

ACOLHIMENTO HUMANIZADO EM UM POSTO DE SAÚDE URBANO DO DISTRITO FEDERAL, BRASIL

Humanized user embracement in an urban Health Center of the Distrito Federal, Brazil

Blenda de Sousa Baião¹, Rúbia Arakaki de Oliveira²,
Vitor Venancio Pires Carvalho Lima³, Marlise Vieira de Matos⁴, Kelly Aparecida Palma Alves⁵

RESUMO

O acolhimento compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutiva aos seus problemas. Baseia-se na escuta qualificada de todos os pacientes e na construção de vínculos entre os profissionais e a comunidade, buscando uma postura capaz de acolher e estabelecer respostas mais adequadas aos usuários. Este estudo objetiva contribuir para a reflexão dos profissionais do Posto de Saúde Urbano 01 do Riacho Fundo II / DF (PSU01) acerca do acolhimento humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de caráter observacional e transversal, com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram 20 profissionais que trabalhavam na unidade de saúde e 30 usuários, escolhidos aleatoriamente. Para a coleta de dados, foram utilizados questionários estruturados, elaborados pelos pesquisadores. Com base nesses dados, foram escolhidos alguns temas disparadores para a realização de um grupo focal. Utilizando a metodologia de Bardin, após análise dos discursos, elaboraram-se as seguintes categorias: acolhimento; falhas na gestão e questão social; visão imediatista e desconhecimento do usuário; vínculo. Observou-se que alguns fatores são entraves para a implementação, de fato, do acolhimento no PSU 01, tais como: quantidade insuficiente e a rotatividade de profissionais, infraestrutura inadequada (relacionada à ambiência), pouco treinamento destinado às equipes e carência de materiais. Além disso, foi evidenciado o quanto os profissionais sentem-se desvalorizados, muitas vezes, pela própria comunidade e pelos meios de comunicação em massa. Propôs-se a con-

ABSTRACT

User embracement ranges from the reception of users in the health system, and full responsibility for their needs, to the attention to solving their problems. It is based on qualified listening to all patients and in building links between professionals and the community, seeking a posture capable of receiving and establishing more adequate responses to users. This study aims to contribute to the reflection of the professionals from Urban Health Center No. 01 (UHC01) of Riacho Fundo II / DF, about humanized reception, in accordance with the guidelines of the National Humanization Policy (NHP). This is a descriptive-exploratory study, observational and cross-sectional, with a qualitative approach. The subjects were 20 professionals working at the health center, and 30 users, randomly chosen. Data was collected via structured questionnaires, prepared by the researchers. Based on the data, some triggering themes were chosen for conducting a focus group. Using the Bardin method, after discourse analysis, the following categories were drafted: embracement; failures in social management and issues; immediacy perspective and ignorance of the user; bonding. It was observed that some factors are, in fact, obstacles to the implementation of embracement in the UHC01, such as: staff insufficiency and turnover, inadequate infrastructure (related to the environment), insufficient training for the teams, and lack of materials. Furthermore, it was emphasized how much professionals often feel undervalued by the community itself and by the means of mass communication. Researchers proposed the construction of a banner explaining the real tasks of a basic health center, distinguishing it from an emergency

¹ Blenda de Sousa Baião, acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). E-mail: blenda_baiiao@hotmail.com

² Rúbia Arakaki de Oliveira, médica residente em Medicina de Família na Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Médica graduada pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

³ Vitor Venancio Pires Carvalho Lima, enfermeiro graduado pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Vinculação profissional: PROVAB. cursando pós-graduação em Saúde da Família

⁴ Marlise Vieira de Matos, enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Vinculação profissional: enfermeira pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e preceptora no PET (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde)

⁵ Kelly Aparecida Palma Alves, mestre em Ciências da Saúde. Vinculação profissional: enfermeira pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) Financiamento: PET- saúde

fecção de um *banner* explicando as verdadeiras atribuições de uma unidade básica de saúde, diferenciando-a de uma unidade de pronto atendimento, a fim de facilitar a relação entre profissionais de saúde e usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Humanização da Assistência; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

Em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um grande passo foi dado em favor do direito universal, integral e equânime à saúde, tornando, um dever do Estado, a prestação de assistência gratuita e que não se reduz à ausência de doença, mas à promoção da saúde, visando a melhoria da qualidade de vida.¹

Em maio de 2000, surge o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que se transformou na Política Nacional de Humanização (PNH) três anos depois, tornando-se o instrumento norteador de todas as ações de saúde, favorecendo a troca e a construção de saberes por meio do diálogo entre profissionais e comunidade, além da comunicação e da educação permanentes com a construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos coletivos. Outras atribuições da PNH seriam: o trabalho em equipe de maneira multiprofissional e interdisciplinar; a valorização subjetiva e social das práticas de atenção e gestão; e o trabalho cooperativo, solidário, com alta conectividade como uma verdadeira rede de interações. Entre as metas escolhidas para serem atingidas em médio prazo pela PNH, incluem-se a necessidade de redução de filas com avaliação de riscos, a agilidade e o acolhimento humanizado.¹

A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir”.² O acolhimento consiste na humanização das relações entre profissionais e usuário do serviço de saúde, propondo inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; qualificar a relação profissional de saúde/usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania. Apesar de tantas definições, todas apresentam conceitos semelhantes referindo o acolhimento como

unit, in order to facilitate the relationship between health professionals and users.

