



ARTIGOS LIVRES

07 *Educação e saúde: potencialidades no acolhimento em uma unidade de saúde*

(Education and health: potential in reception in a health unit)

*Debora Louzada Carvalho*¹

1. Assistente Social. Tecnologista do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Especialista em Serviço Social e Saúde Mental pela Escola de Serviço Social (ESS) da Univ. Federal do Rio de Janeiro. Mestre e Doutoranda em Política Social no Programa de Estudos Pós Graduated em Política Social da ESS da Universidade Federal Fluminense. ID Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5734357420759076>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5333-0941>.



Resumo – Este artigo apresenta a experiência de atuação no processo de recepção integrada na clínica de ginecologia de um hospital público vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), situado no município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma análise qualitativa, fundamentada em discussão com a produção acadêmica e a observação participante, suportada pelo exercício profissional na unidade de saúde em questão, enfocando as atuais diretrizes das legislações, no intuito de abordar as potencialidades e as limitações de utilizar o momento do acolhimento enquanto estratégia para a prática da educação popular em saúde no cotidiano da assistência.

Palavras Chave: recepção integrada; unidade de saúde; análise qualitativa; potencialidade de acolhimento; SUS; Brasil.

Abstract – This article presents the experience of working in the integrated reception process in the gynecology clinic of a public hospital linked to the Unified Health System (SUS), located in the city of Rio de Janeiro. This is a qualitative analysis, based on discussion with academic production and participant observation, supported by professional practice in the health unit in question, focusing on current legislative guidelines, with the aim of addressing the potentialities and limitations of using the moment of reception as a strategy for the practice of popular health education in daily care.

Keywords: integrated reception; health unit; qualitative analysis; reception potential; SUS; Brazil.



Acolhimento e educação popular em saúde: caminhos para uma prática da integralidade

O acolhimento na saúde congrega um conjunto de medidas que vislumbram o acesso universal, integral e humanizado aos serviços de saúde. Sua inserção na política de humanização busca a promoção da equidade no acesso a informações e cuidados para a saúde e o bem-estar da população.

A Política Nacional de Humanização (PNH) deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do Sistema Único de Saúde (SUS). A transversalidade das ações é um princípio do HumanizaSUS e deve estar presente nas práticas em saúde. Publicada em 2003, a PNH propõe que sejam efetivados os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar dos usuários (BRASIL, 2013). Neste sentido, propõe que as unidades de saúde possibilitem um atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco.

Além disso, a PNH possui alguns dispositivos, que são arranjos de elementos, que podem ser concretos (ex.: uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual de instruções) e/ou imateriais (ex.: conceitos, valores, atitudes) mediante o qual se faz

funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo. Assim, esses dispositivos são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças.

Assim, a PNH fez uma inflexão no interior das demais políticas de saúde, visando à integralidade das práticas e buscando superar a fragmentação do cuidado, ao primar pela indissociabilidade entre atenção e gestão” (Martins e Luzio, 2017: 16).

Deste modo, ao compreender que a política de acolhimento em saúde tem como foco principal a escuta atenta e sensível às demandas dos usuários, com acolhida imediata, da classificação de risco e da organização dos fluxos de atendimento. Entretanto, como já ressaltado anteriormente a perspectiva da transversalidade das ações da humanização, assim também a política de educação popular em saúde deve ser exercitada neste viés, uma vez que busca informar e capacitar a população para que ela possa cuidar melhor de sua saúde e prevenir agravos.

Deste modo, a Política de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS):

Propõe uma prática político pedagógica que perpassa



as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a sua inserção destes no SUS (CONASS, 2013, p. 03)

Assim, ao destacar a importância de fomentar o protagonismo dos movimentos sociais e dos usuários do SUS, a PNEP-SUS traz aos profissionais de saúde que incorporem em suas práticas profissionais cotidianas o fortalecimento de protagonismo popular não apenas em movimentos, também em seus tratamentos.

A PNEP-SUS foi apresentada e aprovada no Conselho Nacional de Saúde, na reunião de julho de 2012 e só em 2013 foi apresentada no Grupo Técnico de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite para discussão e pactuação. Esta política busca reafirmar o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, possuindo por diretrizes diversos eixos que contemplam dimensões filosóficas, políticas, éticas e metodológicas que dão sentido e coerência à práxis de educação popular em saúde (CONASS, 2013).

