço social. Rev. Katálisys. 2007; 10:46-54.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

² De acordo com Estilo Vancouver.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Ed. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério Saúde. Política Nacional de Humanização A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Humaniza SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgências. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília; 2009 [citado 26 out 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: 2012.

Bravo MIS, Matos MC. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: Bravo MIS et al. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; 2009. p. 197-217.

Bravo MIS, Matos, MC. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, MIS. et al. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; 2006.

Bravo MIS, Matos, MC. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, MIS. et al. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; 2012 p. 25-49.

Bravo MIS. Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; 1996.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.

Carvalho MCB. *Gestão social e trabalho social: desafios e percurso metodológicos*. São Paulo: Cortez; 2014.

Castro MMC. Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão. *Textos e Contexto*. 2013 jul./dez;12(2):349-360 [citado 01 jan. 2017]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/14429/10745>.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (organizadores). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO; 2001. [citado 05 mar. 2016]. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf#page=117>.

Chupel CP. *Acolhimento e serviço social: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis [dissertação]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social; 2008 [citado 5 fev 2016]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90888/260105.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais*. Brasília; 2010.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde [citado 30 maio 2016]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução N.º 218, de 06 de março de 1997 [citado 22 maio 2016]. Disponível em: http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/res_cns_218_1997.pdf.

Costa E. Escutando o paciente. In: Costa E, Carbone MH. *Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio; 2004. p. 23-8.

Costa MD. O trabalho nos serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: Mota AE et al. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, São Paulo: Cortez; 2009. p. 304-51

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):7-14 [citado 22 mar. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002.

Deslandes SF. O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (organizadores). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2007. p. 385-95

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim Minas Gerais. *Cadernos de Saúde Pública*. 1999 abr./jun.; 15(2):345-53 [citado 25 mar. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>.

Freeth DS, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Bar H. *Effective interprofessional education: development, delivery, and evaluation*. John Wiley & Sons; 2005 [citado 05 dez. 2017]. Disponível em: <https://www.wiley.com/en-br/Effective+Interprofessional+Education%3A+Development%2C+Delivery%2C+and+Evaluation-p-9780470776438>.

Iamamoto MV, Carvalho R. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil – Esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 3a. ed. São Paulo: Cortez; 1985.

Iamamoto MV, Carvalho R. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 2a. ed. São Paulo: Cortez; 1999.

Jovchelovitch S, Bauer MW. Entrevista narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G. (organizadores). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 4a ed. Petrópolis, Vozes; 2002. p. 90-113.

Martinelli ML. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In: Martinelli ML (organizadora). *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Ed. Veras; 1999. p. 19-27.

Mattos JV, Valadares D, Luiz, DOC, Kayano J, colaboradores. *Atenção à Saúde da Mulher*. Instituto Pólis. *Dicas – Ideias para a ação municipal*. Desenvolvimento Social. 2001; 176: 1-2 [citado 05 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.polis.org.br/uploads/617/617.pdf>.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004; 20(5) : 1411-16 [citado 5 jun 2017] Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v20n5/37.pdf>.

Mendonça PEX. (Luta) Em defesa da vida: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Saúde; 2008.

Merhy EE. Como fatiar um usuário: atomédico + atoenfermagem + atoX + atoY. Conselhos regionais de saúde MG: jornal unificado; 2003.

Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R (organizadores). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31a. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Ministério Saúde. Política Nacional de Humanização A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Humaniza SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004.

Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2010.

Mota PP. O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do processo de trabalho no programa de saúde da família: relato de experiência [monografia]. Formiga-MG: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009 [citado 04 nov. 2017]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0650.pdf>.

Munari DB, Mota KAMB. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. Rev Eletron Enferm 2006; 8(1):150-61.

Netto JP. Crise do socialismo e ofensiva neoliberal. São Paulo: Cortez; 1993.

Pasche DF, Passos E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da política de humanização da saúde. Saúde Debate. 2010; [citado 10 jan. 2017]. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php 34(86):423-32.

Paim JS. O que é o SUS: coleção temas em saúde. Rio de Janeiro, 2009, p.93 [citado 05 nov. 2017]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública, 2001;35(1):103-9.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem da Universidade. São Paulo, 2007. p.74-82 [citado 02 nov. 2017]. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde.../MarinaPeduzzi.pdf.

