



**VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇOS SOCIAIS:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
VII SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
VI CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

(Gestão de Políticas Sociais)

**Entre laços de saberes e fazeres: acolhimento em saúde e a
experiência de construção do cuidado em rede**

Cristiane Müller Calazans¹

Karolina Reis dos Santos Lukachaki²

Resumo: O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência do acolhimento em saúde e o trabalho em rede em um serviço escola de psicologia de uma universidade no interior do Paraná. Na experiência o dispositivo acolhimento configurou-se em 4 caminhos metodológicos: escuta qualificada e formação de vínculo; responsabilização do usuário; resolutividade e projeto terapêutico; encaminhamento co-responsável. Esta metodologia possibilitou cuidado e vinculação maior do usuário com os serviços e profissionais envolvidos, bem como aproximação do serviço escola de psicologia à rede de serviços e uma formação mais ampliada, vivenciando um cuidado integral em rede ao usuário.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização; Acolhimento em saúde; Cuidado em rede.

Abstract: The objective of this study is to present the experience of healthcare reception and network-based work in a psychology teaching clinic at a university located in the interior of Paraná, Brazil. In this experience, the reception framework was structured around four methodological pathways: qualified listening and the establishment of bonds; user accountability; problem-solving and the development of a therapeutic plan; and co-responsible referrals. This methodology enabled greater care and stronger bonds between users and the services and professionals involved, as well as strengthening the connection between the psychology teaching clinic and the service network. Furthermore, it contributed to broader academic training, allowing students to experience comprehensive, network-based care focused on the user.

Keywords: National Humanization Policy; User embracement in health care; Network-based care.

¹serviço social, universidade estadual de maringá (agente universitário profissional/assistente social), mestre em políticas públicas e cmcalazans@uem.br.

² psicóloga, universidade estadual de maringá (docente do curso de psicologia), doutora e krslukachaki2@uem.br.



1 INTRODUÇÃO

Nas interações humanas o acolhimento encontra-se como fundamental para o desenvolvimento do ser humano, como um ser integral. Por acolhimento compreendemos como “ato ou efeito de acolher”. Expressa uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão (Brasil, 2010, p. 6). Transmite a necessidade de estabelecer relações humanas para construção de um cuidado. Este olhar dentro das políticas públicas vem sendo discutido ao longo de mais de 30 anos de promulgação da Constituição Federal de 1988, a Constituição cidadã. Busca a construção de políticas garantidoras dos direitos de todos e dever do Estado como uma luta cotidiana na disputa dos modelos de atenção no Brasil.

A implementação das políticas públicas nesta visão, são desafiadoras no Brasil, principalmente a partir do crescimento do modelo de Estado cada vez menos inclusivo e a complexificação das relações sociais, políticas, econômicas e conjunturais. Fruto deste modelo de sociedade há um crescimento da desigualdade social, da pobreza no Brasil, um aumento e agravamento do adoecimento da população, em especial as mais vulneráveis economicamente. Estes fatores implicam em alargamento de sujeitos que dependem exclusivamente das ações estatais públicas, compondo a complexificação do acesso aos serviços ofertados pelas políticas públicas básicas, bem como sua permanência. Destacamos o saneamento básico, a segurança alimentar, a habitação, trabalho e renda, as políticas que compõem a Seguridade Social brasileira, sendo saúde, assistência social e previdência social, entre outras, mínimas para o desenvolvimento seguro e digno de todo cidadão brasileiro.

No campo da saúde os modelos de atenção que estão em disputa desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que aprova as diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, são o Modelo Privatista e Biomédico e o Modelo Sanitarista. O primeiro está centrado na lógica da saúde como lucro, na forma tecnoassistencial biologicista, na fragmentação do cuidado e nos grandes serviços de atendimento em massa (Fertonani *et al*, 2015). Modelo este organizado para atender a doença e não o sujeito e seu processo de adoecimento e condições de acesso e cuidado. Neste sentido, a lógica de atenção é desfocada do sujeito e toda sua complexidade histórica, focada na quantidade de procedimentos que valorizam os equipamentos tecnológicos de produção de saúde.