Stotz (2017) aponta que:

(...) à redução dos problemas de saúde à sua dimensão biopsicológica traz como consequência a possibilidade de culpabilizá-lo pelo seu sofrimento, possibilidade tanto maior quanto maiores as "evidências" da medicina baseada em estudos epidemiológicos de que os problemas de saúde atuais têm sua causa nos chamados comportamentos individuais de risco (Stotz, 2017, p. 49).

Principalmente em uma clínica de ginecologia, esta tendência da equipe de saúde é forte. Assim ao buscar compreender, de apreender que *“as dificuldades que as pessoas têm de andar sua própria vida, vinculando, por meio da escuta e do diálogo, as experiências com as formas de enfrentar o adoecimento”* (Storz, 2017, p. 50), são fundamentais para que, desde o primeiro contato da usuária com o serviço de saúde, esta seja acolhida e facilite a adesão ao tratamento.

Vasconcelos (2001) aponta que a educação popular busca trabalhar pedagogicamente, fomentando o crescimento da capacidade de análise crítica do homem sobre a sua realidade e as formas de luta e enfrentamento. Nos serviços de saúde, o autor aponta que a esta prática possibilita a articulação de diferentes profissões e especialidades, com o propósito de



valorizar os saberes e as práticas dos sujeitos, usualmente desconsiderados em razão da sua origem popular.

Sem a escuta qualificada, desqualificamos o agir leigo, as ações e os mapas de cuidados que os próprios usuários traçam na busca pelo tratamento de saúde (Cecilio e Andreazza, 2014) como forma de contornar os entraves do sistema de saúde e que entrecruzam e que podem trazer impactos no tratamento a ser realizado.

As desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso a redes de saúde são expressão direta da estrutura social em que vivemos. Travassos e Castro (2008) colocam que mesmo que ocorram modificações nas características do sistema de saúde que alterem significativamente as desigualdades sociais no acesso e no uso dos serviços de saúde, por si só, estas não são capazes de intervir nas condições de saúde.

As condições de saúde estão diretamente relacionadas com as iniquidades existentes no sistema capitalista, que afetam os grupos sociais de formas diferentes, de acordo com a sua inserção no mercado. Assim, “as pessoas em condições sociais desvantajosas procuram os serviços [de saúde] quando o seu estado de saúde é mais grave e recebem cuidados em serviços menos adequados a suas necessidades”

(Travassos e Castro, 2008, p. 231).

É preciso considerar a dificuldade de acesso aos serviços que muitas vezes perpassa o sistema público de saúde no país, que marcam a trajetória e as práticas dos sujeitos. Assim, ao olhar este sujeito sem idealismo, considerando as suas contradições, captando as suas estratégias de sobrevivência, buscam-se as diferentes perspectivas que possibilitam ampliar o conhecimento, possibilitando a construção de um saber profissional a partir de uma perspectiva da atenção integral à saúde. Deste modo, com foco na atenção integral, torna-se necessário priorizar as ações intersetoriais articulando os aspectos individuais presentes nas demandas sociais.

Barata sinaliza que:

A vulnerabilidade de indivíduos, grupos sociais ou populações a diferentes problemas de saúde pode ser analisada em três dimensões complementares, determinantes para a produção do processo saúde/doença em sua dimensão coletiva: vulnerabilidade individual relacionada às características demográficas e sociobiológicas dos indivíduos acometidos; vulnerabilidade social relativa às condições de inserção social dos indivíduos ou grupos sociais no processo produtivo e reprodutivo da sociedade; e vulnerabili-



dade programática, decorrente de características das políticas públicas e das respostas sociais aos problemas de saúde (Barata, 2008, p. 20).

Considerar estas dimensões fazem-se imprescindíveis para quem compreende a integralidade em saúde como um conceito fundamental para a promoção de uma abordagem abrangente da saúde. Desta forma, se debruça sobre a preocupação com todos os aspectos da saúde de um indivíduo, incluindo suas dimensões físicas, emocionais, mentais e sociais, bem como suas necessidades em relação a cuidados preventivos, diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação.