Portelli A. História oral como gênero. Projeto História. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduação de História. Tradução: Maria Therezinha Janine Ribeiro, Revisão Técnica: Dea Ribeiro Fenelon; 2001 [citado 02 abr. 2017]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10728/7960>.

Porto MCS. Cidadania e “(des)proteção social”: uma inversão do Estado brasileiro? Assistência e Proteção Social. Serviço social e sociedade. Ano XXII, 68. São Paulo: Cortez; 2001.

Queiroz MIP. Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva. São Paulo: Queiroz; 1991. Biblioteca Básica de Ciências Sociais, Série 2. Textos, v.7.

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):438-46.

Santos MS. O Serviço Social na Conjuntura da Política Social de Saúde [trabalho de conclusão de curso]. Belém: Universidade Federal do Pará. Programa de Graduação do curso de Serviço Social; 2007 [citado 29 abr. 2016]. Disponível em: www.joinpp.ufma.br/...sociais/o-servico-social-na-conjuntura-da-politica-social-de-sa.

Silva GR. Prefácio. In: Arouca S. (organizador). O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Fiocruz; 2003.

Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2005, vol.5, n.4, pp.493-503 [citado em 16 out. 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000400013>.

Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc. Saúde Coletiva. 2009,14(Supl.1):1325-35.

Teixeira RR. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações, 2003, p. 89-112. In: Pinheiro R, Mattos RA(org.). *Construção da integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde*. IMS-UERJ Rio de Janeiro: Abrasco [citado 20 jan. 2016]. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php.

Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. Ciência Saúde Coletiva. 2005;10(3):585-97 [citado 26 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Valentine MA, Nembhard IM, Edmondson AC. Measuring teamwork in health care settings: a review of survey instruments. Working paper 11-116. Harvard Business School; 2012.

Vasconcelos AM. O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional. CFESS. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 04: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD; 2000. p. 125-37.

Vasconcelos AM. Serviço social e práticas democráticas na saúde. In: Teixeira M (organizador). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. Brasília: Ed. Cortez; 2009. p. 242-72.

APÊNDICE A - PRODUTO: PROPOSTA DE CURSO DE CAPACITAÇÃO

Curso de Acolhimento e Humanização em Saúde para os profissionais de Saúde

Introdução

A construção do produto partiu dos resultados adquiridos por meio de coletas de dados e das entrevistas; deste modo, identificou-se a necessidade de se criar uma proposta de curso voltado para os profissionais de Serviço Social com o propósito de problematizar a respeito do tema.

Apresentação

O acolhimento constitui uma forma de organizar o trabalho em saúde, fundamental para a garantia de um acesso aos serviços mais atento às necessidades de saúde dos usuários. É uma atividade que implica em escuta e conversa, portanto, é comunicativa e determina a qualidade do serviço a ser oferecido. É um espaço e tempo com grande potencial para a criação de vínculos, à medida que os encontros entre usuários e equipes perpassam alto grau de reconhecimento de direitos e deveres e, ao mesmo tempo, qualificam as decisões que possibilitam ou não as ações em saúde. É uma das diretrizes mais importantes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2010).

Para Teixeira (2005), o acolhimento expressa a construção das relações que se estabelecem entre usuários e profissionais, concebido como uma rede de conversas que pode ser acordada em uma relação horizontal de diálogo, pois exige maior conhecimento das necessidades trazidas pelos usuários e dos modos de satisfazê-las, levando-se em conta as necessidades sociais, desejos e interesses dos diferentes agentes envolvidos no campo da saúde (Brasil, 2004). Sendo assim, o acolhimento pode ser uma potente “estratégia” na consolidação do Sistema Único

de Saúde (SUS), pois é apresentado como possibilidade de universalizar o acesso e de abrir as portas dos serviços de saúde a todos os usuários que deles necessitam, proporcionando a reorganização do sistema de saúde (Teixeira, 2003).