O outro em disputa é o Modelo Sanitário, proveniente do Movimento da Reforma Sanitária, que busca a saúde como direito universal, a integralidade do cuidado, equidade para quem mais dele precisa, a responsabilização estatal da política, com complementaridade do setor privado na oferta dos serviços (Fertonani *et al*, 2015). A partir destas lutas, a política de saúde tem o arcabouço legal para construção do Sistema Único de Saúde (SUS) buscando garantir o cuidado integral à população brasileira, como ação de direito de todos. Este modelo coloca no centro do cuidado o sujeito e suas complexidades, ordenando as propostas de atenção. As disputas das lógicas de cuidado permanecem no cotidiano do SUS, em todos os níveis de



atenção. Em 1994 organiza-se a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde (PNH), inicialmente centrada nas práticas hospitalares e em 2004 de forma transversalizada para toda a política de saúde, em busca da concretude dos princípios norteadores do SUS.

O chamado HumanizaSUS, propõe repensar os modelos de assistência à saúde, da oferta de serviços, do modelo de gestão e das tecnologias de cuidado em saúde, opondo-se ao modelo não centrado no usuário, mas na lógica mercadológica e biomédica (Fertonani *et al.*, 2015). A proposta é reorientar, qualificar, a partir do tripé que compõe a política: a relação gestores, trabalhadores e usuários, norteados pelos princípios da transversalidade, indissociabilidade entre gestão e atenção, protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos (Brasil, 2013).

Dentre a estrutura da PNH, o acolhimento configura-se com dois olhares. Primeiro como uma diretriz que compreende ética/estética/política abrindo caminho para rever o modelo tecnoassistencial em curso da política de saúde. Segundo como dispositivo que se materializa em uma ferramenta tecnológica de intervenção que busca qualificar a escuta, construir vínculos, garantir acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (Brasil, 2006), vislumbrando a integralidade do cuidado em saúde.

Neste trabalho buscamos apresentar a experiência de acolhimento em saúde realizado de forma interdisciplinar entre psicologia e serviço social, na Unidade de Psicologia Aplicada (UPA), de uma universidade pública do Paraná, o serviço escola de psicologia, priorizando uma tecnologia de intervenção, baseada na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, que reorientou os processos de trabalho e de formação dos estudantes de psicologia e possibilitou o conhecimento, aproximação e o trabalho em redes de cuidado, territorializada.

2 DESENVOLVIMENTO: ACOLHIMENTO NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE SAÚDE

A PNH ou o HumanizaSUS, lançada em 2004, foi pensada para transversalizar os três níveis de atenção em saúde. Independente da configuração do serviço de saúde, a PNH tem seu foco em concretizar os princípios do SUS, visando produção de mudanças no modo de gerir e cuidar. O método que a política utiliza é o da roda, em que circula “a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, estimulando a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si” (Brasil, 2013, p. 4).

Esta política, vinculada ao Ministério da Saúde, tem como diretrizes :

- Clínica Ampliada;
- Co-gestão;
- Acolhimento;
- Valorização do trabalho e do trabalhador;
- Defesa dos Direitos do Usuário;
- Fomento das grupidades, coletivos e redes.



- Construção da memória do SUS que dá certo (Brasil, 2010, p. 9).

Cada diretriz tem sua especificidade de atuação, mas em convergência para a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de saúde, norteadas pelos valores da “autonomia, protagonismo, corresponsabilidade, vínculos solidários e participação coletiva” (Brasil, 2009, p. 5). Dentro das diretrizes desta política encontra-se o acolhimento, que tem uma importância no processo de repensar o modelo de saúde centrado no usuário do sistema.