Pensar em integralidade do cuidado faz-se necessário reorganizar os processos de trabalho, de forma a unificar ações e serviços, proporcionando acesso a todos os níveis do sistema de saúde, reorganizando fluxos entre as unidades e os serviços, de modo que o serviço de saúde passa a ser organizado de acordo com as “necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso” (Franco e Franco, 2012:3).

A integralidade em saúde reconhece que os indivíduos são seres complexos e multifacetados, e que suas necessidades de saúde não podem ser atendi-

das de forma isolada ou fragmentada. Isso significa que a abordagem integral à saúde deve considerar os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais dos pacientes, bem como seus valores, crenças e preferências pessoais.

Os usuários buscam e criam formas de acessar os serviços de saúde, para além dos pactuados e estabelecidos formalmente, articulando fluxos para a sua sobrevivência ou que respondam suas demandas reais ou simbólicas. Chueri et alli (2014) apoiam-se na discussão de Santos (2002) para discutir que o conceito atual de modos de atenção à saúde e os modelos em vigor de provisão de serviços suscitam duas dimensões diferentes: o modelo de arranjo sistêmico de integração dos serviços e o modelo de produção do cuidado. Essas dimensões colocam em conflito o tempo das mentalidades ou sociologia das ausências versus o tempo das ideias ou sociologia das emergências (Santos, 2002).

As ausências e emergências dessa parcela da população possui grande relevância não só pela gravidade da patologia, mas também pela magnitude de aspectos historicamente construídos no cotidiano individual de cada usuário e sua história de exclusão de direitos, persistindo ainda no contexto de saúde no Brasil e que contrastam com a reestruturação de



um novo sistema de saúde, demandando cada vez mais o reconhecimento, pelos gestores, de entraves nas portas de entrada formalmente constituídas.

Santos (2008) traz, ainda, a importância de se reconhecer que novas práticas podem ser possíveis, uma vez que a “epistemologia do Sul” que o mesmo propõe:

“(...) visa a recuperação dos saberes e práticas dos grupos sociais que, por via do capitalismo e do colonialismo, foram histórica e sociologicamente postos na posição de serem tão só objecto ou matéria-prima de saberes dominantes, considerados os únicos válidos. Os conceitos centrais da epistemologia do Sul são a sociologia das ausências, a sociologia das emergências, e a ecologia de saberes. Não se trata verdadeiramente de uma epistemologia, mas antes de um conjunto de epistemologias. Ao contrário das epistemologias do Norte, as epistemologias do Sul procuram incluir o máximo das experiências de conhecimento do mundo. Nelas cabem, assim, depois de reconfiguradas, as experiências de conhecimento do Norte”. (Santos, 2008, p. 11).

Berlinguer (1987) em texto na década de 1980 chamava a atenção de que “quem é pobre morre an-

tes”. Resgatando pesquisas situadas ao longo dos séculos XIX e XX, demonstra que diferenças sócio-econômicas impactam diretamente na mortalidade e que a expectativa de vida aumenta, conforme aumenta a renda. Aponta para a existência do fenômeno “*tendência à queda da duração de vida*” (Berlinguer, 1987, p. 61 – grifo do autor), através da qual argumenta que a duração da vida tende a reduzir-se na medida em que os indivíduos estão mais diretamente envolvidos no processo de produção capitalista. Cita Marx, sinalizando que “o capital explora o trabalhador, encurtando a duração da sua vida” (Berlinguer, 1987, p.69):

(...) o processo de pauperização das classes oprimidas, mais do que através da redução relativa do salário e impedimento de consumir bens produzidos pela indústria e agricultura, advém da subtração ou adulteração das funções naturais e da redução de anos-vida” (Berlinguer, 1987, p. 61 – grifo do autor).

Berlinguer (1987) sinaliza, ainda, que por mais igualitário que seja o sistema de saúde, este não está disponível para acesso da mesma forma para toda a população. Traz como exemplo a Inglaterra que, por mais teoricamente igual para todos os cidadãos, a



mortalidade é maior entre os mais pobres (Berlinguer, 1987, p. 58-59). Desta forma, uma abordagem integral à saúde deve envolver a promoção de políticas de saúde que incentivem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento eficaz de doenças e condições de saúde, bem como o fornecimento de serviços de saúde que abordem as necessidades de saúde de uma população em sua totalidade. Isso inclui o acesso a cuidados primários de saúde, serviços especializados de saúde e cuidados continuados de longo prazo.