KEYWORDS: User Embracement; Humanization of Assistance; Family Health; Primary Health Care.

uma diretriz de um processo de trabalho centrado no interesse do usuário, de forma a se tornar uma tecnologia para a reorganização dos serviços, visando à garantia dos princípios do SUS, priorizando a humanização do atendimento.³

O acolhimento compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutiva aos seus problemas. Baseia-se na escuta qualificada de todos os pacientes e na construção de vínculos entre os profissionais e a população, buscando uma postura capaz de acolher e estabelecer respostas mais adequadas aos usuários. O paciente e a sua família precisam ser orientados de maneira mais adequada a fim de garantir a continuidade e a eficácia do atendimento. O acolhimento também propõe reorganizar o serviço com o intuito de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário, e descentralizar o atendimento, estendendo-o para toda a equipe multiprofissional. É importante ressaltar que o momento do acolhimento interfere na adesão do paciente ao tratamento.⁴

O acolhimento ideal requer a análise de alguns fatores, tais como: as formas de organização dos serviços de saúde, a humanização das relações em serviço, a qualidade da escuta, a produção de vínculo e o compartilhamento do conhecimento. Implica também a partilha de saberes, necessidades, possibilidades e angústias, além de pressupor uma nova atitude de mudança em relação à visão tradicional de acolhimento. A fim de que esse seja eficaz, é necessário que haja um protagonismo dos sujeitos envolvidos na produção de saúde, considerando o paciente sujeito ativo desse processo.⁴

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido relacionada a uma dimensão espacial, traduzida em recepção administrativa e ambiente confortável.⁴ Além disso, alguns serviços também associam o acolhimento ao processo de triagem, sendo realizados em um mesmo ambiente e, às vezes, pelo mesmo profissional.⁵ Esses conceitos devem ser diferenciados, pois o aco-

lhimento não se constitui uma etapa específica do atendimento; deve ser realizado em todos os locais e momentos do serviço de saúde. A triagem, ao contrário, constitui-se uma etapa específica do atendimento.⁴

O acolhimento que, normalmente, ocorre nas unidades de saúde tem como foco a doença e não o usuário como um ser integral. Além disso, o acesso aos serviços de saúde é organizado a partir de filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo, grau de sofrimento ou casos preferenciais, como idosos, gestantes e pessoas com crianças de colo. Essa situação exemplifica como o acolhimento não tem sido efetuado da maneira como é preconizado pela PNH.¹

O Ministério da Saúde (MS), com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), prioriza o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).⁶

Ressalta-se a importância da efetivação de uma gestão que inclua a participação dos profissionais de saúde, para que estes se sintam mais integrados e responsáveis pelo processo de promoção da saúde. É relevante destacar a inclusão dos usuários nesse processo, pois, ao terem mais autonomia, os pacientes costumam aderir mais aos tratamentos, facilitando a relação do profissional de saúde com o usuário.⁷ O trabalho dos gestores também deve ser ressaltado, visto que são os responsáveis por administrar os recursos públicos destinados à área da saúde.

“Trabalhar é gerir, é gerir junto com os outros.” Essa frase exemplifica de modo adequado o intuito da cogestão.⁶ Esse é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores.⁸

Com o intuito de que a população seja atendida de maneira adequada pelos serviços da atenção primária, cada ser pertencente à rede de saúde precisa exercer sua respectiva função. Os profissionais de saúde devem utilizar suas potencialidades de acordo com o que lhes é exigido, elaborando estratégias para minimizar ou, quando possível, por fim aos entraves à promoção da saúde. Os usuários, por sua vez, devem exigir seus direitos quanto à assistência humanizada em saúde, mas é importante que estes saibam quais são as atribuições das unidades básicas. Espera-se que os pacientes conheçam melhor essas atribuições e abandonem a visão imediatista de atendimento em pronto-socorro, por exemplo. Em relação aos gestores, é relevante que eles exerçam seus cargos com dignidade e respeito à população, visto que suas atitudes podem

estar diretamente relacionadas à disponibilização dos recursos para a área da saúde. Ainda convém mencionar a importância de uma gestão qualificada por parte das autoridades governamentais, a fim de que os setores da saúde, em geral, forneçam atendimento adequado aos cidadãos.

Embora se entenda que o acolhimento deva perpassar todos os níveis de atenção à saúde, esta pesquisa está circunscrita à atenção básica, ou seja, ao primeiro nível de atenção na organização da rede hierarquizada dos serviços do SUS.

O tema acolhimento foi escolhido devido a sua relevância para o atendimento de qualidade e pela necessidade dos gestores, profissionais e acadêmicos entenderem a amplitude do termo. Ao abordar esse tema, foram observadas dificuldades de implantação do acolhimento conforme as diretrizes do SUS. No Posto de Saúde onde o projeto foi desenvolvido, verificou-se a ausência de infraestrutura adequada para o desenvolvimento de suas atividades. O estudo procurou abordar a questão da ambiência e da valorização dos profissionais, com a finalidade de melhorar o ambiente e o processo de trabalho, fortalecendo, assim, o vínculo e o acolhimento.

Definiram-se como objetivos: contribuir para a reflexão dos profissionais do Posto de Saúde Urbano 01 do Riacho Fundo II / DF (PSU01), acerca do acolhimento humanizado, de acordo com as diretrizes da PNH; sensibilizar profissionais do posto quanto à importância do acolhimento na assistência à saúde; observar o processo de acolhimento realizado no cenário da pesquisa, procurando discernir as práticas do acolhimento ideal que não são aplicadas à realidade; identificar aspectos relacionados à ambiência; incentivar o desenvolvimento e a promoção de melhorias na qualidade do acolhimento humanizado.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é uma pesquisa descritivo-exploratória, de caráter observacional e transversal, com abordagem qualitativa.

O estudo foi realizado no PSU 01 que se localiza no Riacho Fundo II. Essa Região Administrativa do DF tem uma população de aproximadamente 40 mil habitantes. Atualmente 100% da população dessa Região Administrativa está cadastrada e é atendida por 14 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O PSU 01 conta com três equipes da ESF (2, 8 e 14). A população assistida pelas equipes é de, aproximadamente, 8.575 pessoas ou 2.318 famílias. Essas famílias estão assim distribuídas: a equipe 2 possui 903 famílias cadastradas; a equipe 8, 717 famílias; e a equipe 14, 685 famílias. No início da pesquisa, cada equipe era composta por um

médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). O estudo envolveu as três equipes que atuam no PSU 01 uma vez que compartilham o mesmo espaço físico para realizar as suas atividades.