O Acolhimento é considerado pela PNH como uma diretriz, que dá a dimensão de direção, do compromisso que o cuidado em saúde deve seguir. A outra dimensão é de ser um dispositivo a ser implantado no cotidiano dos serviços de saúde e dos trabalhadores. Nas duas perspectivas, traz o sentido de ação em prol de, relação com algo ou alguém e inclusão como atitude.

É uma diretriz que implica na dimensão ética/estética/política, no sentido que a ética é o compromisso de acolher o outro em todas suas diversidades, no seu modo de ser e viver. A Estética como a dimensão do estar na vida, no sentido de construção conjunta de caminhos de cuidado, de viver e da própria humanidade. Não é responsabilidade de um profissional apenas, mas de toda a equipe, incluindo gestão do serviço de reconhecer o outro em suas diferenças, dores e modos de estar na vida, como do sujeito da política. Configura-se em outro modo de produzir saúde, implicando em mudanças nos processos de trabalho, bem como de gestão. A dimensão política diz respeito ao compromisso coletivo na garantia dos direitos dos sujeitos de protagonizar em conjunto e em diferentes encontros, por uma política inclusiva, resolutive e como dever do Estado (Brasil, 2010). Destaca-se nesta diretriz a priorização da participação de todos atores no processo de atenção, correspondendo o usuário, o trabalhador e o gestor. Todos fazem parte da construção e avanço da política, do cuidado em saúde, descaracterizando que uma das categorias profissionais apenas, é responsável ou a protagonista do processo saúde-doença.

Segundo Merhy (2002), o acolhimento configura-se em uma tecnologia leve que valoriza as relações, o encontro. É uma tecnologia relacional, de intervenção pela escuta, de construção de vínculo, na garantia de acesso com responsabilização e resolutividade dos serviços e autonomia dos sujeitos. Considerada como uma tecnologia do Encontro, que tem como objetivo “o construir redes e processos de produção de saúde” (Brasil, 2006 p.18). É a tecnologia que possibilita a relação entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, considerando todos ativos e protagonistas. Implica que usuários, trabalhadores, gestores estão ativos na construção dos processos de cuidado em saúde.

Historicamente os serviços de saúde consideram o acolhimento, como um profissional responsável ou um lugar físico dentro da estrutura de saúde, para realizar o que mais se configura como uma triagem da demanda. Na dimensão tecno-assistencial, o acolhimento como um dispositivo, vai de encontro com estes olhares que atende, que ouve os pedidos, que presta atendimentos resolutivos e responsáveis e estabelece articulações entre os serviços da rede. Constroem-se o cuidado na relação profissional usuário utilizando parâmetros técnicos,



éticos e humanitários, mas também as possibilidades que se configuram, considerando a rede de serviços, a afetiva e social que são possíveis.

Enfim, o acolhimento como um modo de operacionalizar os processos de trabalho atende a “todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários” (Brasil, 2010 p.21). Este dispositivo vem em resposta a políticas sociais centradas nas necessidades da população, podendo ser compreendido como uma ferramenta que transforma o modo de operacionalizar a assistência em saúde, a reorganização do processo de trabalho, a qualidade do acesso dos usuários aos serviços ofertados, dentro de uma lógica centrada no usuário do sistema.

2.1 Acolhimento implica trabalho em rede intersetorial

Para que o dispositivo acolhimento seja colocado em prática em sua concepção de mudanças de processos de trabalho centrado no usuário do sistema, implica um trabalho em rede. Junqueira (1999), define o trabalho em rede é um direcionamento mais prático um compartilhar entre pessoas, famílias, serviços, instituições, municípios e estados direcionados em prol de uma demanda. É uma construção social, e para tanto, depende da sensibilização e da organização coletiva de atores sociais em torno de um objetivo comum, que se concretiza através de trabalhos construídos de forma coletiva (JUNQUEIRA, 1999). A complexidade dos problemas sociais implica na busca de novos modelos de gestão. A proposta de trabalho em rede vem como uma estratégia de ação através do compartilhamento e integração de conhecimentos e de práticas.