Mattos (2001) destaca que:

(...) um paciente não se reduz a uma lesão que nesse momento lhe provoca sofrimento, tampouco não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra. Tampouco se reduz a conjunto de situações de risco. O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente superar reducionismos” (Mattos, 2001: 61-62).

Além disso, a integralidade em saúde também reconhece a importância da participação ativa dos usuários e sua rede de suporte no processo de cuidados de saúde. Isso significa que os usuários devem ser informados e capacitados para tomar decisões

informadas sobre sua própria saúde, bem como serem envolvidos no planejamento, implementação e avaliação de suas próprias estratégias de cuidados de saúde.

As políticas de humanização e educação popular em saúde são, desta forma, complementares e têm como objetivo comum a promoção da saúde e do bem-estar da população. É fundamental que elas sejam implementadas de forma integrada e articulada, garantindo a oferta de serviços de qualidade e acessíveis para todos. A integralidade em saúde é um princípio essencial para a promoção da saúde. A abordagem integral à saúde possibilita o reconhecimento da complexidade e a diversidade cultural, buscando fornecer cuidados de saúde abrangentes e acessíveis que atendam às necessidades de saúde.

Contudo, não estamos falando de ações no abstrato, mas sim no concreto, voltadas as pessoas reais, com necessidades preeminentes. Assim, é necessário compreender o perfil da população que procura o serviço de saúde. Por se tratar de uma clínica estritamente feminina (clínica de ginecologia), não se pode perder de horizonte que as mulheres, que historicamente ocupam posições mais vulneráveis tanto na sociedade, quanto no mercado de trabalho.



A recepção integrada na unidade de saúde: limites e potencialidades

Os primeiros passos para implementação da recepção integrada nesta unidade de saúde datam de 2002 e surgem como uma proposta do serviço social e da enfermagem para alteração do modelo de “porta de entrada” às usuárias matriculadas na clínica de ginecologia. As alterações sugeridas tiveram como principal justificativa a efetivação do atendimento integral desde a chegada das usuárias à unidade.

Então, o primeiro atendimento (antiga triagem) passou a ser compreendido como um processo do qual faz parte o atendimento do médico especialista, do enfermeiro e do assistente social. Tratou-se de propiciar condições para mudança de cultura no atendimento, conferindo importância estratégica ao primeiro atendimento, a partir de uma perspectiva de atenção integral. O atendimento ampliado buscou acolher a usuária a partir de suas múltiplas demandas (sociais, culturais, subjetivas, entre outras).

Após a implantação, observou-se que a equipe da unidade hospitalar envolvida no processo de recepção integrada ia além da equipe multiprofissional formalmente constituída, e englobava outros profissionais, onde, então, passou a considerar também

como membros desta equipe: guardas, recepcionistas, técnicos de enfermagem, entre outros. Assim, os membros da equipe não técnica passaram a contar com treinamentos na área de direitos dos usuários do SUS para capacitá-los em suas práticas profissionais.

A recepção consiste no primeiro contato do profissional com a usuária matriculada na instituição e sua rede de suporte social e/ou familiar. O atendimento ampliado entende o usuário a partir de suas múltiplas demandas (sociais, culturais, subjetivas, entre outras).

Busca-se, nessa recepção, uma avaliação preliminar com objetivo de, mais que promover o acolhimento da usuária e sua rede e distribuir e orientar sobre o conteúdo de cartilhas que informam sobre o funcionamento da instituição e dos direitos sociais, identificar situações onde a equipe precisa atuar desde o início para que seja promovida uma real adesão e compreensão do processo de tratamento.

Esta perspectiva, no que tange a recepção, deve ter em vista os determinantes e demandas sociais implícitos ao processo de saúde-doença. O adoecimento implica em vulnerabilidade social do indivíduo, situação que se agrava quando associada à precariedade das condições de vida, demandando políticas sociais



específicas para o seu enfrentamento. Ao identificar a realidade na qual os sujeitos estão inseridos, ultrapassando os limites institucionais, a implementação deste modelo de recepção permitiu a construção de cenários que passam, necessariamente, por nosso cotidiano de trabalho, embora não se esgotem nele.