Justificativa

O curso de capacitação em acolhimento para os profissionais de Serviço Social constitui-se em uma proposta de aprendizagem com enfoque nas atividades em unidade de saúde, considerando que o primeiro passo para a implantação de uma assistência humanizada na Atenção Básica de Saúde. Assim, pretende-se instigar os profissionais a transformar o cotidiano na construção de um modelo de atenção à saúde que tenha como eixo central o usuário e suas necessidades, através de ações compartilhadas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Objetivos

A intenção é problematizar e qualificar a prática do acolhimento e da sensibilização em relação ao usuário. Cuidar do cuidado, cuidar dos cuidadores e, como decorrência melhorar a qualidade da assistência.

Objetivo Geral

Problematizar e ressignificar a concepção e a prática do acolhimento com os profissionais de Serviço Social na área da saúde e debater a respeito das políticas de saúde em consonância com os princípios do Sistema Único de saúde- SUS.

Objetivos Específicos

- Discutir e problematizar a respeito do acolhimento por meio da experiência vivenciada pelas profissionais de Serviço Social no cotidiano;
- Discutir a importância do acolhimento e da humanização em Saúde como estratégia de acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Desenvolvimento

Com o curso pretendemos acolher e partir dos saberes e práticas dos participantes e das suas experiências para problematizar o tema. É uma proposta que pode favorecer a reflexão conjunta e a troca de experiências. O curso está organizado em três encontros:

Conteúdo e Dinâmica

Primeiro encontro:

TEMAS: Políticas de Saúde com ênfase na Política Nacional de Humanização

Segundo encontro:

TEMAS: Acolhimento e Humanização

Terceiro encontro:

TEMAS: O Assistente Social e o acolhimento com foco nas práticas cotidianas de saúde.

Esta proposta de curso possui uma carga horária total de 24 horas, sendo 8 horas semanais dedicadas aos encontros presenciais.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** ACOLHIMENTO NO SUS: PERCEPÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL SOBRE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL.**Pesquisador:** HILMA GUILHERME DOS SANTOS**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 68439117.0.3001.0086**Instituição Proponente:** Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 2.143.021**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que busca compreender como a prática do acolhimento em saúde está sendo operada pelas(pelos) profissionais de serviço social.

O cenário da pesquisa será três unidades de saúde da Região Oeste do município de São Paulo.

Os sujeitos da pesquisa serão quatro assistentes sociais que atuam nas Unidades cenário.

Entrevista semi estruturadas será utilizada como instrumentos de coleta dos dados.

Hipótese: Os profissionais de serviço social inseridos nas unidades de saúde se reconhecem como profissionais que Realizam acolhimento, no entanto, essa prática não é problematizada entre os assistentes sociais e suas respectivas equipes de saúde, o que requer um maior conhecimento do termo acolhimento em saúde.

Metodologia Proposta:

A pesquisa será iniciada com uma revisão da literatura acerca do tema, com ênfase na prática do acolhimento pela(pelo) profissional do Serviço Social no contexto da Atenção Básica de Saúde. No segundo momento, será realizada entrevistas com os participantes da pesquisa com agendamento prévio.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
 Bairro: Vila Buarque
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.143.021

As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas para análise de dados.

A amostra é composta por quatro assistentes sociais, sendo 02 profissionais da AMA/UBS INTEGRADA PAULO VI, 01 profissional da UBS JARDIM BOA VISTA e 01 profissional da AMA/UBS INTEGRADA JARDIM SÃO JORGE.

Para análise dos dados será utilizada a técnica análise de narrativas.

Como critério de inclusão, os participantes da pesquisa deverão ser assistente sociais da Atenção Básica da Região Oeste do município de São

Paulo. As unidades de saúde foram escolhidas de forma aleatória.

Metodologia de Análise de Dados: Será utilizada a técnica análise de narrativas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como a prática do acolhimento em saúde está sendo operada pelas (pelos) profissionais de Serviço Social

Objetivo Secundário:

Conhecer o modo como o (a) assistente social pratica o acolhimento; Compreender o que orienta e sustenta, em termos teóricos- conceituais a pratica dessa (desse) profissional específico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa são mínimos, podendo haver algum tipo de desconforto ou constrangimento no momento da entrevista.