O trabalho em rede nas políticas se caracteriza dentro do campo da gestão pública, como trabalho em redes intersetoriais, articulando diversas políticas públicas com o objetivo da integralidade da atenção ao usuário dos serviços, através das diversas políticas públicas, serviços e programas sociais tendo em vista a integralidade do atendimento da população (BOURGUIGNON, 2001). A perspectiva de trabalho em rede intersetorial, seja entre políticas setoriais ou no interior de uma mesma política, de práticas e de conhecimentos de vários ramos profissionais, de modo a dar respostas mais integralizadoras às demandas sociais configura-se como um caminho de intervenção e gestão de políticas públicas.

3 METODOLOGIA CAMINHOS DO ACOLHIMENTO NO SERVIÇO ESCOLA DE PSICOLOGIA DE UMA UNIVERSIDADE O PARANÁ: TRABALHO EM REDE

O Serviço Escola de Psicologia (UPA) tem suas atividades desenvolvidas a partir do curso de psicologia da universidade e estão organizadas em diversas modalidades de atenção coletivas e individuais. São executadas com os alunos do curso de psicologia através do estágio



obrigatório de 4º e 5º ano do curso e através de projetos de extensão que abarca alunos de séries e cursos variados, bem como profissionais formados. Compõem o quadro técnico do serviço dois psicólogos da área da saúde, um psicólogo escolar, uma assistente social, duas fonoaudiólogas, dois administrativos divididos entre secretaria e outro na parte documental, uma responsável pela zeladoria e três vigias. Todos profissionais estão imbricados nos processos de cuidado do sujeito que busca o serviço, cada um dentro de suas especificidades profissionais. Desde o vigia que por diversas vezes dá informações ao usuário que veio buscar o serviço e acolhe a demanda, encaminhando de forma acolhedora e co-responsável, ofertando endereços, horários de atendimentos ou mesmo encaminhando para um acolhimento emergencial em horários de intervalos de funcionamento dos atendimentos. Da mesma forma a responsável pela zeladoria.

Nas modalidades ofertadas, a comunidade em geral é atendida, sem restrição de comunidade externa ou interna da universidade, sendo a forma de acesso, por muitos anos, na modalidade de triagem. Não diferentemente de muitos outros serviços dentro das políticas públicas, havia historicamente um processo de “escolha” de quem poderia ser atendido a partir de alguns dados pessoais do paciente e da queixa, que definiria a conduta sobre aquele caso (Chammas, 2009, p. 16).

O acolhimento configurado no serviço escola de psicologia fundamenta-se na PNH e na Política Nacional de Saúde Mental, que defendem os princípios do SUS e na centralidade do sujeito no processo de cuidado. Caracteriza-se como uma abordagem interdisciplinar e transdisciplinar e intersetorial. Estas características se colocaram presentes pela complexificação da vida dos sujeitos que buscam o atendimento na UPA. O sofrimento psíquico intensificado pelas expressões da questão social, como demandas raciais, de gênero, etnias, econômicas, políticas e tantas outras, transversalizadas pela pandemia de Covid-19, iniciada no Brasil em março de 2020.

A prática cotidiana do acolhimento é realizada pelos acadêmicos do 5º ano de psicologia e pelo serviço social da unidade. Pela complexidade das situações que chegam ao serviço o acolhimento pode ser realizado de forma conjunta estagiário de psicologia e serviço social, em especial questões agravadas de violência doméstica e sexual, de desproteção social, de transtornos mentais, mais agravados pelas expressões da questão social, em que o sujeito está inserido.

Após um tempo de estudos sobre a temática acolhimento e experimentação no cotidiano do serviço, chegamos a um parâmetro de 4 a 5 encontros em média, com o usuário, configurando-se no acolhimento. Este número pode variar um pouco mais quando os atendimentos são com crianças e adolescentes, pois necessariamente precisa ter momentos com os responsáveis por estes. O encontro tem por objetivo conhecer as possibilidades e limites a serem trabalhados dentro da realidade singular do sujeito que buscou o serviço, bem como a limitação do alcance do próprio serviço em ofertar o cuidado que o sujeito precisa e encaminhá-lo para o mais adequado.



