

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**  
**MARILENE FERNANDES**

**ACOLHIMENTO HUMANIZADO DOS USÁRIOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

**MIRANDA**  
**MARÇO/2016**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE  
MARILENE FERNANDES

ACOLHIMENTO HUMANIZADO DOS USÁRIOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a  
Pós-Graduação Lato Sensu Gestão em Saúde-  
Modalidade a Distância da UEMS.  
Orientadora: Evelin Jaqueline Lima dos Santos

MIRANDA  
MARÇO/2016

"Que o branco de cada dia nos traga a paz do cuidar, o amor do acolher, e a força de não desistir."

*(Evandro Horst)*

## RESUMO

O trabalho apresentado é uma dissertação monográfica sobre o acolhimento humanizado nas unidades básicas de saúde, com pesquisa bibliográfica a partir da literatura que aborda o assunto. Na construção do referencial teórico foram consultadas leis e normas institucionais, assim como obras de autores que discorreram sobre o tema. Na construção dos resultados e discussões foram trabalhadas as obras de: Luz (2012), Silva Junior *et al* (2010), Pontes (2010), Silva e Benito (2013), Souza *et al* (2008), Maynard *et al* (2014), Lima *et al* (2014), Medeiros *et al* (2010). Estes autores mostraram a existência de pontos de estrangulamentos e ações exitosas na implementação da acolhida humanizada em algumas unidades públicas de atendimento em saúde. Ficou claro pela pesquisa realizada na bibliografia especializada, que alguns fatores persistem como obstáculos à uma efetiva implantação do programa, principalmente quando se aborda a escuta qualificada, entre eles a não qualificação dos profissionais em saúde e demanda excessiva. Embora se reconheça que o caminho esteja sendo percorrido, é feito de forma muito lenta e ainda resta muito a ser trabalhado para se alcançar uma qualidade ideal em relação ao acolhimento humanizado.

**Palavras-chave:** Humanização. Acolhimento. Escuta qualificada. Unidade Básica de Saúde.

## **ABSTRACT**

The work presented is a monographic dissertation on humanized care in basic health units with literature from the literature that addresses the issue. In the construction of theoretical laws and institutional rules were consulted, as well as works of authors who wrote about the subject. In the construction of the results and discussions the works were worked in: Light (2012), Silva Junior et al (2010), Bridges (2010), Smith and Benito (2013), Souza et al (2008), Maynard et al (2014) Lima et al (2014), Medeiros et al (2010). These authors showed the existence of points of bottlenecks and successful actions in the implementation of humanized welcome in some public health units in attendance. It was clear from the survey conducted in the relevant literature, that certain factors persist as obstacles to an effective implementation of the program, especially when it deals with qualified hearing, including the non qualification of professionals in health and excessive demand. While recognizing that the path is being traveled is done very slowly and much remains to be worked to achieve an optimal quality in relation to the humanized care.

**Keywords:** Humanization. Host. qualified hearing. Basic health Unit.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	7
REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .....	11
2.2 SERVIÇOS PÚBLICOS .....	13
2.2.1 Qualidade nos Serviços Públicos.....	14
2.2.2 Qualidade e Satisfação.....	15
2.3 GESTÃO DA QUALIDADE.....	15
2.4 ATENDIMENTO NAS UBS .....	17
2.4.1 Humanização do Atendimento .....	18
METODOLOGIA .....	20
RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	21
4.1 PONTO DE ESTRANGULAMENTO .....	21
4.2 QUESTÃO DE ÊXITO .....	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	30
REFERÊNCIAS.....	32

## INTRODUÇÃO

Considerando o que preconiza a Política de Saúde em vigor no Brasil, é através dos serviços de atenção básica – principalmente as UBS e as UESF – que a população tem acesso à rede de saúde. Esta rede, por sua vez, deve estar apta não apenas a acolher a população, mas principalmente resolver os problemas de saúde verificados, que crescem em volume a cada ano em função do aumento da demanda, o que significa oferecer um atendimento de qualidade que seja perceptível pela clientela.

Quase três décadas e diversas regulamentações depois da definição da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, acesso universal e integralidade não são conceitos exatamente percebidos pelos usuários do SUS. O que se verifica é um conjunto de ações reativas, onde o modelo de atenção é quase exclusivamente o atendimento da queixa do usuário, onde são priorizados procedimentos e número de consultas.

Diante dos desafios existentes, impõe-se a necessidade de consolidar novos conceitos e práticas no atendimento aos usuários do SUS, como a efetiva implementação do programa de acolhimento e humanização, possibilitando melhorar a qualidade da prestação de serviços em saúde, que proporcione a criação de espaços de trabalho menos alienantes, redução de fila de espera, valorização do trabalho na saúde e resolutividade no atendimento.

Apesar das corriqueiras reclamações de usuários quanto ao atendimento prestado na rede de saúde pública, pesquisa realizada em 2011, sob responsabilidade do Núcleo de Pesquisa da Ouvidoria Geral do SUS, mostra um elevado grau de satisfação dos usuários (BOLZAN *et al*, 2016).

Entre as características da percepção estão o fato dela ser pessoal e seletiva. Pessoal em função da diversidade de interpretação entre os atores, uma vez que ela se baseia em concepções de valores, crenças, experiências e mesmo do estilo de vida. Seletiva porque cada ator considera quais estímulos são relevantes para atender suas necessidades ou expectativas, deixando de lado outros que considera irrelevantes.

A literatura mostra que o SUS tem passado por reformas visando chegar à universalidade do atendimento, assim como melhorar a resolutividade, adotando estratégias diversas. Entre as medidas estão o fortalecimento da gestão democrática e do controle social, com destaque para os conselhos e as conferências de saúde. Apesar disso, a mídia tem mostrado pontos de estrangulamento que comprometem a qualidade dos serviços prestados e gera insatisfação dos usuários.

Aparentemente as reclamações diferem de um lugar para outro, o que implica em se avaliar as reclamações de forma pontual e pela perspectiva dos usuários. O usuário não se manifestar diante de uma insatisfação não significa, necessariamente, não desenvolver conceitos negativos em relação ao serviço prestado.

Entre as ferramentas que permitirão a implantação de uma política de acolhimento altamente positiva, está conhecer os níveis de satisfação dos usuários frente aos serviços prestados pelos SUS, fornecendo dados capazes de permitir a adoção de estratégias para atenuar pontos de estrangulamento e instituir melhor relação entre usuários e profissionais de saúde.

Dentro da política de humanização que o SUS tem procurado implantar, o acolhimento é um dos pontos fortes, uma vez que através dele as instituições que atendem os usuários podem reorganizar o processo de trabalho, através das demandas observadas, visando sempre melhorar o atendimento prestado.

Então, é preciso que o acolhido seja encarado não apenas pela visão de uma triagem eminentemente técnica. Essa triagem precisa ser uma espécie de escuta capaz de entender o paciente, identificar seu problema e abrir caminho para a solução. Para tanto, a equipe de saúde precisa estar convenientemente preparada, capaz de responder às demandas sociais, afetivas e psicológicas, tirando da consulta centrada no médico a varinha mágica da cura.

Isso faz com que o acolhimento humanizado seja mais que procedimentos estipulados em manuais ou ambientes estrategicamente preparados. Esse atendimento de qualidade pretendido só pode ser alcançado com o aprofundamento do conhecimento que se tem da clientela – os usuários do SUS – considerando o estabelecimento de vínculo, o processo humanizado e o atendimento integral às expectativas desse usuário. Isso só será possível ouvindo suas demandas e avaliando sua percepção da qualidade.