Os sujeitos de pesquisa foram profissionais de saúde que trabalham no PSU 01 e usuários escolhidos aleatoriamente. Foram incluídos, no projeto, 20 profissionais que trabalhavam nas Equipes 2, 8 e 14 além de 30 pacientes, sendo 10 de cada uma das equipes atuantes no posto, maiores de 18 anos e cadastrados pelas ESF. Excluíram-se aqueles profissionais e/ou usuários que não concordaram em participar da pesquisa e a enfermeira que foi orientadora do projeto. Todos foram convidados pessoalmente a participar da pesquisa e foram esclarecidos quanto à natureza do estudo e lhes foi garantida a livre adesão.

Para a coleta de dados, foram utilizados questionários estruturados, elaborados pelos pesquisadores. Os questionários contemplavam temas pertinentes ao objeto de estudo – o acolhimento humanizado – por meio dos seguintes pontos: (1) avaliação do atendimento; (2) aspectos positivos e negativos do posto; (3) avaliação do ambiente e como seria um ambiente adequado; (4) entendimento dos usuários e profissionais sobre acolhimento; (5) se os usuários se sentiam acolhidos; (6) possíveis modificações no posto sem necessidade de mudança na estrutura física; (7) entendimento dos profissionais quanto ao atendimento humanizado e ambiência; (8) se os profissionais se consideram acolhedores; (9) entendimento dos profissionais em relação à diferença entre triagem e acolhimento.

É importante destacar que alguns questionamentos estavam presentes tanto no questionário dos profissionais quanto no dos usuários. Os questionários foram aplicados individualmente pelos estudantes envolvidos no projeto e pela orientadora. Nas situações em que os usuários não sabiam ler e/ou escrever, foi realizada a transcrição fidedigna das respostas nos questionários.

A maioria dos profissionais pesquisados participou da oficina “Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Riacho Fundo II”, realizada no período compreendido entre o final do mês de setembro e início de dezembro de 2010, com carga horária de trinta e duas horas. Essa atividade foi promovida pela Coordenação Central da Política Nacional de Humanização da SES/DF (CCPNH) e objetivou promover o desenvolvimento das equipes, discutir as bases teórico-conceituais do SUS, ESF, Modelo de Atenção, Educação Permanente, PNH e discutir a reorganização do processo de trabalho a partir das linhas de cuidado definidas pela SES. Ressalte-se que essa oficina pode ter influenciado as respostas dos profissionais, uma vez que vários temas abordados nos questionários e no

grupo focal referiam-se ao acolhimento e à PNH, abordados anteriormente na oficina. A aplicação dos questionários ocorreu cerca de seis meses após a oficina realizada pela SES/DF.

Com base na análise dos questionários aplicados aos profissionais e usuários, foram obtidos temas disparadores (acolhimento, atendimento, aspectos positivos e negativos do posto e ambiência) para a realização de um grupo focal. Este consistiu-se em uma reunião em grupo somente com profissionais, com duração de cerca de duas horas, na qual um estudante fez o papel de moderador, o outro observou a dinâmica da reunião e fez anotações, incluindo atitudes não verbais dos profissionais e o terceiro realizou a gravação em áudio.⁹ A orientadora não participou do grupo focal para não influenciar os participantes.

A discussão em grupo ocorreu em junho de 2011 e contou com a participação de doze profissionais. Inicialmente, o moderador estabeleceu algumas regras de convivência, esclareceu a finalidade e o formato da discussão, além ressaltar a importância da participação de todos. Em seguida, apresentou alguns dados coletados nos questionários aplicados aos usuários e aos profissionais. Utilizou-se um roteiro para orientar o trabalho do moderador e contribuir para que todos os objetivos fossem alcançados.

O conteúdo da gravação foi transcrito de forma integral e lido exaustivamente. Posteriormente, separado em unidades de significação por meio de recorte de frases que foram selecionadas pela relevância e densidade. Assim, foram elaboradas categorias: acolhimento; falhas na gestão e questão social; visão imediatista e desconhecimento do usuário; vínculo. Essas categorias foram utilizadas para a descrição dos resultados e análise do projeto.⁹

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (Protocolo nº 416/10). Foi solicitada autorização por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais e usuários selecionados. Todos os participantes receberam informações sobre o estudo e foram convidados a participar voluntariamente deste.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Acolhimento

Quando questionados sobre o significado do termo acolhimento, surgiram diversas opiniões entre os profissionais entrevistados. Alguns com uma visão mais romantizada e outros compreendendo como sendo apenas o primeiro contato com o paciente. Porém, ao se reunirem as diversas opiniões sobre a definição das equipes quanto ao tema acolhimento, pode-se perceber alguma familiaridade com o termo:

“Acolhimento é ser humano e se doar sem esperar nada em troca, é amar ao próximo, é acolher com a expectativa que algum dia vai melhorar. Eu trabalho assim, porque se for pensar nos pontos críticos, eu não vou acolher ninguém, eu vou me trancar ali dentro e vou ficar ali escondida.”

“Acolhimento é que a gente deve tratar humanizadamente todo ser humano.”

“Acolhimento é o primeiro contato, né, que tem entre o paciente e o profissional.”

“Acolhimento é desde o guarda até a doutora.”

Dessa forma, ao se comparar o acolhimento preconizado pelo MS e o acolhimento sob o ponto de vista dos profissionais do PSU 01, pode-se perceber que estes ainda não compreendem o termo na sua ampla significância, mas há um direcionamento importante de como, quando, onde e quais pessoas devem acolher o usuário.¹⁰ A maioria dos profissionais pesquisados sabe que o acolhimento deve ser realizado por todos que trabalham no posto. Alguns responderam que o usuário deve ser acolhido em todos locais da unidade de saúde, refletindo a correta percepção de que não é somente no primeiro contato com o usuário que deve ocorrer o acolhimento, embora esse primeiro momento seja estratégico para toda a relação.¹¹

O MS preconiza uma educação permanente, na qual se indica que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos Polos de Educação Permanente e às instituições de formação.¹⁰ Entretanto, ao analisar as entrevistas, foi observado que os profissionais ingressam no mercado de trabalho sem a devida capacitação quanto às diretrizes da PNH. Além disso, algumas instituições de ensino apresentam uma visão mais tradicional, centrada na doença, dificultando a integralidade da assistência.