O Acolhimento foi organizado de forma a compor alguns caminhos orientadores, não de forma protocolar, mas como possibilidades de organizar o cuidado.

As estratégias que compõem o acolhimento na UPA se configuram em dispositivos relacionais (Jorge *et al*, 2011):

- Escuta qualificada e formação de vínculo;
- Responsabilização do usuário;
- Resolutividade, Projeto Terapêutico;
- Encaminhamento co-responsável;

Cada uma destas estratégias são trabalhadas nos encontros com o sujeito que veio buscar um cuidado, em saúde mental, na UPA.

A escuta qualificada e formação de vínculo é o momento em que recebe o usuário do serviço e através da tecnologia leve configurada em diálogo, buscamos a formação do vínculo. Momento este de escuta das experiências vividas, valorizando-as, atentando-se para as necessidades presentes trazidas e os diferentes aspectos da realidade do sujeito. É um momento de valorização do saber do outro, que é o que conhece sua própria vida, suas dores, suas lutas, sem julgamento ou moralização.

A vinculação possibilita a horizontalização e democratização dos saberes e dos fazeres, favorecendo a construção de laços de afeto e negociações entre os sujeitos envolvidos no processo, profissionais e usuários do serviço (Jorge *et al*, 2011).

Seguimos apreciando os fatores de risco e de proteção que estão presentes nos relatos colocados, como no contexto sociocultural que o sujeito e sua família estão inseridos. Nesta escuta a “postura acolhedora implica em estar atento e poroso a diversidade cultural, racial e étnica” (Brasil, 2010, p.21), como fatores que se configuram em recursos pessoais, sociais, de rede e de território, que podem diminuir ou inibir o impacto do risco.

Esta tecnologia é essencial para o desenvolvimento do cuidado integral e ampliado, mas também territorializado e em rede, com respeito a diversidades e singularidades dos sujeitos imbricados no processo, tanto o profissional/acadêmico como o usuário do serviço, como a complexidade do processo saúde /doença experienciado por aquela pessoa.

A partir desta ferramenta é possível construir o trabalho inter e/ou transdisciplinar e intersetorial. Interdisciplinar, no sentido de discussão de caso com os profissionais internos da UPA, em conjunto com o orientador e acadêmico de psicologia responsável pelo caso. Esta prática, alinhada a conceituação da integralidade do cuidado, favorece a relação entre saberes na produção de uma assistência que extrapola o foco sobre a doença ou a queixa, mas favorece o entrelaçamento sobre dois sujeitos, aquele que demanda e aquele que oferta atenção (Minayo, 2010). Transdisciplinar nos momentos que atendemos em conjunto, serviço social e psicologia e algumas vezes a fono, que a partir de saberes diferentes acolhemos a mesma voz em sofrimento para pensar caminhos em conjunto. E intersetorial, que a partir da situação acolhida, levamos para ser pensada em conjunto com os serviços territorializados que poderiam contribuir no processo de cuidado daquela singularidade.



Outro dispositivo utilizado é a co-responsabilização do usuário/autonomia: Esta tecnologia é trabalhada a partir da formação de vínculo entre o profissional/acadêmico e o usuário do serviço, com base nas suas condições sociais, econômicas, culturais e resgatando sua cidadania, para seguir na vida. Vislumbramos a autonomia como parte do cuidado integral, em que o sujeito e os serviços envolvidos contratualizam o cuidado como parte fundante no seu processo da vida. O sujeito é responsável também pelo caminho que vai seguir, consideramos uma responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos deste encontro. Esta ferramenta no cotidiano é trabalhada no acompanhamento do usuário para os encaminhamentos realizados. Alguns precisam ser mais intensos, quando tem dificuldade de executar por exemplo, um agendamento de uma consulta médica. Entramos em contato com os serviços para conhecer os processos, apresentar o usuário e em seguida orientamos em atendimento, os caminhos que deve percorrer para continuidade. O objetivo é contribuir para ampliação da capacidade de compreender e atuar sobre sua própria vida e sobre o mundo ao seu redor que lhe afeta.