Entende-se que quando o usuário busca atendimento na UBS ele está fragilizado física e psicologicamente. Essa fragilidade o deixa mais susceptível às formas de tratamento recebidas. Assim, caso o acolhimento seja mais humanizado, certamente sua percepção de satisfação será maior. Infere-se com isso que buscar otimizar o acolhimento na UBS é fundamental enquanto instrumento capaz de proporcionar o bem-estar físico, social e mental do ser humano, considerando que é nele que se retrata a fragilidade do indivíduo. É na instituição de saúde que se vê mais claramente a fraqueza e a força do ser humano na luta para vencer a morte.

Assim, considerando que os usuários buscam a UBS na perspectiva de encontrar solução para seus problemas de saúde, é fundamental que tenham suas queixas ouvidas, que



recebam a atenção esperada, que possa estabelecer uma interação com os profissionais de saúde. Infelizmente é comum não sentirem a valorização das suas queixas, pois alguns profissionais mantêm a postura de que eles sabem tudo sobre saúde e o usuário não sabe nada. Isso desmerece o usuário e o conhecimento que ele tem – ou acredita ter – sobre sua própria saúde.

No sentido entendido neste trabalho, acolher significa a postura do profissional de saúde, e não um método a mais de atender o usuário com base em manuais de procedimentos frios e engessados. Neste caso, entende-se o acolhimento como um amplo processo de criação de uma ponte entre usuário e funcionário. Assim, através deste trabalho busca avaliar, através da literatura especializada, como se deve proceder a acolhida aos usuários de uma UBS.

Entende-se que é fundamental não apenas que o acolhimento seja de qualidade dentro dos conceitos técnicos. É preciso que o usuário reconheça e perceba claramente essa qualidade, o que se transforma em satisfação. Dentro deste contexto, o tema do trabalho foi definido como: “Procedimentos no acolhimento dos usuários em Unidades Básicas de Saúde”.

Para tanto, elencou-se como objetivo principal analisar os procedimentos relativos à humanização do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde. Para a consecução deste objetivo, foram definidos como secundários: a) Conhecer os procedimentos para humanização do atendimento em UBS, segundo normatização do Ministério da Saúde; b) Identificar experiências exitosas e pontos de estrangulamento nos procedimentos para humanização do atendimento sob o foco da literatura especializada.

Diante do exposto, o trabalho está centrado no problema: “Até que ponto o acolhimento na Atenção Básica em saúde está de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Humanização”.

A experiência do trabalho realizado ao longo dos anos na área da Atenção Básica em saúde permite formular a hipótese de que “a PNH ainda está em processo de implantação da Atenção Básica”.

## REVISÃO DE LITERATURA

Já na apresentação da Constituição Federal de 1988 se encontra a alusão à saúde como direito do cidadão, quando ela fala dos valores supremos de uma sociedade fundada na harmonia social, nos direitos sociais e no bem-estar social, dentre outros. Isso implica no direito à saúde, enquanto direito social (BRASIL, 2016a).

Vale destacar ainda, que no Título I a Constituição Federal expõe que, entre os princípios fundamentais, está a dignidade da pessoa humana. Sem direito à saúde não é possível se falar em dignidade da pessoa humana. Por outro lado, o Título II trata dos Direitos e Garantias Fundamentais, onde estão os direitos sociais, entre eles o direito à saúde, preceituado no artigo 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2016a).

Ainda em relação à Constituição Federal, o artigo 196, afirma que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016a).

Percebe-se a preocupação do legislador, quando da elaboração da Constituição Federal de 1988, de deixar bem claro que além de direito do cidadão, a saúde é um dever de Estado. A Constituição Federal atribuiu o status de cláusula pétrea aos direitos fundamentais (art. 60, §4º), e entre eles está o direito à saúde. Isso significa que nenhuma lei posterior, nenhum tipo de reforma, mesmo através de Proposta de Emenda Constitucional (PEC) pode diminuir a abrangência da determinação contida no art. 196 (BRASIL, 2016a).

Já o artigo 197 define a relevância que esse direito deve ter junto ao Estado, quando expõe as atribuições diretas deste: “[...] cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 2016a).

Quando fixou as diretrizes para os serviços públicos de saúde, os constituintes foram além da preocupação com a descentralização (parceria entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios) e o atendimento integral, incluindo a sociedade como participe no controle dos mesmos, como está definido no artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 2016a).

Mais de vinte anos após a promulgação da Constituição Federal, foi editada a Lei Complementar 141 (13/01/2012) regulamentando o § 3º do artigo 198 daquela Carta, dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Entretanto, para evitar o desvio de função dos recursos destinado às ações e serviços públicos de saúde, o artigo 3º da referida lei estipulou o que pode ser considerado como gasto nesse setor.

Art. 3º - Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2016b).

Percebe-se então, uma grande preocupação dos constituintes em definir na lei maior não apenas os princípios das ações e serviços públicos de saúde, mas também a responsabilidade dos entes federados pelo seu financiamento e o engessamento daquilo que constitui objeto desse financiamento.

## 2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Considerando que era necessário normatizar as ações e os serviços públicos de saúde, não apenas quanto a responsabilidade entre os entes federados, mas também quanto aos procedimentos para a equidade e universalização, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), não como sucedânea dos demais sistemas existentes, mas como algo inteiramente novo, um sistema criado a partir da Constituição Federal, para falar a mesma língua em todo o território federal.

Com o SUS, ações e serviços públicos de saúde deixam de ser restritos a determinados nichos e passam a ser universais. Passa ainda a ser um sistema único uma vez segue a mesma doutrina e os mesmos princípios no Brasil como um todo, sob a responsabilidade dos entes federados – União, Estados, Distrito Federal e municípios.

O SUS se baseia em três princípios assistenciais: universalidade, integralidade e equidade, segundo o ABC do SUS: Doutrinas e princípios (BRASIL, 1990).

I - Universalidade - considera que saúde é um direito de todos e um dever do Estado (dos entes federados) que deve garantir ações e serviços públicos de saúde a todos que necessitarem.

II - Integralidade - leva em consideração as necessidades específicas de cada pessoa ou grupo, consideradas de maneira integral e com a finalidade de promover, proteger e recuperar a saúde.

III - Equidade – assegura a igualdade de todos perante o sistema.

Ainda segundo o ABC do SUS (BRASIL, 1990) também os princípios organizacionais são três: regionalização e organização, descentralização, participação social.

1) Regionalização e organização – abrange níveis de complexidade crescente dentro de uma área delimitada e com população definida. Isso permite melhor conhecimento dos problemas da população da área delimitada, o que favorece a execução de ações em saúde pública.

2) Descentralização – é caracterizada pela definição da responsabilidade de cada nível de governo (quanto mais perto a tomada de decisão maior a probabilidade de acerto) com ênfase para a municipalização da saúde.

3) Participação social – participação da população através das entidades representativas na formulação e controle da execução das políticas de saúde, ocorrendo principalmente por meio das conferências de saúde e dos Conselhos de Saúde. Este deve ter representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço.

Entretanto, não basta que sejam oferecidos serviços públicos de saúde. É preciso que eles sejam de qualidade, proporcionando atendimento humanizado e chegando à solução dos problemas da população nessa área.

## 2.2 SERVIÇOS PÚBLICOS

De acordo com o que define o Código de Defesa do Consumidor - Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990 - por serviço entende-se qualquer tipo de trabalho prestado mediante remuneração, incluindo-se os serviços públicos de qualquer natureza, incluindo-se então, aqueles prestados aos usuários de uma Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2015c).

Segundo Cobra (1986) serviço pode ser caracterizado como transação que não envolve a posse de um bem. É um produto intangível uma vez que o cliente não tem como vê-lo antecipadamente, não pode pegar. Assim, o resultado de um serviço será sempre um sentimento – positivo ou negativo – o que significa que a qualidade da prestação do serviço é fundamental para a satisfação do cliente. Resguardadas as proporções, o conceito se aplica também nos serviços públicos, como os de saúde, uma vez que envolve um trabalho prestado mediante remuneração (profissionais de saúde) e um cliente (usuário do SUS).