“Então assim, até você passar essa noção de atendimento, de acolhimento, do que é humanização, não depende só de uma pessoa, depende de tudo.”

Pode-se questionar sobre algumas dificuldades encontradas no processo de capacitação ou transmissão do conhecimento, uma vez que, mesmo após a oficina de humanização realizada no posto, alguns profissionais afirmam que a capacitação ocorreu de maneira tardia, e teriam aprendido a acolher “na marra”, por meio das situações enfrentadas no cotidiano.

“Ninguém nunca chegou e deu um curso, depois que a gente

já tava sabendo é que eles vieram com esse negócio de curso, aí não precisava mais não, então a gente fez o acolhimento assim na marra.”

Essa realidade deve ser observada com preocupação, uma vez que o acolhimento é uma das principais estratégias da PNH, como uma ação direcionada pelo princípio da humanização do cuidado, sendo necessário dispensar esforços para a sua implementação.¹⁰ Alguns autores destacam a importância do acolhimento como um direcionador de estratégias de atendimento, sendo a primeira ação a ser realizada por toda a equipe. Outros salientam que profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS) precisam estar preparados para esse tipo de atendimento, sendo necessária a capacitação das equipes de saúde por meio de estratégias educativas.^{12,13}

Apesar de a maioria dos profissionais entrevistados se considerar acolhedora, na análise do discurso das respostas dadas, ficaram evidentes as dificuldades para realizar o acolhimento. Dentre essas, destaca-se a sobrecarga de trabalho e o revezamento de funcionários, assumindo funções que nem sempre lhes foram destinadas. Na tentativa de suprir a ausência de outros profissionais no local, há também certa rotatividade dos profissionais contratados que, geralmente, permanecem no serviço por pouco tempo, prejudicando a longitudinalidade do cuidado e a construção do vínculo. Outro ponto destacado foi a pequena infraestrutura e a inadequação do local, o que dificulta a realização efetiva do acolhimento.

“Então assim, é [...] são muitas barreiras que o próprio funcionário enfrenta, então não tem como existir realmente acolhimento adequado, infelizmente aqui não tem como, e a gente já faz muito aqui porque pelo menos a gente dá um bom dia pro paciente, coisas que você vai num hospital desses, você não vê.”

“Quando ele vem até nós pra procurar esse atendimento, o que é que a gente deveria fazer? Pelo menos escutar, né? Esse seria o acolhimento ideal. Procurar ouvir, saber suas angústias, seus anseios, e isso infelizmente não dá tempo para fazer. A gente já chega ‘ó infelizmente não dá, procure o pronto-socorro’ é assim que está sendo feito aqui, mas é porque a gente quer? Não é. Pelo menos quando eu entrei aqui, eu entrei com uma visão diferente, eu tentei [...] aliás, eu entrei com a intenção de ser diferente, de mudar, de realmente ser acolhedor, mas infelizmente isso eu não to conseguindo fazer, tanto eu quanto os outros também [...]”

“Igual ali tá escrito acolhimento, mas não é o acolhimento, é a triagem. [...] É não tem uma sala assim, um lugar, tipo

assim, a pessoa chegou ‘ah eu queria uma informação’, ‘ah vai ali no acolhimento’, não tem.”

Embora com todas as dificuldades, os profissionais mostram-se dispostos a tratar os pacientes de forma mais humanizada. Alguns destacam a questão do vínculo, estabelecido por meio da proximidade entre profissionais e usuários, conhecendo-os, chamando-os pelos seus nomes e mantendo um bom relacionamento. A importância do vínculo entre usuários e as equipes é ressaltada por meio da responsabilização dos profissionais, tornando-se referências seguras e promovendo o “empoderamento” dos usuários, o que é possível ser obtido a partir da construção de um novo modo de agir na produção do cuidado.¹⁴ A conquista da confiança dos usuários pode ser efetivada com atos simples como dar boas-vindas¹⁵, o que vai ao encontro de opiniões relatadas pelos profissionais do PSU 01:

“Penso que nunca é tarde para a gente tentar, tentar tratar melhor a pessoa, tentar falar pelo menos um bom dia, olhar nos olhos, aquela coisa assim mais humana sabe, como se fosse sua mãe e pensar, imagina se minha mãe chegasse aqui agora, como que eu ia falar pra ela [...]”

“Qualquer um que chega aqui, geralmente ele sabe, ele chama pelo nome, ele sabe que ele é o agente, é o X, é o Y, é o Z, então o tal do acolhimento todo mundo tem porque, ele fala o seu José, o seu José chama a gente pelo nome, em outro lugar você não vai ter isso.”

A análise dos discursos remete à reflexão sobre a diferença entre o “dever” e o “desejar”. O “desejo” é traduzido como a energia que é capaz de mobilizar os sujeitos e o seu protagonismo, dando novo significado ao modo de fazer o cuidado.¹⁵ Essa linha de raciocínio refere-se à importância de despertar no profissional de saúde, principalmente naquele que trabalha diretamente com tecnologias leve e leve-dura, a responsabilização pelo cuidado, por meio de um bom serviço de acolhimento, dando atenção integral, ouvindo as necessidades dos outros com empatia e vínculo bem estabelecido.¹⁶

“O acolhimento, mesmo que você não quiser acolher o paciente, você vai tá no mercado e vai ter que acolher, então é uma coisa que todos nós que moramos aqui, os ACS, você acolhe em todos os lugares então é mais ou menos igual, você acolhe o cara em todos os lugares, acolhe aqui dentro, acolhe na rua, acolhe na sua folga, em casa você acolhe, então é basicamente igual para todo mundo.”

Quando se trata do fluxo de pacientes pelas Unidades

Básicas de Saúde (UBS), diversos autores relatam a dificuldade encontrada pelos usuários em conseguir orientação sobre para onde devem ir e como proceder.¹² Em relação ao PSU, a equipe parece compreender a importância de se ter um serviço que auxilie o usuário, direcionando-o dentro da unidade ou para outros serviços de referência, tal como acontece em Heliópolis após a implementação do programa “Posso Ajudar? - Amigos da Saúde”, quando a prefeitura de Belo Horizonte resolveu qualificar a recepção aos pacientes do SUS, promovendo um serviço acolhedor, ágil e bem instruído para orientar os usuários pelo local de atendimento.¹⁷

“Aí chega pro guarda e fala assim ‘como que eu faço?’, ‘espera aí que eu vou chamar’, entendeu, aí como é pouco funcionário, aí às vezes não dá [...] então assim eu acho que deveria ter uma direção quando o paciente chegasse.”

Falhas na Gestão e Questão Social

A análise dos discursos revelou que os profissionais de saúde empenham-se em suas respectivas tarefas, contudo as falhas no sistema de saúde prejudicam o bom andamento dos trabalhos e das relações com os usuários. Como exemplo disso, pode-se mencionar que o projeto Humaniza SUS preconiza “a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde, além de um compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento”.¹ Observou-se que não há recursos humanos e materiais suficientes para proporcionar um bom atendimento ao usuário no PSU 01. Soma-se a isso a infraestrutura precária, aspecto que dificulta o acesso a uma assistência à saúde de qualidade.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, a ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.¹⁸ O conceito de ambiência tem como eixos norteadores o espaço que visa à confortoabilidade, focalizando a privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos; o espaço que possibilita a produção de subjetividades (encontro de sujeitos); e o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. Valorizam-se elementos do ambiente que interagem com as pessoas, tais como cor, cheiro, som, iluminação e morfologia, garantindo conforto aos trabalhadores e usuários. Convém ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo essa subdivisão apenas didática.

Ao analisar os dados coletados nos questionários, foi possível observar que, de uma forma geral, a maioria dos profissionais tem noção adequada acerca do conceito de ambiência, contudo alguns apresentaram dificuldades para expressar o conceito preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Observou-se, também, que outros profissionais estabelecem uma relação com o espaço físico, sem, entretanto, relacioná-lo com os usuários. A análise dos discursos revelou que os profissionais almejam mudanças estruturais no posto, visto que a infraestrutura não comporta adequadamente três equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Um exemplo disso é o fato de pacientes que necessitam de atendimento relacionado ao arquivo serem, na maioria das vezes, atendidos do lado de fora do posto, em decorrência do pequeno espaço físico. Entretanto foram ressaltadas pelos profissionais algumas mudanças na unidade que contribuem para a melhoria da convivência e das relações de trabalho.

“O problema não é porque a gente quer atender lá fora. Não é isso. O problema é porque a gente não tem o espaço físico.”

“A ambiência melhorou bastante, tanto físico né [...] antes aqui era um azul escuro depressivo, né? As salas eram super escuras, pra elas colherem prevenção era um sacrifício, segurar a lâmpada na cabeça assim [...] o bicho caindo [...] Era complicado, tinha vez que a gente tinha que ir lá ajudar a colher a prevenção segurando o foco e tudo, uma coisa, né?”

“A gente tentou melhorar e continua tentando melhorar em algumas coisas, a ambiência, assim, deu uma melhorada boa de um ano pra cá. A gente foi né, tentando e assim a gente vai tentando cada vez mais até chegar à nossa tão esperada, né [...] ampliação do posto, a gente sonha com isso [...]”

As falhas na gestão em saúde prejudicam a execução das funções dos profissionais, além de influenciar negativamente a relação destes com os usuários. Na percepção dos trabalhadores, a falta de medicamentos, por exemplo, dificulta a formação do vínculo com os usuários, visto que estes, muitas vezes, imbuídos de revolta, atribuem a culpa dos problemas no atendimento aos profissionais de saúde; sem imaginar, no momento, que os entraves podem ser, por exemplo, decorrentes de falhas dos gestores responsáveis pela área em questão. “Não há como propor humanização da gestão e da atenção sem propor um equilíbrio maior de poderes nas relações entre trabalhadores dentro da organização e na relação da organização com o usuário.”¹⁹

“A gente tá tentando, mas a gente nem sempre consegue como os meninos falaram; a gente tenta, a gente faz o que a gente pode, mas não depende de mim, não depende dos meninos, não depende só da atenção básica, depende da esfera como um todo.”

“[...] tem que começar lá de cima, não adianta você começar aqui debaixo e lá em cima eles serem decepcionados, é por isso que eles chegam aqui e eles se decepcionam mais, mais e mais. Porque o que a gente faz aqui é pouco, em vista do que eles estão precisando.”

A análise da percepção dos profissionais acerca das falhas na gestão demonstra que o sentimento destes é de descrédito em relação às promessas do governo. Assim, muitos deles se reúnem e buscam, dentro de suas possibilidades, soluções para determinados problemas. Além disso, é enfatizada a importância da busca pela resolutividade, isto é, a relevância de cada trabalhador exercer sua função de maneira adequada e, dessa forma, montar uma “corrente de trabalho” em prol do bem-estar da população.

“[...] aí qual foi a promessa deles: que eles iriam colocar o toldo e tudo mais, e a gente tá esperando o toldo, mas a gente é brasileiro, a gente tem esperança.”

“[...] a gente tem que tomar a iniciativa e fazer, e tudo isso que é feito, toda mudança que é feita no posto, não é aleatório; ela tem que ter permissão, então essas mudanças são feitas com o conhecimento e o consentimento da Regional.”

É importante destacar algumas contradições presentes na análise dos discursos. Observou-se que os profissionais afirmam que o sucesso da gestão depende da “esfera como um todo”, isto é, envolvendo eles próprios, os gestores e a população. Entretanto também foi perceptível, nas falas, certo grau de independência dos profissionais quanto às mudanças que têm de ser realizadas dentro do posto de saúde. Essa independência refere-se ao fato de que, insatisfeitos com o andamento da gestão, alguns profissionais acreditam que eles próprios podem fazer algo para alterar a situação vigente.

Sabe-se que a mídia exerce grande influência sobre opinião pública e, em virtude disso, os meios de comunicação podem, por exemplo, manipular a visão dos usuários acerca dos profissionais de saúde. Segundo alguns autores, a população pode apresentar alteração de comportamento dependendo da maneira como a informação é veiculada.²⁰ Por exemplo, se é transmitida a informação de que muitos recém-nascidos estão indo a óbito, em uma determinada maternidade, em virtude de certa contaminação, é prová-

vel que os indivíduos compareçam com menor frequência a essa instituição. Nesse sentido, a mídia exerce uma influência positiva sobre a vida da população, colaborando para o bom andamento de questões que envolvem a saúde pública. Em contrapartida, observa-se que os meios de comunicação também podem denegrir, indevidamente, a imagem de um profissional de saúde, prejudicando a relação do trabalhador da saúde com o paciente.

“Na televisão você não vê falar coisa boa da saúde, lá você já viu falar que nós, agentes de saúde, batemos na porta do cara, para entregar uma consulta? Você nunca vai ver isso na televisão. Você só vai ver o hospital cheio. Lá fala que, por exemplo, o paciente que tem diabetes, ele chega a qualquer momento aqui, ele vai ser atendido, se ele tiver passando mal, pode tá cheio de paciente aqui, a Dra vê ele, ninguém fala que os pacientes têm toda aquela agenda de criança, de gestante, de diabético, de hipertenso, tudo é agendado, tudo é bem organizadinho. Cê num vê essa coisa que funciona [...]”

“Então olha a diferença, você tem o conforto de o agente comunitário vir na sua porta, entregar a sua consulta, ter que andar 5 minutos, chegar lá, ser atendido da mesma forma; só que aí pela televisão, pelo vizinho, todo mundo fala mal. Aí você cria esse preconceito e não valoriza, e aí uma responsabilidade que a população tem também porque ela também é a cogestora disso aqui [...]”

Visão Imediatista e Desconhecimento do Usuário

Ao analisar as entrevistas, foi possível observar a visão imediatista de alguns usuários, em virtude do próprio desconhecimento acerca das reais atribuições da ESF. Esse desconhecimento pode acarretar um desarranjo na relação usuário-profissional de saúde como exposto na fala abaixo:

“Então, quer dizer, eles não sabem diferenciar isso, que cada pessoa é uma pessoa e ela precisa ser olhada como aquela pessoa que tá entrando. Então eles não entendem isso [...] ‘Ab porque o médico tá demorando tanto com fulano?’ ‘Ab comigo foi rápido’. Sim, o meu problema às vezes não é tão difícil de se resolver quanto o do outro paciente; então eles não conseguem fazer essa diferenciação; então eles reclamam muito disso e o médico do PSF, ele não é médico de pronto-socorro.”

Em seus relatos, os funcionários do posto afirmam que muitos usuários possuem uma visão centralizada no modelo tradicional de saúde, cujo cerne é a doença e

não o doente. Sendo assim, muitos buscam o tratamento medicamentoso imediato e apresentam dificuldades para compreender os princípios do PSF.²¹

“Nos dias de consulta, a gente realiza a orientação; todos os enfermeiros, os técnicos de enfermagem, os agentes de saúde, a gente dá orientação. Então a gente percebe que a adesão é pouca né, assim são poucos que prestam atenção, que para pra ouvir a palestra, a orientação, porque a população já tem em mente que o que vai resolver o problema deles é a medicação. Eles não acreditam na promoção e na prevenção da saúde.”

“Eles tão acostumados com aquela medicina curativa e hospitalocêntrica.”

“Ele não tá acostumado com prevenção, promoção e educação. É isso que a gente procura fazer aqui.”

“[...] eles não aceitam PSF. É uma coisa que é assim, é difícil colocar na cabeça deles, quer dizer, a promoção da saúde, eles querem só remédio, querem atendimento.”

Segundo Besen²² as atividades centrais, na rede básica, limitam-se à consulta médica, realizada como pronto atendimento. Isso é a consequência do modelo ainda centrado na atenção individual e hospitalar. Além disso, o autor discorre sobre a falta de recursos humanos, financeiros e de gestores que ajudem desconstruir esse paradigma. Durante a consulta, o profissional da saúde percebe-se impossibilitado de atender o indivíduo, considerando sua história de vida e suas particularidades, devido à cultura imediatista. As condutas para cada caso, singulares por natureza, são apresentadas aos usuários de modo que não há tempo e espaço adequados para a promoção da saúde.²³

Ao analisar o discurso dos profissionais de saúde do PSU 01, percebe-se que o pensamento imediatista, muitas vezes, está enraizado nos preceitos da própria população. Essa maneira de pensar vai de encontro aos interesses da atenção primária. Observa-se, por meios dos discursos, que os usuários não compreendem as verdadeiras atribuições de uma unidade básica de saúde, confundindo-as com o serviço de pronto atendimento, o que dificulta a relação entre os profissionais e os usuários. O paciente que procura o serviço de emergência busca uma solução imediata para suas manifestações, depositando na instituição e nos profissionais que ali atuam a esperança para resolução do seu caso.²⁴

“[...] a pessoa nunca vai ter quando ela precisa, porque ela acha que ela tem que ter naquele momento, e não é assim

que funciona.”

“Eles chegam e falam ‘eu quero agora’ e pronto; aí se ‘Olha não tem mais encaixe, não tem como, isso é um PSF, é uma unidade básica, é assim que funciona’; então ‘não fui bem atendido’, ou então ‘eu nunca fui atendido nesse lugar.’”

No posto de saúde, cenário da pesquisa, a consulta é agendada por grupos pré-estabelecidos (hipertensos, diabéticos, crescimento e desenvolvimento, gestantes, saúde da mulher e saúde do adulto) organizados por ordem de chegada, respeitando os atendimentos preferenciais. Há espaço para demanda espontânea de emergências possíveis de resolução dentro da atenção básica, sendo incluída na agenda dos médicos e enfermeiros na forma de “encaixe.”

Foi observado nos questionários aplicados que o usuário não possui uma ideia exata das reais atribuições do PSF. O guia do usuário do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso relaciona o conhecimento dos serviços ao protagonismo do sujeito: “[...] entendemos que um usuário, mais informado sobre os serviços e as regras para a utilização dos mesmos e sobre os seus direitos e deveres, poderá desempenhar um papel ativo na busca da melhoria das condições de saúde e da qualidade destes serviços.”²⁵

O controle social, recurso não observado no cenário estudado, compreende a organização de diversas instituições sociais, que buscam o acesso à informação e à democratização das decisões tomadas, visando à harmonia e ao bem-estar coletivo.²⁶ O usuário deve atuar com protagonismo junto à equipe de saúde para conhecer melhor a realidade que o cerca. Entretanto, segundo os profissionais, a população não apresenta iniciativas concretas para mudança das queixas recorrentes.

“Eles sabem falar muito, muita potoca, mas na hora da agir, de montar o Conselho, de correr atrás ninguém vai. Quantas ouvidorias aqui que a gente respondeu? Nenhuma, praticamente. Sabe por quê? Porque eles falam, mas não agem. Quantas ouvidorias que tem o médico, por mau atendimento? Nada praticamente.”

Vínculo

Os profissionais, principalmente os agentes comunitários de saúde (ACS), relataram, durante o grupo focal, que a relação estabelecida com a comunidade é de intimidade, respeito e confiabilidade; e, por meio dessa relação, é construído o vínculo usuário-profissional. A partir disso, ocorrem manifestações de afeto, carinho e confidencialidade. O afeto e o carinho, demonstrados nos abraços e

beijos distribuídos a cada encontro; a confidencialidade, representada pelo segredo familiar ou pessoal compartilhado ao profissional. Essa credibilidade cria relações de confiança, de modo que os usuários abrem suas residências para receber os agentes de saúde, relatam seus problemas pessoais, colaborando para que as demandas sejam solucionadas ou encaminhadas, assegurando a continuidade da relação saudável agente-comunidade.²⁷

“Tipo parte da família mesmo né; têm uns pacientes que chega, beija a gente, abraça.”

“Eles chegam assim pra nós, geralmente quando eles têm esses problemas assim um pouquinho mais graves, ou então eles, eles pedem pra poder falar em particular, ou então chama a gente num canto.”

Foi possível identificar nas falas que o profissional entende sua importância na relação com o usuário, ao perceber que a visita domiciliar tem o poder de estabelecer respeito e, diante de situações adversas, pode influenciar a busca da paz nas relações familiares.

“Com a nossa presença a briga acaba ‘Ó parou, porque a G. chegou’, já aconteceu isso na minha área, muitas vezes, tipo assim, depois pode até começar a brigar, mas o respeito, eles têm o respeito, pede desculpa.”

Entretanto, através da análise do discurso, verifica-se o paradoxo que se estabelece na relação usuário-profissional. Os profissionais demonstram muita vontade de ajudar o usuário, uma vez que existe o vínculo, porém o usuário, muitas vezes, não compreende quando o profissional não consegue atender à necessidade do paciente prontamente, mesmo que o profissional seja comprometido e interessado em ser resolutivo na maioria das situações. Essas atitudes por parte da comunidade geram no profissional sentimento de frustração e decepção, além de desmotivar a promoção de outras iniciativas, como é visto na fala abaixo.

“Quanto mais você faz pelas pessoas, aí parece que mais problema aquilo te causa, quanto mais boa vontade você tem com as pessoas [...] eles confundem; parece que educação; eles acham que você é empregado deles.”

Os ACS são vistos como representantes legítimos do poder público local, sendo assim alvos de solicitações que vão além das suas atribuições e, com a negativa, resposta esta não desejada, são vistos pelo usuário como incompetentes ou desnecessários ao serviço.²⁸ Frequentemente,

essa situação descrita é vivenciada pelos profissionais do PSU 01. Os relatos demonstram que a maneira de agir e falar dos usuários influencia na conduta dispensada à comunidade. A gentileza ou a grosseria dos usuários determina como será oferecido o acolhimento.

“No mínimo o que você espera é um bom dia, boa tarde, coisa que às vezes uma pessoa que você ajuda ali [...] que é obrigação nossa, mas, educação também é uma coisa que, que a gente espera e às vezes nem isso a gente tem e aí acaba causando uma frustração e aí você cria uma barreira né, e aí acaba não tendo esse, esse atendimento humanizado, desse, acolhimento humanizado.”

O ACS, pelo fato de residir na comunidade em que atua, apresenta o diferencial do restante da equipe, ou seja, desenvolve suas atividades laborais na mesma área em que se relaciona socialmente com seus vizinhos. Contudo esse benefício tem gerado transtornos, ausência de privacidade, conforme relatado a seguir. No bairro, é possível encontrar usuários que não respeitam o período de repouso do profissional, fazendo solicitações relacionadas ao trabalho em horário indevido. Percebe-se que a vida privada e a vida pública dos agentes são separadas por uma tênue linha. Para Rios²⁸ “[...] o campo de trabalho do ACS é também um campo de batalha, em todos os sentidos.” O cotidiano do ACS se torna carregado de tensões sociais e psíquicas que fazem parte do exercício de sua tarefa e interferem no seu próprio bem-estar e vida pessoal.²⁷

“Todos nós estamos ficando com trauma de sair, dia de feriado, fim de semana na rua, a gente só sai de carro com os vidros tampados, levanta os vidros até lá em cima e sai.”

“Não tem nem a sua liberdade e ainda é criticado por isso.”

Foi identificada situação semelhante em um grupo focal realizado em Pirituba/SP, de maio a agosto de 2005 e composto por 16 agentes. Verificou-se que o fato do ACS residir na microárea pode gerar constrangimentos a si e a seus familiares, pois os usuários os assediam em locais públicos ou em suas residências em qualquer horário, e sequer respeitam o fato de estarem acompanhados de seus familiares: “Somos agentes 24 horas. Não tem folga, não tem final de semana, em todos os momentos na comunidade perguntam tudo, eles não separam.”²⁷

O espaço de trabalho que é público se confunde com o viver particular do agente, que, nesse caso, também se torna público. Essa hiperexposição e sobreposição da vida privada e da vida pública terminam criando situações de extrema porosidade e de sofrimento psíquico adicional.²⁷

CONCLUSÃO

Apesar de a equipe como um todo demonstrar um conhecimento satisfatório sobre o acolhimento, na prática, a real implementação ainda não ocorreu. Observou-se que o número insuficiente de profissionais acarreta sobrecarga de trabalho e revezamento de profissionais entre as diversas funções desenvolvidas no PSU 01. Essa foi uma das principais queixas relacionadas à dificuldade em promover um bom acolhimento. Há também rotatividade de profissionais, restringindo a produção de vínculo e a continuidade do cuidado. A infraestrutura inadequada e o pouco treinamento das equipes sobre o processo do acolhimento também foram observados.

Embora haja certa rotatividade de profissionais, o vínculo foi estabelecido e, assim, havendo proximidade usuário-profissional, o acolhimento, de alguma forma, é facilitado. Por outro lado, o fato de o usuário não reconhecer os esforços do profissional em proporcionar um atendimento melhor, contribui para que o acolhimento não ocorra como preconizado, havendo assim o desestímulo para iniciativas inovadoras.

Percebe-se a necessidade de repensar maneiras eficazes de promoção do acolhimento, além da implementação de um serviço voltado especificamente à orientação do usuário no cenário da pesquisa. Dessa forma, pode-se promover um atendimento mais humanizado, ágil, orientado pela tecnologia das relações, baseado em bons diálogos, identificando as necessidades dos usuários e procurando solucioná-las.

O estudo evidenciou que os profissionais de saúde se empenham para cumprir suas respectivas competências, contudo não conseguem o êxito almejado em virtude das falhas na gestão do SUS, sendo a carência de recursos humanos e de materiais o quesito mais ressaltado pelos profissionais.

Observou-se que os profissionais sentem-se frustrados com a influência negativa dos meios de comunicação em massa sobre a população, sendo veiculados, na maioria das vezes, apenas os aspectos negativos da assistência e do atendimento, o que acarreta muita insatisfação nos trabalhadores da área da saúde.

Quanto à ambiência, a pesquisa revelou que os profissionais conhecem, em parte, o conceito de ambiência, apresentando dificuldades para expressar aquilo que é preconizado pelo MS acerca desse tema. Ressalta-se a questão da infraestrutura do posto, que necessita ser ampliada a fim de proporcionar um ambiente adequado de trabalho e uma assistência de melhor qualidade.

Por meio deste trabalho, pode-se perceber que um usuário mais ativo, provavelmente, saberia diferenciar a

APS de outros níveis de atenção à saúde (secundário e terciário). Propõe-se, para melhorar o atual quadro e a relação profissional-usuário, a confecção de um *banner* explicando o que é um PSF e quais as verdadeiras funções de uma unidade básica de saúde, diferenciando-a das unidades hospitalares, principalmente, do pronto-socorro. É preciso, também, junto aos profissionais do posto, re-discutir formas de incentivar o protagonismo do usuário.

Nota: Este estudo é resultante de atividades desenvolvidas pelo PET – Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), uma iniciativa do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2008.
3. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15:345-53.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Londero S. Re-inventando o acolhimento em um serviço de saúde mental [dissertação]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão e formação nos processos de trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Mello IM. Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. [Citado 2012 abr. 05]. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br>>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão participativa / Co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília: MS; 2006.
11. Inojosa RM. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. In: X Congresso Internacional Del CLAD sobre La Reforma Del Estado y de La Administración Pública, Santiago, Chile, 18-21 Out. 2005.
12. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14:1523-31.
13. Torres HC, Lelis RB. Oficina de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. *Ciênc Enferm*. 2010; 16(2):107-13.
14. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2):345-53.
15. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2005. p.181-93.
16. Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. São Paulo: Hucitec; 1997.
17. Minas Gerais. Prefeitura de Belo Horizonte. [Homepage]. [Citado 2011 set. 22]. Disponível em: <<http://fr.pbh.gov.br/?q=pt-br/content/atendimento-humanizado-com-o-posso-ajudar>>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Ambiência*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
20. Akira F, Marques AC. O papel da mídia nos serviços de saúde. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(3):229-50.
21. Garbois JÁ, Vargas LA, Cunha FTS. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. *Physis*. 2008; 18(1):27-44.
22. Besen CB, Netto MS, Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como objeto de

educação em saúde. *Saúde Soc.* 2007; 16(1):57-68.

23. Gonçalves CAV, Machado AL. Vivendo com a depressão: histórias de vida de mulheres. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(3):461-6.

24. Souza RB, Silva MJP, Nori A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007; 28(2):242-9.

25. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Guia do usuário. Sistema Único de Saúde. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde; 2002.

26. Mendes R. A emergência e o protagonismo dos sujeitos. Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo; 2008.

27. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2009; 13(28):123-35.

28. Rios IC. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora; 2009.

Submissão: maio/2012

Aprovação: março/2013