Percebemos o avanço na autonomia a partir da capacidade de autocuidado, na compreensão dos processos de saúde x doença e no imbricamento neste, nas condições de estabelecer compromissos com outros, podendo ser outras pessoas, família e/ou amigos e serviços (Jorge *et al*, 2011).

O terceiro dispositivo é a resolubilidade e projeto terapêutico. Configura-se em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização tanto por parte do serviço, do profissional que se imbrica no cuidado, como do usuário. Esta resolutividade em muitos casos corresponde em orientação para a busca do usuário e da família a outro serviço, podendo ser de saúde ou de outras áreas de políticas públicas, para a continuidade da assistência. No cotidiano dos atendimentos o plano terapêutico é construído em conjunto com o usuário a partir da escuta qualificada, podendo a continuidade de seu cuidado se dar na UPA, resguardando as especificidades dos atendimentos, em conjunto ou não com outros serviços que a rede ofereça conforme as necessidades ou encaminhado para outro serviço. Para tanto, temos um guia de serviços ofertados pela rede de Maringá, tanto pública, do terceiro setor, como privados, das diversas áreas das políticas públicas e serviços, atualizado regularmente na dinâmica do cotidiano, facilitando o acesso do usuário a outros locais de cuidado.

Neste sentido, a UPA estabelece sua competência no cuidado, dentro da característica de um serviço escola de psicologia, em que a diversidade e oferta de saberes é mais restrita, precisando de outros atores e serviços que compõem a rede de serviços no município, para contribuir ou até mesmo encaminhar o usuário atendido.

Dentro da proposta de cuidado acordada com o usuário, a divisão de responsabilidades entre a rede de serviços, a rede afetiva e o próprio usuário, fazem parte do processo de acompanhamento. É levantado as fortalezas e fragilidades que podem ser apoio ou não a partir da demanda apresentada pelo usuário.

O encaminhamento para outro serviço que possa atender o usuário em sua complexidade faz



parte do cuidado integral e em rede. A atuação em rede segundo Mendes (2011), possibilita aos serviços estreitamento dos saberes e fazeres dos diversos pontos, possibilitando um melhor funcionamento nos encaminhamentos feitos.

Quarto dispositivo é o encaminhamento co-responsável. Configura-se em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização. Mesmo que a demanda que o usuário traga não seja para a UPA, é acolhido e orientado, quando for o caso, “o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos” (Brasil, 2010, p.21).

O encaminhamento co-responsável organiza-se por nível de complexidade da situação demandada pelo usuário e levantada por quem o atendeu. Em casos mais agravados, entramos em contato com o serviço mais adequado para o atendimento do usuário, para apresentarmos o caso, se possível para a equipe ou profissional referenciado, refletindo com a equipe, acordando a chegada deste e a continuidade no cuidado. Estas discussões são em conjunto com o profissional do serviço social da UPA, acadêmico de psicologia, responsável pelo caso e equipe/profissional do serviço que receberá o usuário. O encaminhamento é gradativo, permanecendo em acompanhamento na UPA até que o vínculo com o próximo serviço se concretize. Boa parte destes casos, o acolhimento se organiza em mais de 5 encontros, pela necessidade de continuidade de suporte até o usuário conseguir vincular-se em outro serviço que ofereça a complexidade de atendimento que necessite.

De forma geral, os encaminhamentos se dão com a articulação da rede de serviço anteriormente, discutidos pelo acadêmico de psicologia em conjunto com o serviço social da UPA. Na grande maioria dos casos ocorrem via telefônica, outros presencialmente, mas de forma a garantir que o usuário saiba informações de sua chegada no próximo serviço, como: quando ir, onde ir, com quem falar, como se configura este próximo serviço, entre outras. Desta forma, a possibilidade de vínculo aumenta consideravelmente por não ser desconhecido o serviço para o usuário.

4 CONCLUSÕES

O acolhimento em saúde como um dispositivo da prática profissional dentro do serviço escola de psicologia – UPA trouxe avanços na forma de cuidado dos usuários atendidos no serviço, ampliando o olhar para os aspectos sociais, conjunturais entre outros que interferem no processo saúde x doença. Possibilitou uma aproximação maior dos territórios de vida dos usuários, quando conhecemos o bairro, a Unidade Básica de Saúde ou o Centro de Referência de Assistência Social e outros equipamentos sociais de sua referência, os profissionais que estão no cotidiano do cuidado e até mesmo o percurso que o sujeito percorreu dentro dos serviços, através dos prontuários.



Consideramos que o acolhimento em saúde possibilita que o cuidado na UPA se configure em rede. Traz a necessidade de delimitar com mais clareza qual a capacidade de alcance do serviço no processo de cuidado, aproximação e fortalecimento de vínculo com outros da rede de serviços das variadas políticas públicas no município sede, bem como, em outros da região em que os usuários são provenientes. A UPA não faz parte formalmente da rede de serviços referenciados do SUS, no município em que funciona. Com o dispositivo de acolhimento, que implica em trabalho em rede, levou o Serviço Escola a aproximar-se das políticas públicas e dos sujeitos que as compõem, elevando a ampliação da formação do acadêmico de psicologia, e em especial, o cuidado do usuário de forma responsável, integral, ampla e resolutive.

O acolhimento é um dispositivo que pode ser readequado a todas áreas de atuação das políticas sociais e públicas, sendo um instrumento possível de repensar o processo de trabalho em qualquer instância e nível. Como uma tecnologia leve, de relações e de encontro, na operacionalização do fazer cotidiano centrado no usuário.

A importância do uso de tecnologias leves, a tecnologia do encontro, das relações, como o acolhimento, precisa direcionar o sentido do trabalho nas políticas públicas, garantindo o direito dos sujeitos individuais e coletivos de cuidado integral e em rede.

Nessa lógica, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada como historicamente alguns serviços ainda o consideram, para configurar-se em inúmeros processos de produção de saúde e ações, que, partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional e o sujeito demandante, se constrói um cuidado em rede.

REFERÊNCIAS

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **Concepção de rede intersetorial**. set. 2001. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>. Acesso em: 15 fevereiro de 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_saude_2ed.pdf. Acessado em 10 fev. de 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O Humaniza SUS na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acessado em: 03 fev. de 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acessado em 15 fev. de 2022.



CHAMAS, Débora. **Triagem estendida: um modo de recepção de clientes em uma clínica-escola de psicologia**. 2009. 141f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em:

[https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-08032010-](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-08032010-151628/publico/dissertacao_chammas.pdf)

[151628/publico/dissertacao_chammas.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-08032010-151628/publico/dissertacao_chammas.pdf). Acessado em: 14 jun. de 2023.

FERTONANI, Hosanna Patrig *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?format=pdf>. Acessado em: 13 mar. de 2024.

JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, p. 3051-3060, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CMNBywFRDpPgjhFHBzxTqWH/?format=pdf>. Acessado em: 18 mar. de 2024.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. **Revista FEA** – PUC-SP, São Paulo, v. 1, p. 57-72, nov. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/5z8Cktz8WQmTG95qcGDChrw/?format=pdf&lang=pt> Acessado em: 07 de março de 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf acessado em: 02 de mar. de 2026.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho**; São Paulo, Hucitec, 2002.

MINAYO Maria Cecília de Souza. **Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade Emancipação**, Ponta Grossa - PR, Brasil., v. 10, n. 2, 2011. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/1937>. Acesso em: 2 mar. 2026.