No primeiro contato com a usuária, ao se identificar as principais demandas e do entrecruzamento de questões sociais, proveu-se à oferta de respostas um arcabouço mais robusto, as quais incorporam sua cultura e saberes, representando uma alternativa de rompimento à lógica de exclusão a partir do norte guiado pelo foco na integralidade do cuidado.

Considerações finais

O adoecimento traz em si uma série de questões que impactam tanto aspectos físicos, quanto subjetivos e sociais na vida dos sujeitos. A PNH propõe que a recepção na unidade de saúde seja acolhedora e resolutiva, com a implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo, buscando a garantia dos direitos dos usuários e visando à atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços

e redes externas, compreendendo que o encaminhamento entre os níveis de atenção deve-se constituir em mecanismos de corresponsabilização, não se tratando de mera transferência de responsabilidades.

O cotidiano nos traz desafios práticos que devem nos remeter a reflexões constantes para que não sirva de limitador as nossas ações. Como, atualmente, a não valorização deste espaço pela equipe técnica, seja pela saída dos profissionais que iniciaram o processo, seja pela própria dinâmica institucional, com a redução de quadros técnicos, o que leva os gestores a alocar profissionais em áreas mais críticas da unidade, assim como própria pandemia de COVID-19, que além da diminuição do contato com o usuário, levou a restrição de treinamentos presenciais, o que, considerando a rotatividade das equipes de apoio, são imprescindíveis.

O perfil multifacetário dos determinantes sociais do adoecimento, com a íntima relação da inserção da mulher na sociedade, suas relações familiares e de trabalho, em sua maioria, como chefes de família, em situação de pobreza, com rede social de suporte restrita, além das questões de gênero, dificultam a adesão ao tratamento, em uma patologia marcadamente suportada por marcadores sociais de diferenças, em interface com as determinações



sociais do processo saúde-doença. As desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso às redes de saúde são expressão direta da estrutura social em que vivemos, facilitando ou dificultando a obtenção de cuidados em saúde. Desta forma, a simples oferta do serviço não garante o acesso e apontam interditos oriundos de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, dentre outras.

Neste sentido, este trabalho identificou a necessidade de qualificação dos profissionais atuantes, através do enriquecendo do debate sobre o papel do Serviço Social no acolhimento em oncologia, considerando a trajetória da usuária até a unidade e o início de um processo de tratamento continuado. Esta ação possibilitou o contínuo estímulo para que as várias categorias profissionais e os gestores da saúde pudessem se voltar para essa reflexão, no sentido de ampliar suas competências acerca das questões apontadas, qualificando o atendimento aos usuários nos serviços de saúde.

Portanto, é preciso pensar qual o papel dos profissionais na efetivação e ampliação desse direito. Tais questionamentos abrem um caminho possível para o enriquecimento do debate sobre o papel da equipe no processo de atenção à saúde.

Importante que as várias categorias profissio-

nais e os gestores da saúde possam se voltar para essa reflexão, no sentido de ampliarmos o conhecimento acerca das configurações e da realidade dos sujeitos contemporâneos e, a partir desta análise, buscar a qualificação do atendimento aos usuários nos serviços de saúde.



Referências

BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e Política**. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.761**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Pneps-SUS). 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília – DF, 2013

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira e ANDREAZZA, Rosemarie Graça Carapinheiro (orgs.). **Os Mapas do Cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

CHUEIRI, P. S., HARZHEIM, E., GAUCHE, H., VASCONCELOS, L. L. C. de. **Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde**. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 52, 2014.

CONASS. **Nota Técnica 16**, 2013.

FRANCO, Camilla Maia e FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. 2012. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Linha-cuidado-integral.pdf>. Acesso em: 15/12/2022.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, Roseni e Mattos, Ruben Araújo de, (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006.



DEBORA LOUZADA CARVALHO

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 63, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A filosofia à venda, a douda ignorância e a aposta de Pascal. In: **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 80, 2008.

STOTZ, Eduardo. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

TRAVASSOS, Cláudia e CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELA, L. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos, E. M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001.