A definição de serviço público não é uma unanimidade entre os autores consultados. Para alguns, ele deve ser amplo, contemplando o Executivo, o Judiciário e o Legislativo, enquanto outros consideram que ele está relacionado a responsabilidades da administração (Executivo), como MEIRELLES (2007, p. 330), por exemplo, para quem serviço público é “todo aquele prestado pela Administração ou por seus delegados, sob normas e controles estatais, para satisfazer necessidades essenciais ou secundárias da coletividade ou simples conveniências do Estado”.

Quanto à responsabilidade pelos serviços públicos, o artigo 175 da Constituição Federal (BRASIL, 2015a) afirma que compete ao Poder Público a prestação dos mesmos, seja direta ou indiretamente. Quando se fala em Poder Público, entendem-se os entes federados, de forma solidária.

Resguardada a autonomia dos entes federados definida pela Constituição Federal, a eles compete a auto-organização para as ações e serviços públicos, através de órgãos entidades e agentes (servidores), com objetivo de atender as necessidades da coletividade, observando sempre o interesse público.

### 2.2.1 Qualidade nos Serviços Públicos

Campos (1990) afirma que a qualidade é uma forma de ação destinada a colocar produtos ou serviços como enfoque principal das atividades das organizações – públicas ou privadas. Entretanto não é tarefa fácil transformar um sistema altamente burocrático em sistema de qualidade, com destaque flexibilidade, eficiência aberta ao controle social e voltada para resultados.

Na concepção de Kloter (2000, p. 79) qualidade pode ser entendida como “a totalidade dos atributos e características de um produto ou serviço que afeta sua capacidade de satisfazer às necessidades declaradas ou implícitas”. Entretanto, é mais fácil definir qualidade quando se trata de produto, não se aplicando os mesmos conceitos quando o assunto são os serviços. Isso porque estes são heterogêneos e seu desempenho varia de pessoa para pessoa e, mesmo, de dia para dia, pois a satisfação do cliente/usuário depende também de fatores psicológicos.

Para Ferreira (1999), são muitos os gargalos que emperram a melhoria da qualidade nos serviços públicos, englobando inclusive a saúde, como a falta de coerência entre os propósitos e as reais necessidades do cidadão, assim como as interrupções de ações e programas por parte dos gestores eleitos em relação aos antecessores. Aliás, em relação a esse último quesito, Ferreira (1999) afirma que a alternância de normas e procedimentos é tão grande, que é comum servidores públicos afirmarem – quando instituídas mudanças – que tudo mudará novamente assim que assumir um novo gestor.

Entretanto, Ferreira (1999) afirma ainda que a culpa não deve recair somente sobre a ponta da rede assistencial (o município) uma vez que outros fatores provocam o estrangulamento, como os tão noticiados déficits orçamentários. Estes terminam levando a uma cascata de cortes em investimentos e financiamentos, numa escala decrescente (da União para os Estados e destes para os municípios) implicando recursos menores para atender serviços básicos como saúde, educação e assistência social, em contrapartida a uma demanda crescente por esses tipos de serviços.

Infelizmente isso tem levado a uma imagem negativa dos serviços públicos na avaliação dos usuários, de forma especial nos de saúde – UBS, UESF e Hospitais – uma vez que ao procurar um estabelecimento do sistema, o cidadão se encontra fragilizado, carente de solução e praticamente à mercê de terceiros. Sua satisfação ou não pelo serviço prestado será proporcional a forma como for atendido e à solução dada ao seu caso. Por esta razão, qualidade no atendimento dos usuários de uma UBS é inalienável para a satisfação dos usuários.

## 2.2.2 Qualidade e Satisfação

De acordo com Manganote (2005) Gestão da Qualidade pode ser compreendida como as ações que devem ser desenvolvidas com vistas à melhoria constante da produção em todos os níveis e em todas as áreas da empresa, sendo que para tanto devem ser utilizados todos os recursos humanos e financeiros. Essa melhoria tem como objetivos atender demandas relacionadas com custo, qualidade, satisfação do cliente e posição da empresa diante do mercado, por meio da utilização de técnicas e ferramentas diversas.

## 2.3 GESTÃO DA QUALIDADE

Em relação ao surgimento do conceito de Gestão da Qualidade, Yoshimori (1989), afirma que:

Durante muito tempo, até logo depois da Segunda Guerra Mundial, os produtos japoneses tinham a fama de ser de má qualidade e às vezes até eram qualificados de “bugigangas”. A empresa japonesa viu-se, portanto, obrigada a melhorar a qualidade de seus produtos para se tornar competitiva nos mercados internacionais e para assegurar a sua sobrevivência econômica. Os especialistas americanos desempenharam um papel determinante nesse processo de sensibilizar os japoneses para a importância do controle de qualidade e os diferentes métodos existentes. (YOSHIMORI, 1989, p. 64-65).

Ainda de acordo com Yoshimori (1989) o ponto de partida foi dado por W. E. Deming em 1952, quando desenvolveu diversas palestras abordando os métodos estatísticos que eram utilizados para o controle da qualidade. Alguns anos depois J. M. Duran utilizou o conceito de “total” dentro do controle da qualidade, constituindo-se na mobilização de recursos, pessoal e direção na busca pela melhoria da qualidade.

Embora alguns autores afirmem que qualidade e qualidade total seja redundância, Paladini (2006) afirma que quando da aplicação inicial da Gestão da Qualidade, esta não era exatamente total, constituindo-se apenas na atividade de inspeção. Neste contexto, Damázio (1998), afirma que:

De 1900 a 1940, quando as teorias de Taylor e Shewhart, dominavam, estávamos na fase de Inspeção Final de toda a produção e serviços, buscando qualidade do produto final, mas ainda ocorrendo desperdícios. Na fase seguinte, até 1950, a preocupação da qualidade resumia-se ao Controle da Qualidade, onde a melhoria obtida era decorrência de ações preventivas sobre o processo, sobre o processo com ênfase na redução de custos. (DAMAZIO, 1998, p. 7).

Ainda de acordo com Damázio (1998) foi a partir das décadas de 50 e 60, com a incorporação das teorias administrativas (Feigenbaum, Crosby, Juran e Deming) e das teorias

comportamentais (Maslow, Mac Gregor e Herzberg) que a Gestão da Qualidade deixou de ser centrada apenas no material, passando a englobar também a tecnologia e os recursos humanos.

Para Manganote (2005) não é fácil aplicar a Gestão da Qualidade, sendo que os fracassos superam os resultados positivos. Dentro desse programa, os gestores não podem ser autoritários, uma vez que é fundamental que os recursos humanos, dos funcionários ao gestor, tenham autonomia, uma vez que constituem o maior patrimônio da empresa.

A Gestão da Qualidade, segundo Manganote (2005), tem como princípios básicos:

- a) **Organização aos processos:** Implica em reavaliar o porquê e como as coisas são feitas, como forma de orientar a melhoria do processo e, conseqüentemente da qualidade.
- b) **Implementação em cascata:** Embora para alguns a Gestão da Qualidade se reflita mais no “chão da fábrica”, é na verdade um processo que abrange todas áreas e todos os níveis. Neste contexto, sua implementação deve começar pelos escalões superiores da administração, e percorrer um caminho descendente. Isto porque, desta forma, os superiores terão condições de auxiliar no processo, explicando princípios e práticas para os subalternos.
- c) **Delegação:** Para que o processo caminhe de forma constante em direção à melhoria, é imprescindível que sejam delegadas atribuições e responsabilidades a todos os níveis da organização.
- d) **Comunicação:** Para que os objetivos da empresa sejam entendidos por todos os segmentos, é preciso que a comunicação flua regularmente e de forma fácil entre todos os níveis hierárquicos da organização.
- e) **Melhoria contínua:** Para alcançar essa melhoria é preciso que cada processo, e cada etapa do mesmo seja aperfeiçoado através de uma abordagem estruturada e disciplinada, que possibilita identificar defeitos e problemas, permitindo sua solução.
- f) **Objetivos e metas:** Se todos da instituição conhecerem os princípios que norteiam a organização, terão melhores condições de contribuir para sua efetivação. Assim, é fundamental que haja padronização dos mesmos.
- g) **O foco é o cliente:** A razão de uma empresa existir é o cliente. Assim, é imprescindível eles sejam muito bem identificados, com ênfase para suas necessidades e expectativas, como forma de atender seus desejos.



- h) **Investimento nas pessoas:** Considerando que os recursos humanos são o maior patrimônio da organização, investir nas mesmas é fundamental, seja em capacitação, melhoria do ambiente de trabalho e recompensas. Para o estabelecimento destas, é preciso que sejam oferecidas as condições para que os colaboradores tenham as ferramentas necessárias para atingir os objetivos.
- i) **Treinamento:** Enquanto a educação fornece uma visão aprofundada do processo, o treinamento deve proporcionar resultados observáveis. Ele deve ser contínuo proporcionando a adaptação dos colaboradores às novas tecnologias, ou a alterações no processo de produção.
- j) **Celebrar o sucesso:** Como forma de incutir reações positivas nos colaboradores, é aconselhável o estabelecimento de recompensas a partir de metas atingíveis, motivando ainda mais para a implantação efetiva do programa.
- k) **Trabalhar em equipe:** Caso não seja estabelecido um sistema de trabalho em equipe será impossível implantar a Gestão da Qualidade. As equipes devem ser constituídas por todos os níveis hierárquicos da organização, e não apenas pelos subordinados.
- l) **Objetivos comuns:** Se os objetivos da organização devem ser comuns a todos – facilitando sua consecução – estabelecê-los implica em chamar todos para o estabelecimento dos mesmos.

Além da qualidade do serviço prestado nas Unidades Básicas de Saúde, é fundamental que se atente para a visão que os usuários do SUS têm desses serviços, não apenas quanto à qualidade, mas também quanto ao acesso aos mesmos. Isso porque, acesso e percepção da forma de atendimento e do sentimento de resolutividade dos problemas é entendido pelo usuário como qualidade, quando de sua satisfação ou não pelo serviço. Na verdade, é importante conhecer e maneira como os indivíduos se relacionam com as ofertas de serviços de saúde e suas atribuições.

#### 2.4 ATENDIMENTO NAS UBS

Pressupõe-se que a sequência lógica do atendimento em uma UBS, enquanto ambulatorial, seja a recepção, pré-consulta, avaliação do médico, a solicitação de exames (quando for o caso), a realização dos exames, a avaliação dos exames pelo médico solicitante e a dispensação dos medicamentos. Para Assis; Villa; Nascimento (2003) essas ações devem

ser rotineiras para prevenir doenças e acompanhar a saúde do paciente. Entretanto, muitas vezes o baixo número de recursos humanos – médicos e enfermeiros – assim como a baixa capacidade de atendimento dos laboratórios públicos, a dificuldade de marcar o retorno para o mesmo profissional e uma farmácia básica nem sempre sortida com a medicação necessária, terminam sendo impeditivos para a manutenção de um sistema onde a saúde seja a prioridade, capaz de atender a perspectiva de atenção integral às necessidades das pessoas.

Apesar da determinação de que o atendimento em serviços públicos de saúde se baseia na universalidade e equidade, a realidade é que ele é excludente nas UBS. Excludente não por fator financeiro – quando uns podem pagar e outros não – mas excludente quando não se têm vagas ou elas são limitadas, não se têm médicos a pronto atendimento diariamente, não se possibilita a realização dos exames necessários, não se dispensa os medicamentos receitados.

#### **2.4.1 Humanização do Atendimento**

A partir de 2001 teve início um processo para melhorar o atendimento, através da Portaria GM/MS nº881, de 19 de junho de 2001, no âmbito do SUS, que instituiu o Programa Nacional de Humanização, transformando-se, em 2003, em política de humanização para todo o sistema de serviços públicos de Saúde (BRASIL, 2010).

Entende-se humanizar como a valorização dos diferentes atores envolvidos processo de produção de saúde, quais sejam: usuários, trabalhadores e gestores. Isso aumenta o grau de responsabilidade de cada um no processo. Além do mais, a política de humanização busca estabelecer vínculos com entre a instituição de saúde e os usuários, além de identificar melhor as necessidades em saúde (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, se rege pelos seguintes princípios:

##### **Transversalidade**

A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

##### **Indissociabilidade entre atenção e gestão**

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às

responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócio-familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.

**Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos**

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (BRASIL, 2010).

Segundo Andrade (2004) o processo de humanização implica em disposição de mudança por parte dos atores envolvidos, dispostos a dar ênfase aos valores à defesa da vida, e a transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. Isso proporciona a mudança da atenção prestada, buscando então a construção de vínculos entre profissionais de saúde e usuários.

Dentro do processo de humanização está o acolhimento, princípio que tem como objetivo mudar a forma de fazer saúde pública nas unidades de atendimento, entendendo-se o acolhimento como dar assistência ao outro, proporcionar acesso fácil e seguro, tratar o outro com seus direitos, buscar a intervenção acertada para o sofrimento do outro, procurar entender o que ele quer dizer, saber reconhecer as situações de risco do outro. De forma simplista, Andrade (2004) afirma que acolhimento é nada mais que inclusão do usuário no processo humanizado de serviço público de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS o acolhimento é ferramenta de fácil compreensão e aplicabilidade.

**Acolhimento**

**O QUE É?**

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva.

**COMO FAZER?**

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2010).

Segundo Andrade (2004) o acolhimento pode ser percebido quando o profissional que está realizando o atendimento se comporta da mesma forma que o faria se estivesse cuidando de si mesmo. Isso significa não apenas cuidar dos usuários da melhor forma possível, mas procurar se aproximar de forma mais positiva possível da resposta que o usuário busca para seu problema de saúde.

## **METODOLOGIA**

O texto monográfico apresentado é fruto de uma revisão bibliográfica tendo como base experiências e pesquisas na organização do acolhimento de usuários do SUS, sempre considerando o foco das diretrizes da Política Nacional de Humanização e das formas de acesso aos serviços primários de saúde.

Trata-se de trabalho qualitativo, estruturado na análise de publicações que versavam sobre serviços públicos em saúde, qualidade, atenção primária, humanização e acolhimento.

Ao todo foram catalogadas 38 publicações. Destas, 24 foram consideradas pertinentes e lidas, separadas segundo a análise a ser construída, formando a base da pesquisa e utilizadas tanto na revisão da literatura quanto na formatação dos resultados e discussões.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

O texto referente a este capítulo tem por base experiências e pesquisas descritas na literatura, relacionadas ao acolhimento e acesso à atenção primária à saúde, com contribuição da autora, sem buscar uma crítica mais profunda quanto à prática. Em um segundo momento, foram acrescentadas algumas discussões e propostas, muitas delas já descritas na literatura, como contribuição para efetiva implementação de um acolhimento mais humanizado.

### 4.1 PONTO DE ESTRANGULAMENTO

Um dos textos tomados por base foi o trabalho de Luz (2012) - “Práticas de acolhimento e acesso aos serviços de atenção primária à saúde no Brasil: uma análise qualitativa de 1990 a 2010”, onde foram avaliadas diversas variáveis. Por questões éticas a autora não nominou a unidade pesquisada.

Uma das análises foi em relação à acessibilidade geográfica, considerando o tempo que o usuário leva entre sua residência e a unidade de atendimento – satisfatório de menor que 15 minutos e insatisfatório se superior a 15 minutos. Entretanto, há que se considerar que a proximidade geográfica não é determinante para a escolha da unidade por parte usuário uma vez que, no seu entendimento, procurar a unidade mais perto não significa necessariamente ter um atendimento satisfatório. Isso pode estar ligado à visão que o usuário tem de que em uma unidade central ou mesmo um hospital, o atendimento pode ser melhor que um ESF, por exemplo.

Ainda em relação à posição geográfica, dois outros fatores foram considerados, como a distância entre a unidade de atendimento e o laboratório (superior a 60 minutos); e a existência de transporte entre as duas unidades.

Neste sentido, Silva Júnior *et al* (2010) afirma que o primeiro desafio é o geográfico, uma vez que a centralização dos atendimentos numa única UBS dificulta o acesso dos indivíduos. A grande maioria é formada por pessoas carentes, residentes na periferia das cidades, que se obrigam a procurar as UBS em áreas centrais. Esse deslocamento, quase sempre, é realizado na madrugada, na esperança de conseguir uma senha que possibilite o atendimento, uma vez que, em não sendo Unidades de Pronto Atendimento, as UBS têm um número reduzido de médicos e, cada um deles, um número definido de pacientes a atender.

Silva Júnior *et al* (2010) vai além, afirmando que outras dificuldades são bem visíveis, como: a disponibilidade de medicamento, de exames e a submissão ao agendamento, ao

tempo de espera pelos serviços e as filas causadas como consequências da demanda reprimida. E os usuários têm percepção desses problemas, o que reflete no sentimento quanto à resolutividade, ocasionando sentimentos de desorganização dos serviços e de mau atendimento por parte dos profissionais da UBS.

Na concepção de Pontes *et al* (2010) com a universalização da saúde, através do SUS, um número maior de pessoas passou a ter acesso aos serviços de saúde, recebendo junto com esse acesso toda sorte de problemas que o permeiam. Isso porque, a adesão foi mais rápida e em maior volume que a demanda existente, ou em fase de instalação. Na verdade, os serviços não estavam preparados para abranger a demanda crescente das procuras por cuidados de saúde de uma população em constante crescimento.

Indo além, o autor afirma que outro ponto de estrangulamento é a forma como a população encara o acesso à saúde. Para ele, “uma das dificuldades encontradas ainda no SUS é o reconhecimento e a utilização da rede básica como porta de entrada do sistema, pois grande parte da população faz uso da emergência para problemas que poderiam ser solucionados nos postos de saúde” (PONTES *et al*, 2010, p. 576).

Pontes *et al* (2010) afirma ainda que o acesso à saúde é o cumprimento de uma garantia de um dos direitos fundamentais estabelecidos pela Constituição de 1988:

[...] o acesso aos serviços de saúde, mais do que uma mera busca pela resolução dos problemas relativos à doença, é, numa perspectiva de justiça, uma adequada e satisfatória resolução das necessidades, mesmo que, vale lembrar, nem todas as diferenças sejam inevitáveis e inaceitáveis (PONTES *et al*, 2010, p. 578).

Silva e Benito (2013) chamam a atenção para a questão do acolhimento como parte indissociável do contexto de atendimento do usuário.

Os discursos indicam a garantia de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na média e alta complexidade, como a maior preocupação dos gestores. Porém a qualidade, a resolutividade, a aproximação com as necessidades reais do usuário e a organização das redes de atenção são muito pouco expressas. Também não apontam uma preocupação com a oferta de serviços de prevenção de doenças, promoção da saúde e tratamento em todos os níveis de atenção, fundamental para a garantia de uma atenção integral. Reflete um entendimento limitado e fragmentado que não leva em consideração o ‘acesso de qualidade’, o que para nós refere-se a um entendimento de acesso limitado que não necessariamente irá ao encontro das reais necessidades da população (SILVA; BENITO, 2013, p. 198).

Em relação ao deslocamento, muitas vezes na madrugada, e ao tempo de espera, Souza (2008) afirma que essa questão poderia ser equacionada com abolindo-se o sistema de distribuição de fichas na madrugada, diluindo-a durante o dia, ou instituindo um sistema de agendamento eletrônico. Para o autor, a qualidade no atendimento perpassa pelos aspectos

físicos, materiais e psicológicos, inclusive às informações prestadas e as rotinas que levadas a termo para satisfazer a necessidade do usuário.

Outra medida apropriada seria a abertura das UBS à noite, até certa hora, facilitando o acesso aos trabalhadores, principalmente os homens que, na maioria das vezes, não procuram o atendimento médico por causa da incompatibilidade de horário entre o atendimento da UBS e o expediente de trabalho.

Muitos autores têm ressaltado a importância da acolhida para o sentimento de satisfação do usuário, como é o caso de Souza (2008), para quem o termo acolhimento não se faz presente no vocabulário das UBS.

[...] nas unidades básicas de saúde, o dispositivo acolhimento é desconhecido, estando ausente no vocabulário e nas práticas dos profissionais. Essa ausência se traduz num modelo tradicional de organizar a recepção, de forma burocrática, de entrega de fichas e marcação no balcão, não escapando qualquer usuário do destino das filas. Essas são agravadas pelo convencional “dormir na fila” em madrugadas, nas quais, a disputa de vagas é compartilhada pelo frio da noite e pelo medo da violência muito presente nas metrópoles. Além de parecer destino, as filas continuam motivo de reclamações e insatisfação para usuários das unidades básicas de saúde (SOUZA, 2008, p. 49)

De forma geral, pelo que se percebeu na literatura consultada, é que a questão de qualidade dos serviços públicos em saúde ainda está longe de ser a ideal, embalde não se desdenhe as inúmeras normatizações e programas desde a instituição do Sistema Único de Saúde. As UBS continuam trabalhando nos moldes tradicionais de organização, centrada na consulta médica, através da distribuição de fichas; nas filas que atravessam as madrugadas; nas dificuldades para realizar exames laboratoriais; nos estrangulamentos para aviamento de receitas, etc. Trata-se de um campo bastante vasto para uma pesquisa acadêmica, até porque o usuário tem percepção dessa situação, mas ainda assim, muitas vezes, considera que a qualidade do serviço prestada é satisfatória, não porque este o seja realmente, mas porque normalmente ele espera muito pouco enquanto resultado.

Outra análise feita por Luz (2012) foi em relação às agendas, verificando-se o seguinte quadro:

1. Marcação unicamente via ACS; 2. Marcação via triagem (que era nomeado acolhimento); 3. Marcação diária em qualquer horário enquanto existissem vagas; 4. Marcação diária, no início de cada turno; 5. Marcação em dias específicos, no caso da unidade em questão, era feita 3 vezes durante a semana (LUZ, 2012, p.26).

Embora seja considerada como critério de qualidade, a marcação de consulta “sob livre demanda a qualquer hora” tende a levar a consultas desnecessárias, o que pode causar pontos de estrangulamento no atendimento. Ainda assim, foram consideradas como ingrediente de melhoria no acolhimento, até mesmo pelos usuários, ao considerarem que, em

não sendo atendidos no mesmo dia, as consultas eram agendadas imediatamente para outro dia, o que se traduzia em mais facilidade.

Outra obra consultada: “A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial” (Maynard *et al*, 2014), relata pesquisa realizada junto a atores especiais, que podem ter uma visão diferenciada. Segundo os autores, a pesquisa:

possibilitou analisar a escuta qualificada em atenção psicossocial, por meio vivência dos usuários de um serviço de saúde mental. Foi realizada à luz do referencial teórico da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, que resgata fundamentos básicos como a escuta qualificada e que norteiam as práticas de saúde, reconhecendo o usuário como sujeito ativo e protagonista das ações de saúde.(4) A seleção dos usuários foi definida de acordo com os seguintes critérios de inclusão: maiores de 18 anos, e período de frequência de no mínimo três meses no serviço. A amostra foi composta por oito pessoas, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial II, destinado a jovens e adultos com transtornos mentais graves ou persistentes (MAYNARD *et al*, 2014, p. 301).

Os resultados foram divididos em três categorias: a) O entendimento de escuta qualificada; b) Mudanças que uma escuta qualificada pode produzir, e; c) Frustrações que uma escuta não qualificada pode produzir.

Saliente-se a importância da escuta qualificada no processo de acolhimento humanizado, como a porta para realizar a interação entre o usuário e a equipe em saúde. Tanto que na publicação do Ministério da Saúde: “Acolhimento nas práticas de produção de Saúde” (BRASIL, 2010) a escuta qualificada ganha destaque.

É importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve se traduzir em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário (BRASIL, 2010, p. 27).

A consulta à literatura e a troca de informações na experiência profissional, permite conceituar a escuta qualificada como sendo aquela escuta em que se ouve com atenção o usuário, em que se dedica tempo para a fala desse usuário como forma de ouvir atentamente os problemas que ele tem para relatar, que permita ao profissional de saúde orientar esse usuário. Isso leva à concepção de que a escuta qualificada não é atribuição um profissional apenas, mas de todos os profissionais que estejam envolvidos no acolhimento do usuário.

Segundo Maynard (*et al*, 2014) a escuta qualificada permite a formação de vínculos, entre o usuário e o profissional, que por sua vez permite adentrar a subjetividade e particularidade do modo que cada um manifesta seu sofrimento. Se não perceber que não está sendo convenientemente escutado, o usuário pode se sentir insatisfeito.

O entrevistado demonstra insatisfação quando não é respeitado e compreendido, o que promove a quebra do vínculo e sentimento negativo. Afirma o bloqueio de expressar-se, resultado de não ter sido ouvido antes, e o agravamento de sua



condição mental como consequência. Compara o usuário em crise a um vidro sensível com risco de queda, pois, quando sua necessidade não é atendida, consequências são geradas e muitas vezes são irreparáveis, como um vidro quebrado. Considera a escuta como atenção e uma forma de prevenir a concretização de suicídio. Afirma a falta de ética de alguns profissionais ao repassar uma informação pessoal do usuário para outras pessoas, que afeta a capacidade de confiar no próximo. Relaciona a escuta ao sentir-se “ouvido”. Manifesta o desejo de que sua questão de ordem familiar seja considerada na forma como concebe e lhe impacta (MAYNARD *et al*, 2014, p. 302).

Ainda de acordo com Maynard (*et al*, 2014), é comum que profissionais em saúde aleguem não ter o dom para estabelecer interação com o usuário, o que pode dificultar a realização da escuta qualificada. Entretanto isso, mais que mito, seria desculpa para apressar ou não “se envolver” com os problemas do usuário. Para estabelecer uma interação positiva, basta estabelecer a aceitação do outro, a empatia e o reconhecimento do usuário como um sujeito que possui o direito de ser ouvido.

## 4.2 QUESTÃO DE ÊXITO

Entretanto, se foram encontrados pontos de estrangulamento em relação ao acolhimento em unidades de saúde, também foram encontrados conceitos positivos por parte dos entrevistados, como é o caso demonstrado no trabalho de Lima *et al* (2014): “Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos

Os autores destacam a importância do trabalho por se tratar de uma clientela bem especial – a terceira idade – muitas vezes acometida por enfermidades crônicas e múltiplas. Além das alterações físicas, é preciso atenção também para as alterações psicológicas e sociais.

[...] ao atender o idoso, a equipe de saúde deve estar atenta a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem nesses pacientes, e que justificam um cuidado diferenciado. Esses profissionais têm um importante papel com o idoso, pois, acredita-se que, através de uma relação empática, haja uma assistência humanizada e um comprometimento com o cuidado personalizado, garantindo o seu equilíbrio físico e emocional (LIMA *et al*, 2014, p. 266).

Ainda segundo Lima (*et al* 2014) mais que apenas tratar é preciso cuidar e tratar. Ao valorizar o cuidar, o profissional passa a enxergar o usuário com sensibilidade, maior interesse, respeito, atenção e compreensão. Isso permite responder melhor à dúvida e medo do usuário, às experiências específicas de aflição e sofrimento trazidas pelos mesmos.

Entretanto, o ambiente insalubre, o regime de turnos, os plantões, os baixos salários, o contato muito próximo com os pacientes, mobilizando emoções e conflitos tornam esses trabalhadores particularmente susceptíveis ao sofrimento psíquico e ao adoecimento devido ao trabalho. Somado a isso, a falta de condições técnicas, seja pela carência de capacitação ou materiais torna o atendimento desumanizante pela má qualidade, e consequentemente com baixa resolubilidade, além de desmotivar o profissional para uma mudança de atuação, pois se a proposta é humanizar o

atendimento, não é possível pô-la em prática se aquele que presta o atendimento não estiver em condição para tal (LIMA *et al*, 2014, p. 267).

Os autores destacam a importância do trabalho de pesquisa realizado, pois ele visou avaliar a humanização na atenção básica de saúde, tendo como atores os idosos, pois estes carecem de atenção e acompanhamento mais individualizado em função apresentarem, comumente, patologias crônicas e múltiplas. Outro ponto salientado, é que são poucos os trabalhos que avaliaram a satisfação do usuário em relação à atenção humanizada, mais ainda tendo idosos como atores. (LIMA *et al* 2014).

A pesquisa teve como população alvo pessoas com 60 anos ou mais, usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Araçatuba-SP, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2009. Foi utilizado questionário adaptado a partir de instrumento de medida desenvolvido pela OMS, o *Multi-Country Survey Study* (MCSS). Este se divide em oito domínios, mas um deles *Apoio Social* não foi trabalhado por ser avaliação exclusiva da atenção hospitalar. (LIMA *et al* 2014).

Quadro 1 - Domínios definidos pelo conceito de responsividade da OMS

Domínio	Questões Envolvidas
Dignidade	Tratamento com respeito e privacidade, sem discriminação ou violência;
Autonomia	Participação na tomada de decisões;
Confidencialidade	Confidencialidade das informações pessoais;
Comunicação	Escuta; tempo suficiente para questionamento; explicações claras;
Pronta Atenção	Obtenção de atendimento quando necessário; tempo de espera razoável;
Apoio Social	No hospital: visitas, comidas especiais, práticas religiosas;
Escolha	Escolha do profissional;
Estrutura física e conforto	Limpeza, espaço, ventilação.

Fonte: LIMA *et al* (2014, p. 269)

A pesquisa de Lima (*et al* 2014) apontou que o perfil dos entrevistados era constituído predominantemente por mulheres (61,9% x 38,1%), com ensino fundamental (60,6%) e renda mensal abaixo de um salário mínimo (62,2%).

Como foi citado, os usuários da terceira idade apresentam patologias crônicas. Isso fica configurado quando se analisa o motivo principal para procurar a UBS: a) hipertensão (52%); b) diabetes (21,4%); outros - *check-ups*, exame de sangue, de próstata, ginecológico preventivo, doenças cardiovasculares, vacinas e desordens do aparelho respiratório (32%).

Abaixo são apresentadas os resultados da pesquisa, classificados segundo os domínios preconizados pela OMS.

**Pronta atenção**

Entre os pacientes entrevistados, 93,3% sempre foram atendidos nas UBS quando necessitaram de cuidados de saúde e buscaram atendimento. Segundo os pacientes que nem sempre conseguiram atendimento (6,7%), o principal motivo pelo qual isso aconteceu foi porque tinha muita gente na frente e não deu tempo de atender alguns pacientes (54,2%).

A satisfação quanto ao tempo de espera antes do atendimento foi considerada muito boa pela maioria (62%). No entanto, uma notável parte (137 pacientes – 38%) considerou o tempo de espera muito prolongado.

**Dignidade**

A maioria dos idosos entrevistados (97,2%) foram acolhidos e tratados com respeito pelos profissionais de saúde das UBS, no entanto, 2 pacientes idosos (0,6%) afirmaram já terem sido vítimas de discriminação por parte desses profissionais. Aprofundando-se nesse aspecto, ao perguntar ao idoso se já sofreu algum tipo de violência, crueldade ou opressão por parte dos profissionais de saúde da UBS, todos negaram.

Todos os pacientes que realizaram exames e/ou tratamentos tiveram sua privacidade respeitada (98,3%). O restante dos pacientes (1,7%) não fizeram exames nem tratamentos, somente a primeira consulta, portanto essa questão não se aplica a esses pacientes.

**Comunicação**

Quando questionados se os profissionais utilizaram uma linguagem fácil de compreender, explicando com clareza as informações sobre sua saúde, tanto da condição atual quanto dos procedimentos que deveriam ser realizados, 89,4% dos entrevistados afirmaram ter recebido esse tipo de informação.

Porém, a maioria (67,6%) não obteve informações sobre outros tipos de tratamentos ou exames que poderiam ser realizados.

Quanto à oportunidade dada aos pacientes para fazer perguntas sobre o seu problema ou para esclarecer dúvidas sobre o tratamento a ser realizado, a maioria afirmou que teve tempo suficiente para esses esclarecimentos (79,2%).

**Autonomia**

Em relação à liberdade para tomar decisões sobre a saúde ou tratamento, 54,4% tiveram essa liberdade, porém, não muito distante, 45,6% dos entrevistados disseram que são os profissionais que decidem o que será feito, sem liberdade alguma para o paciente dar sua opinião e escolher suas preferências.

Escolha dos profissionais

A maioria dos idosos entrevistados (61,7%) teve liberdade de escolher o profissional de saúde ou de escolher uma segunda opinião, se assim desejassem. Diferente dos 138 idosos (38,3%) que negaram ter essa liberdade, e que são atendidos por “quem” estiver disponível na UBS, sem nenhuma chance de escolha.

**Confidencialidade**

Quando questionados se suas informações pessoais foram mantidas em sigilo pelos profissionais de saúde, a maioria (90%) dos entrevistados acredita que sim. Apenas 9,7% ficaram na dúvida e afirmaram não saber se os profissionais guardam segredo ou não, e somente 1 paciente (0,3%) afirmou que suas informações pessoais não foram mantidas em segredo pelos profissionais da UBS que frequenta.

**Estrutura física e conforto**

O ambiente físico das UBS, quanto à limpeza, acomodações, espaço suficiente, ventilação, etc., foi classificado pela maioria dos idosos entrevistados como ótimo ou bom (64%). Entretanto, uma considerável parte dos entrevistados (n=130 – 36%) classificou o ambiente físico da UBS que frequenta como moderado, ruim ou péssimo (LIMA *et al*, 2014, p. 270-271).

Entretanto, há que se considerar que muitas vezes a aprovação por parte do usuário pode ser uma espécie de “defesa”, já que o temor de que sua opinião negativa pode gerar problemas futuros, como “perder a vez” ou não conseguir vaga para algum procedimento.

Ainda assim, os números muitas vezes altamente positivos verificados, podem sim refletir satisfação dos entrevistados pela acolhida nas instituições pesquisadas.

Medeiros *et al* (2010) destaca que é importante trabalhar a qualidade do atendimento nas unidades básicas de saúde, e esta qualidade passa necessariamente pelo acolhimento humanizado. Até porque, quando o usuário busca a unidade de saúde ele se encontra fragilizado não apenas fisicamente, mas também psicologicamente e, muitas vezes, socialmente.

Com objetivo de identificar categorias positivas em relação ao acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde, no Rio Grande do Norte, Medeiros (*et al*, 2010) apresentou pesquisa realizada em 2007, com um público alvo composto por 90,6% por mulheres. O índice de aprovação por parte dos atores quanto aos serviços realizados foi de 88,6%.

Para Medeiros (*et al*, 2010), três categorias podem ser destacadas como positivas na apresentação dos resultados: a) resolutividade; b) humanização; e c) solidariedade.

#### Quadro 1. Categorias Positivas e representações de falas dos entrevistados sobre acolhimento

Categorias Positivas	Falas
Resolutividade	...aqui é cheio, mas todo mundo é atendido (10)... ( ) ...acho mais fácil pegar ficha aqui, em muitos lugares a gente tem que se levantar de madrugada (19)... ( ) ...eu indico, porque todos nós precisamos, às vezes, eu não resolvo, mas outras pessoas conseguem (5)... ( ) ...indico por ser de 1ª qualidade (22)... ( ) ...porque apesar de pequeno, muitas coisas são resolvidas mais rápido do que certos locais (10)... ( ) ...eu digo: lá é uma benção de Deus! Quando não resolve, eles encaminham. A Médica compra até remédio pra mim (8)... ( ) ... eu acho bom aqui. Antes, a gente não tinha nada e agora tem. As pessoas reclamam de barriga cheia (13)... ( ) ...não sugiro nada, aqui tem qualidade. A gente não vê as pessoas reclamarem daqui (4)... ( ) ...os profissionais todos são excelentes (6)...
Humanização	... a gente conversa bastante. A última vez que vim aqui, eu tava precisando e a doutora mesma que me ouviu (21)... ( ) ... aqui a médica conversa, examina a pessoa toda. Porque tem muitos lugares que a médica nem olha pra cara da pessoa (14)... ( ) ... as pessoas aqui têm atenção com a gente, são atenciosas (30)... ( ) ... eu acho bom quando eu venho pra cá, sou acolhida, elas são atenciosas, dão informação (9)...
Solidariedade	... a médica é mais do que uma mãe, Deus me defenda botar defeito nela (12)... ( ) ...a médica, a dentista, são ótimas, as melhores que já peguei (20)... ( ) ... as pessoas aqui atendem bem, não tenho o que dizer de nenhuma daqui (31)... ( ) ...elas não se aborrecem com a pessoa, têm paciência (23)... ( ) ...comparando com outros, é diferente, o atendimento é prestativo (10)...

Fonte: Medeiros *et al* (2010, p. 407)

Os autores observam que os entrevistados salientaram a importância da interação entre o profissional em saúde e o usuário – uma espécie de atitude de respeito – e compreendem esse procedimento como atendimento humanizado. Isso se dá em função de que essa interação proporciona uma espécie de encontro entre sujeitos envolvidos, estabelecendo uma relação de fala e escuta que leva à responsabilidade e compromisso entre as partes.

Em relação à resolutividade do problema apresentado quando procuraram a UBS, 79,2 % consideram-no satisfatório, uma vez que foi resolvido na própria unidade. Outros 20,8 % consideraram que não houve solução do problema naquela oportunidade. Os autores entendem como resolutividade a solução, na própria unidade, do problema de saúde apresentado; ou o encaminhamento para outra unidade que o resolva de pronto. Isto porque, quando busca uma unidade de saúde, o usuário espera que o sistema de saúde apresente ações que satisfaçam suas expectativas, que são as de ter seu problema de saúde solucionado (MEDEIROS *et al*, 2010).

A questão da resolutividade passa também pelo serviço de referência, uma vez que em não sendo solucionado naquela unidade, deve ser encaminhado para onde o possa ser. Neste caso, 94,3 % dos entrevistados responderam que, quando o problema não é solucionado naquela unidade, são encaminhados para outros serviços, normalmente para especialistas (MEDEIROS *et al*, 2010).

Em relação à resolutividade do problema de saúde, publicação sobre a Ouvidoria Ativa do SUS (Bolzan *et al*, 2012), afirma que ao serem questionados sobre a terem suas demandas resolvidas pelos serviços do sistema, 51,90% dos usuários consultados consideram que elas foram completamente resolvidas, enquanto 21,89% consideraram que elas haviam sido resolvidas parcialmente. Apenas 15,99% afirmaram que as demandas não foram resolvidas e 5,21% não respondeu a questão.

O estudo da literatura pertinente deixa claro que existe um caminho sendo percorrido em busca de um acolhimento humanizado. Entretanto dificuldades ainda são encontradas, principalmente em relação à estrutura física e à capacitação da equipe em saúde. Excesso de demanda é um dos pontos de dificuldade para a realização de uma acolhida humanizada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja comum ouvir reclamações sobre o atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde nas instituições públicas, a bem da verdade se percebe que o sistema tem conseguido manter um nível razoável de qualidade. Não se pretende afirmar que está tudo bem, que a qualidade do atendimento é uma maravilha e assim por diante. Entretanto, apesar da verificação de pontos de estrangulamento, a somatória dos dados coletados junto a literatura permite considerar que existe um conceito de atendimento regular.

Apesar de mais de uma década de instituição, o Programa Humaniza/SUS ainda não é uma realidade presente em todas as unidades de saúde básica. Algumas experiências exitosas permitem considerar que o caminho é este, mas ainda há muito a ser percorrido.

Dentro desse programa o acolhimento é peça fundamental uma vez que transcende o simples “receber”, exigindo atenção também para o “cuidar e resolver”. Não basta capacitar os protagonistas para o da complexidade das ações de saúde e dinâmica. É preciso que o trabalhador da saúde entenda o potencial do acolhimento, aproveitando ao máximo esse potencial para ampliar a capacidade clínica, responsabilização e reconhecimento do usuário e sua família da importância de todos os membros da equipe de saúde no processo de atenção à saúde.

É a partir da efetiva instituição do programa que promoverão mudanças capazes de envolver os profissionais, incorporando valores, crenças e costumes dos indivíduos e comunidade compreendendo assim seu objeto de trabalho aumentando a resolutividade das práticas e promovendo saúde e autonomia.

Assim, humanizar o acolhimento não é apenas agendar a consulta e realizar o procedimento médico. A qualidade do atendimento implica em comunicar disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudá-lo a descobrir alternativas para seu problema. O acolher inicia-se no primeiro instante de um contato entre pessoas, é a atenção, o ouvir, enfim, é uma relação de respeito mútua, necessária ao desenvolvimento do trabalho, que vai aos poucos, organizando um sistema de saúde menos individualista e mais passível de mudanças, de acordo com a necessidade do outro.

Da maneira como se conceitua o acolhimento – humanização do atendimento – ele é mais que a garantia de acesso qualificado aos serviços de saúde, constituindo efetivo ingresso aos serviços. Isto porque, busca a atenção dada aos problemas de saúde do usuário, de maneira qualificada, disponibilizando uma troca de informações que proporcione a solução do seu problema ou o encaminhamento do mesmo para uma possível resolução, o que levará à

resolubilidade – objetivo principal do trabalho em saúde. Assim, o compromisso do sistema com o problema de saúde do usuário vai além da assistência propriamente dita, está relacionado também ao vínculo necessário entre este – o sistema – e a comunidade que é usuária.

Assim, é preciso considerar fatores e mecanismos que proporcionem afetividade, respeito, justiça, responsabilidade e cuidado com o usuário, permitindo o estabelecimento de reciprocidade entre os atores. Entende-se que não é tarefa tão simples, uma vez que sua efetividade vai além do discurso e, muitas vezes, obstaculizam o estabelecimento de relações recíprocas entre trabalhadores e usuários. Entre esses obstáculos podem ser citados a estrutura física deficiente, demanda excessiva, precariedade da rede de referência, visão do usuário médico-centrada, vulnerabilidade da população e não entendimento do usuário sobre o acolhimento.

Problemas sociais e psicológicos (sentimentos) também podem interferir na efetivação do acolhimento humanizado, como o sentimento do profissional em relação à determinados casos: indiferença burocrática; desafio profissional; vontade de ajudar; e indisposição em função de alguma característica do usuário, como alcoolismo, dependência de drogas, violência, religião, ideologia etc. Os entraves sociais e psicológicos tendem a existir também por lado do usuário, como: dependência absoluta do profissional; esperança mágica; revolta; desafio etc. É fundamental que se trabalhe no sentido de que sentimentos não impeçam as relações recíprocas nem comprometam o vínculo de cuidado entre profissionais em saúde e usuários.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. **O dilema da intersetorialidade**: um estudo de caso, Fortaleza e Curitiba. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas: 2004.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413) . Acesso em: 22/fev/2016.
- BOLZAN, L. C. *et al.* **Ouvidoria Ativa**: a inovação das pesquisas de satisfação na Ouvidoria-Geral do SUS. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2013-03/ouvidoria-ativa-a-inovacao-das-pesquisas-de-satisfacao-na-ouvidoria-geral-do-sus.pdf>. Acesso em: 21/fev/2016.
- BRASIL. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília. Ministério da Saúde. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao) . Acesso em: 02/fev/2016a.
- \_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 141**. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141) . Acesso em: 04/fev/2016b.
- \_\_\_\_\_. **Código de Defesa do Consumidor. Lei Nº 8.078**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm) Acesso em: 04/fev/2016c.
- CAMPOS, V. F. **TQC – Controle da qualidade total** (no estilo japonês). 8. ed. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1990.
- COBRA, M. **Marketing de serviços**: conceitos e estratégias. São Paulo: McGraww-Hill, 1986.
- DAMAZIO, A. **Administrando pela gestão da qualidade total**. Rio de Janeiro: Interciência, 1998.
- FERREIRA, F. G. **Desenvolvimento e aplicação de um de programa da qualidade para o serviço público**. Dissertação (Mestrado em Engenharia- 1999) Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. Disponível em: [www.eps.ufsc.br/disserta99/ferreira/cap](http://www.eps.ufsc.br/disserta99/ferreira/cap) . Acesso em: 27/jan/2016.
- KOTLER, P. **Administração de marketing**. 10. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000
- LIMA, T. J. V. de. *et al.* Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 265-276, mar. 2014. ISSN 1984-0470. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00265.pdf>. Acesso em: 28/fev/2016.
- LUZ, J. **Práticas de acolhimento e acesso aos serviços de atenção primária à saúde no Brasil**: uma análise qualitativa de 1990 a 2010. Monografia apresentada ao XIV Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012. <http://spb.ufsc.br/files/2012/09/Monografia-Esp-SPB-2012.-Juliany-Luz.pdf> Aceso em: 27/fev/2016



- MANGANOTE, E. J. T. **Organização, sistemas e métodos**. 3. ed. Campinas, Alínea, 2005.
- MAYNART, W. H. da C. *et al* . A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 300-304, Aug. 2014. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400003&lng=en&nrm=iso). Acesso em 01/mar/2016.
- MEDEIROS, F. A. *et al*. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**. 12 (3): 402-413, 2010 Disponível em: [www.scielo.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf](http://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf) Acesso em: 03/fev/2016.
- MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 33. ed. Atualização de Eurico de Andrade Azevedo *et al*. São Paulo: Malheiros, 2007.
- PONTES, A. P. M. *et al*. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários de do Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 2010 jul-ago;63(4):570-80. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400012) Acesso em: 28/fev/2016.
- SILVA JÚNIOR, E. S. da. *et al*. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde mater. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 1) S49-S60 nov 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500005) Acesso em: 25/fev/2016.
- SILVA, B. F. S.; BENITO, G. A. V. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2189-2200, Aug. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800003) Acesso em: 01/mar/2016.
- SOUZA, E. C. F. de *et al* . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015) Acesso em: 23/fev/2016.
- YOSHIMORI, Masaru. **As Empresas japonesas**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.