Benefícios:

Os benefícios previstos neste estudo referem-se a um maior conhecimento sobre o tema acolhimento em saúde, possibilitando aos assistente sociais uma maior problematização sobre o mesmo, aperfeiçoando a sua prática profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é adequada aos objetivos; a condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa foi analisada, tal condição encontra-se devidamente justificada no desenho da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.143.021

coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, fonte financiadora e orçamento detalhado estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto liberado para iniciar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Hilmaprojeto.pdf	16/05/2017 18:09:44	HILMA GUILHERME DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.docx	16/05/2017 18:06:50	HILMA GUILHERME DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronogramahilma.doc	16/05/2017 18:06:08	HILMA GUILHERME DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.143.021

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_893245.pdf	07/04/2017 16:04:51		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/04/2017 16:03:36	HILMA GUILHERME DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	31/03/2017 16:13:34	HILMA GUILHERME DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 28 de Junho de 2017

Assinado por:

SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Título da Pesquisa: “Acolhimento no SUS: percepções da (o) assistente social sobre sua prática profissional”

Pesquisador Responsável: Hilma Guilherme dos Santos. **Telefone:** (11) 4701.7682 (residência) / (11) 9.9906-4765 (celular)

Equipe de Pesquisa: Prof.^a Dr^a Yara Maria de Carvalho

Você está sendo **convidado (a)** a participar, de forma totalmente **voluntária**, da pesquisa com o título: **“Acolhimento no SUS: percepções da (o) assistente social sobre sua prática profissional”**. Antes de concordar em participar é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Tire todas as suas dúvidas, sempre que necessário, antes de assinar e concordar em participar. O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas sempre que necessário. Ressaltamos que você tem o **direito de recusar e de desistir** de participar da pesquisa **a qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou prejuízo**.

O **objetivo da pesquisa** é compreender como a prática do acolhimento em saúde está sendo operada pelas (pelos) profissionais de Serviço Social. Busca-se conhecer o modo como o (a) assistente social pratica o acolhimento e compreender o que orienta e sustenta, em termos teóricos a prática dessa (desse) profissional específico.

Os procedimentos de coleta de dados serão da seguinte forma. Após concordar em participar do estudo você responderá a uma entrevista composta por sete questões que será gravada para garantir a integridade das suas respostas. Os encontros serão agendados em local e horário da sua conveniência. Ressaltamos que em nenhum momento estas informações serão utilizadas para outro propósito que não ao da pesquisa, sendo assim os dados obtidos são confidenciais.

Rubrica participante _____

Rubrica pesquisador _____

Dessa forma garantimos o **sigilo de sua identidade**, utilizando pseudônimos mesmo quando os resultados deste estudo forem divulgados na comunidade científica (ex: trabalhos científicos em congressos e artigo científico). Os dados obtidos nessa pesquisa serão guardados por cinco anos em mídia própria para tal.

O **risco** de sua participação no estudo é mínimo, sendo que pode ser caracterizado por um possível desconforto em expor suas ideias. Sendo assim, você poderá deixar de responder alguma(s) questão(ões) ou abandonar o estudo sem quaisquer prejuízo.

Os **benefícios** previstos com a sua participação no estudo referem-se à possibilidade de adquirir novos conhecimentos através de um curso de curta duração a respeito do acolhimento, especialmente voltado para as (os) assistentes sociais. Informamos que você não terá que arcar com nenhum **custo** para participar da pesquisa, todos os custos serão de responsabilidade da pesquisadora.

Você receberá uma via deste termo assinada por você e pela pesquisadora, e rubricada em todas as páginas por ambos.

Caso necessite falar sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone (11) 4701.7682 / (11) 9.9906-4765 ou pelo e-mail hilmaquil@yahoo.com.br.

Se houver **dúvidas sobre a ética da pesquisa ou tiver necessidade de denúncias**, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (Seres Humanos) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo: Rua General Jardim, nº36, 8º andar – Vila Buarque - São Paulo/SP, pelo Fone: (11) 3397.2464 ou pelo e-mail: smscep@gmail.com.

Rubrica participante_____

Rubrica pesquisador _____

O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para

contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012).

Eu, _____ após a leitura das informações contidas neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, estou ciente dos procedimentos que serão realizados e concordo em participar da pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador