


---

*Artigo Original*

## **A Percepção das Práticas de Acolhimento aos Familiares em Hospital de Pronto-Socorro Sob Perspectiva da Equipe Multidisciplinar**

*The Perception of The Practices of Embracement to Family in the Emergency Hospital Under the Perspective of the Multidisciplinary Team*

 <http://dx.doi.org/10.18316/2317-8582.16.31>

---

*Paula Rita Baptista Costa<sup>1</sup>, Prísla Ucker Calveti<sup>1\*</sup>*

**Resumo:** Este artigo busca compreender a percepção dos profissionais referente às práticas de acolhimento em Hospital de Pronto-socorro. Procurou-se discorrer acerca de características sobre humanização, buscando compreender a percepção do cuidado destes profissionais. Entende-se que todas as pessoas que chegam a um serviço de saúde devem ter sua necessidade reconhecida, bem como obter uma resposta imediata à sua situação, ainda que esta venha na forma de orientação. Esta pesquisa tem por objetivo a compreensão de fatores que contribuem para perpetuação de falhas no sistema de acolhimento com relação às percepções dos multiprofissionais de saúde sobre os processos de acolhimento aos familiares em Hospital de Pronto-socorro da região metropolitana de Porto Alegre. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada

mediante entrevista com 15 profissionais. Os dados foram desenvolvidos conforme a técnica de análise de conteúdo de Minayo, as categorias encontradas foram humanização, acolhimento, *relações familiares*. Os resultados apontam que os profissionais precisam reconhecer o acolhimento como um instrumento para reestruturar e redefinir a atenção em saúde aos familiares em Hospital de Pronto-socorro.

**Palavras-chave:** Humanização; Acolhimento; Família; Profissionais; Hospital.

**Abstract:** It is understood that all people who come to a health facility must have a recognized need and get an immediate response to their situation, which is still to come in the form of guidance. This article aims to investigate the perceptions of professionals about the care process to the relatives in Emergency Hospital in the metropolitan region of Porto Alegre. It is a qualitative research conducted through interviews with 15 professionals. Data were developed according to Minayo content analysis technique, the categories found on humanization, welcoming, family relationships. The results show that the professionals need to acknowledge the reception as an instrument to restructure and redefine health care to families in Hospital Hospital Emergency.

**Keywords:** Humanization; Greeting. Family; Professionals; Hospital.

---

<sup>1</sup>Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano. Centro Universitário La Salle, Canoas RS.

\***Endereço de correspondência:** Av. Victor Barreto, 2288. Prédio 7. Canoas-RS, CEP. 92010-000.

**E-mail:** [prisla.calveti@unilasalle.edu.br](mailto:prisla.calveti@unilasalle.edu.br)

**Submetido em:** 04/05/2016

**Aceito em:** 13/07/2016

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) surge como uma proposta de aprimoramento da qualidade no atendimento à saúde da população, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento e destacando o processo subjetivo do ato de cuidado. Para tanto, um conjunto de estratégias busca tornar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) disparadores de mudanças nos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde no país<sup>4,5</sup>. Esta prática envolve a cultura de uma instituição, neste caso o Hospital de Pronto-socorro, uma tarefa extremamente complexa e processual que abrange avanços e retrocessos, movimentos de resistência e que exige análises críticas para posicionamentos sobre a representação de tais políticas no momento atual e sobre a forma de implementá-las. Requer conscientização e participação de todos os atores envolvidos no processo: usuários, trabalhadores e gestores.

Nesse sentido, partindo da importância da atuação das equipes no contexto hospitalar, vários estudos têm voltado seu interesse para o profissional de saúde e suas percepções sobre o processo de trabalho e a humanização do cuidado<sup>18, 19, 20</sup>. Em revisão da literatura, Goulart e Chiari discutem a humanização a partir de sua concepção como política de saúde e como prática profissional, apresentando-a como um objetivo permanente e como uma meta central a ser buscada em qualquer projeto das áreas<sup>21</sup>.

A humanização e o acolhimento são modos de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de

saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. “Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade”<sup>1</sup>.

A proposta de humanização objetiva primordialmente produzir uma nova cultura nos serviços de saúde e transformar práticas tradicionais estritamente tecnicistas e desarticuladas entre os profissionais e a rede de atenção em um trabalho integrado resolutivo e acolhedor. Busca-se uma cultura de atenção à saúde que considere a singularidade dos sujeitos e a complexidade envolvida no trabalho em saúde em suas dimensões subjetivas, sociais, culturais, éticas, estéticas, físicas, políticas, religiosas, entre outras. Dessa forma, trata-se da produção de novas subjetividades, isto é, de novas formas de relacionamento das pessoas consigo mesmas e com as outras<sup>5</sup>.

Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização do SUS<sup>4</sup>. O acolhimento se insere no SUS como uma proposta de mudança qualitativa no acesso aos serviços de saúde e na sua utilização por parte dos usuários. Em virtude da mudança que propõe, o acolhimento interfere diretamente no processo de trabalho de uma equipe de saúde e no modo como os trabalhadores se relacionam com os usuários que vivem no território assistido<sup>4</sup>. Como destaca Teixeira, o tema do Acolhimento, por seu caráter inventivo e promissor, foi significativamente explorado ao longo da última década. O autor atribui a importância que vem adquirindo a discussão sobre o acolhimento e a problemática da qualidade do acesso e da recepção dos usuários nos serviços ao tensionamento relacionado ao

problema mais geral da garantia de acesso universal ao sistema de atenção, antes voltado para o clássico dilema da “quantidade” de portas-de-entrada do sistema para a “qualidade” dessas “portas”<sup>22</sup>.

Esta pesquisa teve por objetivo geral investigar as percepções de colaboradores sobre os processos de acolhimento aos familiares no Hospital de Pronto-socorro da Região Metropolitana de Porto Alegre, bem como o relato de suas práticas e identificar os princípios norteadores na rotina dos profissionais. Todavia, considerando o propósito deste artigo, descrevem-se os dados advindos das entrevistas com os profissionais, concernentes às suas concepções de acolhimento, humanização e relação familiar.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, exploratório que visou a investigar as percepções de colaboradores sobre os

processos de acolhimento aos familiares no Hospital de Pronto-socorro da Região Metropolitana de Porto Alegre. Foram 15 colaboradores de setores administrativos e assistenciais do Hospital de Pronto-socorro da Região Metropolitana de Porto Alegre. Os critérios de inclusão foram: colaborador efetivo na instituição há pelo menos 3 meses; idade entre 18 e 65 anos; sexo feminino e masculino. Quanto aos critérios de exclusão foram: residentes e/ou estagiários. Os participantes foram sorteados por meio de uma relação dos colaboradores da instituição disponibilizada pelo setor de Recursos Humanos e separados por categoria profissional administrativa e assistencial, foram escolhidos dois profissionais por área para dimensionar a percepção de cada profissional.

Na tabela 1, seguem as categorias dos colaboradores entrevistados (N=15):

Quadro 1: Perfil dos participantes entrevistados. Fonte: Dados informados no questionário, 2015.

OCUPAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO	TEMPO DE OCUPAÇÃO	ESCOLARIDADE
Analista de Atendimento	Profissional 1	1 ano	Superior completo
Analista de Governança	Profissional 2	1 ano	Superior completo
Enfermeiro	Profissional 3	5 anos	Superior completo
Enfermeiro	Profissional 4	2 anos	Superior completo
Médico	Profissional 5	3 anos	Superior completo
Médico	Profissional 6	6 anos	Superior completo
Nutricionista	Profissional 7	1 ano	Superior completo
Nutricionista	Profissional 8	1 ano	Superior completo
Psicólogo	Profissional 9	4 anos	Superior completo
Assistente Social	Profissional 10	1 ano	Superior completo
Agente de Atendimento	Profissional 11	1 ano	Ensino médio completo
Auxiliar de Higienização	Profissional 12	5 anos	Ensino fundamental completo
Assistente Social	Profissional 13	3 anos	Superior completo
Técnico de Enfermagem	Profissional 14	10 meses	Ensino técnico completo
Técnico de Enfermagem	Profissional 15	5 anos	Ensino técnico completo

Para a coleta de dados, foi utilizado formulário de entrevista desenvolvido pela pesquisadora, semiestruturada e gravada, sobre as características sociodemográficas, os processos de acolhimento, a humanização, os valores e a família. O questionário foi preenchido pelo pesquisador e realizado em sala reservada no ambiente hospitalar, de acordo com a disponibilidade e a escolha dos participantes, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Respeitou-se o anonimato, nomeando os participantes pela profissão que exercem. O formulário foi constituído de perguntas fechadas e abertas. No quadro acima, percebemos que os profissionais não possuem um período longo na instituição, isto ocorre devido à mudança da Administração que antes era executada por uma Cooperativa. Na avaliação do perfil dos participantes, percebeu-se que o tempo de ocupação varia entre 10 meses a 6 anos e que a idade varia entre 24 e 55 anos, em sua maioria mulheres.

Trata-se, sobretudo, de um trabalho de construção de sentido como o resultado de um diálogo, através do qual o pesquisador provoca, por sua presença e por suas palavras, os atores sociais/sujeitos a falar e a discutir a respeito de suas experiências ou daquilo que elas possam evocar ou significar para eles<sup>2</sup>. Os dados coletados foram transcritos e categorizados conforme análise de conteúdo de Minayo<sup>3</sup>. Para elaboração e discussão dos resultados, foi desenvolvida uma fase exploratória da pesquisa com a busca de referenciais teóricos sobre teses e artigos elaborados nos últimos cinco anos e presentes em bancos de dados, como em periódicos PubMed, BVS, SCIELO, bibliotecas digitais da PUCRS, UFRGS, dentre outros; a fase de trabalho de campo na qual se realizaram as entrevistas; a fase de análise e o tratamento do material.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (34853914.4.0000.5307). O protocolo seguiu as condições estabelecidas na Resolução

466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Antes da entrevista, o pesquisador informou a finalidade do estudo e o participante, em concordância, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As vivências e as experiências dos profissionais em saúde com os familiares no Hospital de Pronto-socorro foram retratadas e problematizadas durante a entrevista. A partir da análise destas vivências, emergiram os temas: Princípios do SUS e Princípios da PNH– Humanização; Valores Humanos Relacionados ao Atendimento; Significado de Família e Relacionamento Familiar.

### Princípios do SUS e Princípios da PNH– Humanização

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS - instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, surge no cenário como reconhecimento aos resultados das experiências pioneiras do “SUS que dá certo”. Utilizando-se das práticas de humanização nas ações de atenção e gestão, o “SUS que dá certo” possibilitou a legitimação da proposta de humanização como política pública. A Política Nacional de Humanização (PNH) foi formulada a partir da sistematização de experiências do SUS que estados, municípios e serviços de saúde estavam implantando – práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados.<sup>5</sup>

Na intenção de analisar os conceitos de humanização por meio da percepção dos entrevistados no Hospital de Pronto-socorro e tendo como base os princípios de Sistema Único de Saúde (SUS) e princípios da Política Nacional de Humanização, identificamos a partir da coleta de dados que, ao perguntarmos se estes conhecem o PNH, 10 entrevistados responderam que sim e

cinco entrevistados responderam que não conheciam este tema.

Diante das respostas, os entrevistados expressaram seu conhecimento sobre PNH. Percebe-se que alguns relacionam a Política Nacional de Humanização somente pela palavra Humanização, e não como uma Política. Neste caso, é necessário entender qual o sentido da criação desta prática no âmbito hospitalar. Para o profissional 2:

*“Eu acho que humanização é se colocar no lugar do próximo, eu vejo nesse sentido. Ver a necessidade pelo qual está passando e tentar se colocar um pouquinho à disposição para entender melhor e saber acolher.”*

Para a profissional 11, a PNH

*“Foi criada para regular os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) que coloca em prática as ações de humanização”. Entende que “A PNH é uma política criada pelo Ministério da Saúde com o intuito de efetivar os princípios do SUS, mediante a inovação e implantação de ações de humanização na saúde. Penso que este tipo de preocupação tende a crescer com o passar dos anos.”*

Mediante as colocações, partimos do princípio do marco teórico dos avanços no campo da saúde pública brasileira – operados especialmente ao longo das últimas duas décadas – que convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens. Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social; por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os

usuários, o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção.<sup>4</sup>

Conforme as coletas de dados iam ocorrendo, notou-se que alguns profissionais entendiam que a Política Nacional de Humanização vai além de tão somente falar em atendimento humanizado, referindo-se ao quesito gestão em saúde.

*“É uma política de gestão que o SUS adota priorizando o contato direto com a família, a questão de ter uma proximidade maior com o paciente, ver as condições vida desse paciente, realmente acolher o paciente em todos os aspectos. Desde o hospital até quando ele for para casa.”* Explica a Profissional 7.

*“Política pública instruída para discutir o processo de humanização e gestão nas casas de saúde”* (Profissional 9).

Na visão da Enfermeira 3,

*“Esta política iniciou-se em 2003, penso que serve para ajudar no cotidiano das práticas e atenção, e gestão da saúde pública.”*

A Política Nacional de Humanização – PNH, segundo o Ministério da Saúde, busca induzir inovações no conjunto das práticas de saúde com o intuito de superar seus próprios limites, para tanto é necessário:

Qualificar a gestão e a atenção à saúde, ou seja, é uma política que induz inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de saúde, colocando para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação do poder<sup>4</sup>.

Para a PNH, a gestão não é um lugar ou um espaço ou um campo de ação exclusiva de especialistas, portanto permite a inclusão dos vários sujeitos envolvidos no processo de trabalho, mais livres para a criação, autônomos e corresponsáveis pela coprodução de saúde. Além disso, a cogestão possibilita análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão, exercido por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho”<sup>4</sup>. Esta outra forma de gestão coletiva, derivada de pactos entre os sujeitos, e não de imposições sobre eles, traz para a produção de saúde a implicação e a corresponsabilidade pelo cuidado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta a formação de redes de atenção à saúde para superar a fragmentação das políticas e dos programas. Em 30 de dezembro de 2010, foi aprovada a Portaria nº 4.279, que trata da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”<sup>26</sup>.

Para tanto, o Ministério da Saúde elege o Apoio Integrado (AI) como estratégia para fortalecer a gestão do SUS com vistas à ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde. Trata-se de fomentar a relação com os outros entes federados (estados e municípios) para além das normas e da indução financeira, “aprendendo com os efeitos, aprimorando a prática gestora, a partir da análise de resultados em grupos plurais e implicados positivamente com mudanças para melhoria do SUS”<sup>26</sup> com a priorização de projetos de cooperação regional e a ação solidária entre os gestores.

Neste sentido, entende-se que, ao se iniciar uma política de humanização dos territórios de encontro do SUS, implicar-se-

iam a prática e a preparação do ambiente físico de encontro de gestores-trabalhadores-usuários, num espaço de saúde que garantisse a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão. Hoje, o Brasil conta com uma rede de serviços hospitalares construídos e legitimados historicamente, detentora de uma realidade concreta, sendo operacionalizada dentro de um novo cenário sanitário e com diretrizes gerais que apontam para a busca de uma maior inserção na rede de serviços de saúde. São mais de 7,5 mil instituições que produzem mais de 11 milhões de internações por ano, segundo dados do DATASUS/MS<sup>5</sup>.

Quando perguntado para os colaboradores o que entendem por humanização, as respostas são variadas: a Profissional 11 menciona que

*“Humanização é tratar bem o próximo colocando-se no lugar dele, respeitando-o e tratando-o de forma cortês, ajudando-o no que for preciso.”*

*“É ter proximidade com o paciente. Entender a dinâmica que envolve a doença dele, a patologia dele, o motivo pelo qual ele internou no hospital e tentar ao máximo passar segurança, conforto, priorizar a saúde dele em todos os aspectos: emocional, físico ou social.” (Profissional 8)*

Nesta perspectiva, para Oliveira<sup>6</sup>, humanizar caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer e é neste momento de troca, que se humaniza, porque, assim, pode-se reconhecer e identificar-se como gente, como ser humano.

*“Humanização é tudo, engloba tudo. Desde o momento que a pessoa, qualquer pessoa, não*

*precisa ser um paciente, desde o familiar, acompanhante, qualquer pessoa que entra em uma instituição precisa ser acolhido, humanizada porque a gente tem que ter esse perfil dentro da instituição para conseguir mudar esta questão do atendimento.”* Conforme relato da Profissional 3.

*“Humanização é ter empatia com as pessoas, principalmente com os familiares e também com os pacientes. Poder se colocar na situação e tratar as pessoas da forma que gostaria de ser tratado e poder dar o teu melhor para elas. Tentar compreender a situação e dar maior atenção, cuidado com as informações e cuidado com os pacientes.”* (Profissional 6)

A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e em melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional<sup>7</sup>.

Os entrevistados abordam a humanização como um processo amplo, demorado e complexo, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização. E, se não for singular, não será de humanização.

## **Acolhimento em Hospital de Pronto-socorro**

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde<sup>23,24</sup> e tem como proposta reverter a lógica de organização e de funcionamento dos serviços, partindo de alguns princípios, como indicados por Franco et al<sup>25</sup>:

- Atender a todas as pessoas que procuram serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal e resolutividade. Assim, o serviço assume sua função de acolher, escutar e dar resposta capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo do médico para uma equipe multiprofissional, a “equipe de acolhimento”, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. Dessa forma, todos os profissionais de nível superior e ainda os agentes e os técnicos de enfermagem participam da assistência direta ao usuário.
- Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros de solidariedade e cidadania.

Conforme Sá, acredita-se que no hospital o acolhimento adquire um caráter especial, pois a hospitalização ocorre quando o usuário do sistema de saúde necessita de terapêutica e cuidados mais complexos, o que o torna vulnerável tanto no nível físico quanto no emocional. Somam-se a isso as implicações decorrentes da internação hospitalar, entre as quais se destacam o afastamento do doente do convívio do lar, dos filhos, dos amigos, das suas atividades

cotidianas de lazer e trabalho e a introdução de novos hábitos e esquemas de vida.<sup>8</sup>

O acolhimento na saúde é a construção de um novo modo de ver a doença, como responsabilidade social, construção de novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania<sup>32</sup>. O acolhimento é uma técnica que determina a mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre profissionais e usuários, humanizar a atenção, estabelecer vínculo e responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando a sua intervenção. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde.

Dessa forma, "acolher" não significa a solução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta sensível, a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, sejam estas do âmbito individual, sejam de caráter coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde. O acolhimento está mais no ouvir e menos no falar e mais no receber e fazer<sup>33</sup>. É neste momento que deve surgir a criação do vínculo para futuras intervenções, no qual se dá a humanização da saúde em seu sentido mais amplo, em que a compreensão é categoria essencial, ou seja:

A compreensão é um conhecimento empático/simpático das atitudes, sentimentos, intenções, finalidades dos outros; ela é fruto de uma mimese psicológica que permite reconhecer ou mesmo sentir o que sente o outro. A compreensão, portanto, comporta uma projeção (de si para o outro) e uma identificação (com o outro), num duplo movimento de sentido contrário formando um ciclo<sup>33</sup>.

A compreensão está relacionada às características de vida do usuário, significa entender o processo de entendimento da doença, sua subjetividade em relação ao diagnóstico. Faz-se necessário, portanto, o conhecimento da sua cultura, hábitos, relações, significados que devem ser descobertos para auxiliar no processo interventivo, é importante o reconhecimento do outro e uma identificação, porque permite o entendimento da situação como um todo, evidenciando os pontos e suas origens. Para Mattos<sup>34</sup>, a fim de fazer uma leitura da realidade, é imprescindível um autoconhecimento, conhecer nossas próprias limitações e preconceitos, porque na maioria das vezes não nos damos conta de que estão embutidas no profissional as concepções e os pré-julgamentos, o diálogo consigo, e não só com os usuários que necessitam de atendimento. É importante o conhecimento da realidade do usuário, mas a reflexão crítica sobre si mesmo pressupõe a orientação correta e as técnicas mais apropriadas em cada situação de atendimento<sup>34</sup>.

Os 15 entrevistados mencionaram que acreditam sim que aprender sobre o tema Acolhimento seria importante para o fazer profissional.

*“Acolhimento é atender e orientar o familiar, fornecer informações claras e precisas sobre o paciente e acolhê-lo. Ter credibilidade, segurança, presteza, cortesia e dedicação também faz parte do acolhimento. Acho importante aprender sobre o tema pois o conhecimento que poderemos aperfeiçoar nosso aprendizado e também entender mais sobre esse tema.”*  
(Profissional 11)

Nesse sentido, Mattos<sup>27</sup> discute a importância de mobilizar as equipes para a reflexão e o debate em torno da necessidade da formação permanente, estratégia essencial, pois sua ausência pode levar os



profissionais a atuarem de forma restrita à sua própria experiência. A possibilidade do trabalho em rede e da Educação Permanente pode instrumentalizar os profissionais para intervenções inovadoras e necessárias<sup>27,28</sup>.

A Organização Panamericana de Saúde<sup>29</sup> tem colocado em pauta a discussão sobre a necessidade de melhorar a atenção prestada pelos profissionais de saúde por meio do investimento na sua capacitação. Tal debate vem sendo realizado no Brasil<sup>43</sup> a partir da Reforma Sanitária e foi reafirmado pela 9ª Conferência Nacional de Saúde<sup>44</sup>, em 1992. Desde então, diversos estudos têm evidenciado a importância da Educação Permanente para qualificar o acolhimento no SUS e gerar inovações para a construção contra-hegemônica de modelos de saúde<sup>27,28,29,30, 31</sup>.

A entrevistada seguinte menciona:

*“Para mim, acolhimento também envolve muito a humanização. Existem pacientes, determinadas situações em que familiares vêm até o serviço social e não necessariamente são demandas para o serviço social, por exemplo, mas é necessária que eu faça esse acolhimento, essa escuta sensível. Analisar aquela situação especificamente e dar um retorno também. Porque só acolher, escutar e não dar um retorno e não buscar uma solução para aquilo é como se fosse uma escuta morta. Vou passar a analisar outras situações que eu não avaliaria sem o acolhimento.”* (Profissional 10)

Quando a entrevistada traz a questão da “escuta morta”, menciona o quanto é importante estar efetivamente no atendimento e valorizar as demandas trazidas pelo paciente e/ou familiar. Para o autor Pimentel<sup>9</sup>:

A escuta utiliza da ferramenta terapêutica empatia, um modo de comunicação entre sujeitos que acontece independentemente da intenção consciente, permitindo que se estabeleça um tipo de troca subjetiva sem a intervenção da fala. Como consequência do impacto desta troca, modificações na experiência dos sujeitos podem ocorrer.

A relação manifesta-se como campo transferencial, na qual o terapeuta ocupa o lugar de suposto-saber, adotando, assim, uma estratégia em que o sujeito tenha sua palavra, seja escutado na sua singularidade, e possa também escutar e apropriar-se desse discurso.<sup>10</sup> Percebe-se a sensibilidade do usuário em relação ao sentir-se escutado. É decisivo, para este, que o profissional exerça a escuta deliberada, que lhe permita o aprofundamento na sua dinâmica interior. Afirma que, quando não há escuta, regride em seu tratamento, sendo potencializados sentimentos negativos geradores de conflitos interiores e, às vezes, decisões trágicas relacionadas ao tratamento e ao relacionamento com a instituição. É preciso desmistificar a crença de que escuta e diálogo são dons. Há posturas profissionais e técnicas de comunicação que facilitam a conversa entre profissional e usuário, como a aceitação do outro, a empatia e o reconhecimento do usuário como um sujeito que possui direitos<sup>11</sup>.

*“Dar suporte aos familiares de nossos clientes, como: informação e direcionamento. E um forte apoio a nossa equipe de médicos, enfermagem e áreas multidisciplinares. Para podermos entender o todo, o que pode ou não ser feito por este paciente com diálogo e clareza nas informações.”* (Profissional 14)

*“Por melhor que tu seja tecnicamente, seja um grande especialista na tua área,*

*aprendemos que os pacientes são diferentes, precisamos considerar suas vivências e tudo que ele tem na sua volta influencia no tratamento. Precisamos ter a noção da cultura de cada um e, conseguindo enxergar isso, com certeza ajuda. Às vezes é difícil definir um diagnóstico, faz vários exames e, quando vê, se tivesse perguntado alguma coisa em relação à vida ou rotina do paciente, ou da família, poderíamos chegar em um diagnóstico, em um tratamento mais rapidamente.”* (Profissional 5)

Trata-se não apenas de estabelecer normas e procedimentos, mas de algo maior, conseqüentemente mais demorado, que envolve a valorização da pessoa e dos direitos e deveres de cada um, seja o usuário, o profissional de saúde, seja o gestor, em prol do estabelecimento da cidadania na construção de uma nova cultura, de um novo modo de agir. Esse, sem dúvida, é um processo que passa pela educação, no sentido amplo, educação para a mudança<sup>11</sup>. Trata-se da construção permanente do ser atuante e crítico, responsável e envolvido, ciente do seu papel de integrante de uma coletividade. Isto requer mudanças de atitudes por parte de todos e exige a responsabilização do profissional, o envolvimento de quem está gerenciando a integração entre as equipes de trabalho, e o respeito ao usuário e a sua rede social.

### **Os Valores Humanos Relacionados ao Atendimento**

Pensar em acolhimento também é refletir sobre as características de ser uma pessoa acolhedora. Muitos relataram sobre os valores humanos. Milton Rokeach trata sobre os valores humanos, em sua obra clássica *The nature of human value*<sup>12</sup>. O autor

comenta que os valores não representam simplesmente palavras ensinadas às crianças; compreendem importantes explicadores de atitudes, sentimentos e comportamentos relacionados com atributos econômicos, sociais e culturais. Segundo seu modelo, um valor poderia ser definido como

Uma crença duradoura de que um modo específico de comportamento ou estado último de existência é pessoal ou socialmente preferível a um modo de comportamento ou estado final de existência oposto ou inverso.<sup>12</sup>

A literatura defende que as decisões tomadas pelos indivíduos são intensamente afetadas por seus valores, crenças, competências, metas e personalidade. Estudos atuais destacam que variáveis influenciam, simultaneamente; diversas categorias de comportamentos podem auxiliar decisões, estratégias, gestão de pessoas, concepção e manutenção de estruturas organizacionais. Pesquisas têm apontado que a já conhecida relação entre as atitudes e o comportamento faz mais sentido quando incorporamos os valores nessa equação. Evidências demonstram que os nossos comportamentos e as nossas escolhas são interpretados pelos indivíduos por meio do significado que é atribuído aos valores que representam<sup>13</sup>.

Na maioria das respostas, os profissionais mencionam que, para ter características de uma pessoa acolhedora, é necessário ter empatia, colocar-se no lugar do outro e ter como premissa o cuidado e a atenção ao familiar e/ou ao paciente.

Para a Profissional 5, ter características de uma pessoa acolhedora:

*“é um misto de coisas, é tu ter tempo, carinho e afeto. Para mim é mais empatia, foi uma coisa que minha faculdade inteira frisava, tu ter empatia. Tu ter capacidade de se colocar no*

*lugar da pessoa e agir como se fosse tu ali, doente ou na condição de familiar e eu já estive nessa posição de familiar e realmente é muito angustiante. Esses valores de carinho e afeto nós aprendemos em nossa base familiar.”*

Na opinião da Profissional 13,

*“é estar internamente aberta, internamente disposta a ouvir, mas não é só ouvir, é ouvir e acolher aquela demanda, perceber aquela pessoa, tentar identificar inclusive o que não está me dizendo. Porque a fala é dita no não dito, também.”*

Diante dos modelos existentes e reconhecendo a necessidade de diferenciar os valores humanos de outros construtos com os quais costumam ser confundidos, Gouveia<sup>14</sup> pensou na possibilidade de elaborar uma tipologia alternativa, que apresenta os valores humanos básicos, conceituando-os como:

Categorias de orientação que são desejáveis, baseadas nas necessidades humanas e nas pré-condições para satisfazê-las, sendo adotadas por atores sociais. Tais valores apresentam diferentes magnitudes e seus elementos constitutivos podem variar a partir do contexto social ou cultural em que a pessoa está inserida.<sup>14</sup>

*“Reconhecer a necessidade do outro e ser capaz de oferecer suporte quando necessário, ser coerente com suas ações do dia a dia. E isto aprendemos com quem esteve por perto nos vários momentos da nossa criação, ter ética e ter valores que levaremos para a vida inteira.”* (Profissional 9).

*“Receber o paciente com um sorriso no rosto, é olhar nos olhos, é entender do que ele precisa e a partir disso agir conforme a necessidade dele. Écarinho, é recepcionar com um aperto de mão. É alguém olhar para ti e ver alguém agradável de se conviver, isso é básico em qualquer lugar que estamos, facilita a convivência e abre portas...”* (Profissional 15)

Assim, como para identificar cada valor básico, Gouveia<sup>14</sup> tomou como referência a Teoria das Necessidades de Maslow, cujos principais fundamentos são: as necessidades humanas são relativamente universais; são neutras ou positivas; obedecem a uma hierarquia; o homem caminha em direção à autorrealização; e a pessoa é um todo integrado e organizado.

Conhecer o sujeito em suas múltiplas facetas, buscando um melhor atendimento, identificando as demandas trazidas e seus significados para futuras intervenções, sendo uma técnica individual que tem uma dimensão social na construção da identidade e fazendo o usuário questionar-se sobre as suas referências, a construção das redes, a interação com a instituição e a fuga da realidade. Todos esses aspectos precisam ser trabalhados no acolhimento para sua autonomia perante a doença e as mobilizações que geram a partir deste contexto<sup>24</sup>.

O desenvolvimento da afetividade implica a capacidade que as pessoas têm para expressar e receber afeto, sendo progressivamente limitada e moldada. Compreender os fenômenos que governam a vida na terra, partindo de uma ação consciente, capaz de modificar contextos próximos, vislumbra a liberação de uma certa criatividade na tentativa de modificar as estruturas sociais estagnadas.

## Significado de Família e Relacionamento familiar

Sabe-se que o vínculo e o apego entre familiares são vitais para o desenvolvimento do ser humano e são essas vivências que servirão de alicerce para a formação das percepções e das capacidades interpessoais de todos os membros, mesmo durante a velhice. Mais especificamente, a percepção de suporte familiar está relacionada à competência social, capacidade de enfrentamento de problemas, percepção de controle, senso de estabilidade, autoconceito, afeto e, por consequência, ao bem-estar psicológico. O bem-estar psicológico pode ser definido como as crenças pessoais sobre o cumprimento de normas e papéis relacionados ao gênero e à idade, ao envolvimento com os outros, à produtividade, ao reconhecimento social, à autonomia, ao domínio sobre o ambiente, ao valor das realizações, ao cumprimento de metas de vida e a outros aspectos que permitem ao indivíduo sentir-se bem consigo mesmo, quando se compara com outros de seu meio social<sup>17</sup>.

Os participantes afirmam que seus maiores valores são: em primeiro lugar, a Família; em segundo lugar, a Saúde; em terceiro lugar, a Espiritualidade; em quarto lugar, o Trabalho; em quinto lugar, o Estudo. Relacionamos a família como base para a discussão deste tema, conforme alguns entrevistados: Segundo a Profissional 1,

*“É nossa base, estrutura de cada pessoa. É o alicerce para o desenvolvimento do ser humano em todos os aspectos da vida. É o início, meio e fim da aprendizagem, é de onde nós construímos enquanto pessoas e levamos para as demais relações.”*

A família é parte integrante de um ambiente sociocultural. Isto significa que crenças, valores, símbolos, significados, práticas e saberes são construídos,

compartilhados e ressignificados nas interações sociais e, como tais, influenciam e são influenciados pelas famílias<sup>15</sup>. O cuidado familiar é definido a partir do mundo de significados de cada família e desenvolvido ao longo do seu processo de viver. Entretanto, em cada estágio, há especificidades decorrentes do ambiente sociocultural e das características de cada membro, bem como de sua família, e são fortalecidas pela rede de suporte social, formada por parentes, amigos e vizinhos.

Na opinião da Profissional 6, família:

*“Não é apenas aquelas pessoas com algum vínculo de sangue, mas aquelas pessoas que estão no seu convívio mais frequente, tanto amigos como pai, mãe, avô e aquelas pessoas que sabem que inevitavelmente em qualquer situação vão estar presentes e vão te apoiar e vão te amar. Não necessariamente pai de sangue ou mãe de sangue, aquelas pessoas que te cuidaram e te criaram e amigos também que estão sempre ali, acho que isso é família.”*

*“Atualmente existem diversas configurações familiares e a minha família não é necessariamente a família biológica, é meu núcleo familiar, mas não necessariamente consanguíneo. São os meus amigos, as pessoas com quem me relaciono, inclusive colegas de trabalho eu acabo considerando minha a família, meus colegas de trabalho em razão da minha história de vida que possibilita que eu tenha esse entendimento de família a relação mais afetiva que eu tenha com alguém, acredito que a emancipação da mulher tenha ajudado para que isso ocorresse.”*

Conforme opinião da Profissional 10.

Em face do contexto diverso em que se inserem indivíduos e famílias, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre as diferentes estruturas e dinâmicas familiares e que busquem realizar o cuidado em saúde com abordagens que considerem os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde<sup>16</sup>.

*“Considero o atendimento aos familiares no HPS muito diferente de todos os hospitais em que trabalhei, as equipes têm o entendimento que a família faz parte do tratamento e da melhora contínua do paciente, assim como o atendimento médico e de enfermagem, o serviço é alinhado entre a equipe multidisciplinar e isso facilita o dia a dia de trabalho. E como profissional me sinto acolhida pela Instituição.”* (Profissional 4).

*“Orientar a família sobre a conduta que a nutrição está conduzindo com o paciente faz parte do processo de atenção e cuidado, por exemplo, a dieta que o paciente ele está recebendo. É necessário orientar sobre os alimentos que não devem ser trazidos de casa para o hospital. Para pacientes com dieta enteral, é necessário explicar à família todos os manejos necessários caso o paciente receba alta com esta alimentação.”* (Profissional 8).

Pensamos na fragilidade do familiar no que se refere à preocupação deste com o paciente que no momento está recebendo atendimento em um Hospital de Pronto-socorro. Entender a família como um todo é perceber o Ser Humano, é ouvir atentamente suas necessidades, acolher as informações obtidas e tentar solucionar, resolver a situação exposta. Apesar de haver várias

discussões sobre o enfraquecimento e a desagregação familiar, a família continua sendo lugar privilegiado de socialização. É na família que se aprende a dividir tarefas, a criar estratégias de sobrevivência e é o lugar inicial do exercício de cidadania<sup>35</sup>.

Dessa forma, a família pode ser definida como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida<sup>35</sup>.

A família é espaço de proteção e desenvolvimento de seus membros, em que são transmitidos laços de solidariedade, afetividade, valores éticos e culturais através das gerações. Enquanto forma específica de agregação, tem uma dinâmica de vida própria, afetada pelo processo de desenvolvimento socioeconômico e pelo impacto da ação do Estado através de suas políticas econômicas e sociais.

A família é uma instituição social historicamente condicionada e dialeticamente articulada com a sociedade na qual está inserida. Isto pressupõe compreender as diferentes formas de famílias em diferentes espaços de tempo, em diferentes lugares, além de percebê-las como diferentes dentro de um mesmo espaço social e num mesmo espaço de tempo. Esta percepção leva a pensar as famílias sempre numa perspectiva de mudanças, dentro da qual se descarta a ideia dos modelos cristalizados para se refletir as possibilidades em relação ao futuro<sup>35</sup>.

Destacamos que, na realidade

sociocultural das famílias pobres, o âmbito familiar é considerado como espaço privilegiado no qual se estabelecem laços ou vínculos que possibilitam a sobrevivência material, psíquica, moral e afetiva diante das situações e dos problemas cotidianos. Conforme expõe Sarti<sup>36</sup>:

A tradição mantém-se como uma referência fundamental da existência. Pensam seu lugar no mundo a partir de uma lógica de reciprocidade em que o que conta decisivamente é a solidariedade dos laços de parentesco e de vizinhança com os quais viabilizam sua existência.

Verifica-se que existe uma particularidade nas relações estabelecidas entre as famílias pobres, sendo que, para estas, a esfera familiar e a comunitária constituem espaços privilegiados de convivência e solidariedade, nos quais se organizam as estratégias de vida e os recursos necessários à sobrevivência de todos os seus membros.

Classe social, portanto, é um dos elementos definidores dos modos de relacionamento interpessoal, por seus membros carregarem culturas próprias, por compartilharem uma história, pelas experiências vividas, pelas oportunidades educacionais que receberam e pelas condições de vida que experimentaram<sup>37</sup>.

A questão da sobrevivência e da integridade física e subjetiva faz com que as famílias entre si prestem serviços para amenizar situações e privações cotidianas. A comunidade oferece a criação de uma rede de apoio mútuo para os momentos de necessidade aguda, nascida da experiência comum das necessidades meramente supridas. A situação de vulnerabilidade das famílias encontra-se associada à sua condição de pobreza e ao perfil da desigualdade social brasileira, os quais

afetam as relações entre os membros dos grupos familiares, refletindo nas mudanças de concepções que os indivíduos fazem de si mesmos, no campo social e não apenas no interior da família.

À conclusão, percebe-se que a noção de família envolve, atualmente, uma complexidade, na medida em que diferentes formas coexistem na mesma cultura, representando uma composição diferenciada da família nuclear tradicional e patriarcal, tanto pelos seus integrantes e pela redefinição de papéis familiares como pela nova distribuição de poder. Ter esta percepção é essencial para o atendimento às famílias em um Hospital de Pronto-socorro, que recebe inúmeros pacientes e inúmeras famílias que chegam a este hospital angustiados e solicitantes por algum tipo de informação e orientação sobre o estado de saúde, exames e localização do paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre os profissionais de saúde e as categorias abordadas revela que se sentem acolhidos pela instituição onde trabalham, tornando-se mais fácil de exercer o acolhimento e a humanização no atendimento aos familiares e pacientes em Hospital de Pronto-socorro. Observa-se também que os profissionais relacionam a humanização como ato de exercer a empatia e a resolutividade em suas ações diariamente, com a consciência de que a presença da família no ambiente hospitalar é importante e faz parte do tratamento do paciente trazendo segurança e apoio.

Os colaboradores de Hospital de Pronto-socorro apresentaram seu conceito sobre humanização, embora nem todos tenham incluído aspectos relacionados ao cuidado em interagir com o familiar e se colocar no lugar deste. Esse é o ponto de partida para que a humanização se faça presente em sua prática profissional, mas, sozinho, não os capacita para isso. Também é necessário que os profissionais de saúde

dominem os diferentes saberes envolvidos na constituição dessa competência e, nesse aspecto, os resultados mostraram limitação sobre o entendimento dos processos de acolhimento aos familiares.

É possível observar que o acolhimento colabora com as áreas multidisciplinares e interdisciplinares, que exercer a humanização nos setores em que estão inseridos desenvolve habilidades, adquirindo conhecimento e atitudes e contribuindo para um serviço mais integrado e de maior significado. O trabalho coletivo demanda o engajamento da gestão e de equipes assistenciais e administrativas, considerando o ambiente de trabalho como um espaço de mobilização de suas habilidades técnicas e interacionais para a resolução de problemas.

Percebe-se que, para novas estratégias, a sensibilização para os profissionais da assistência e equipe administrativa faz-se necessária, com contexto hospitalar no campo do acolhimento aos familiares. A partir deste estudo, pode-se observar a necessidade de fomentar novas estratégias para qualificar os processos de acolhimento e humanização aos familiares em Hospital de Pronto-socorro.

## REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Ed. Hucitec; 2007.
2. Freitas ME. A questão do imaginário e a fronteira entre a cultura organizacional e a psicanálise In: Motta FCP, Freitas ME, organizadores. Vida psíquica e organização. 2.ed. Rio de Janeiro: FGV; 2000.
3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
4. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Oliveira SB. A gestão por processos e a interface humana: identificando, descrevendo e classificando os processos de gestão de pessoas. Simpósio em Excelência da Gestão e tecnologia. 2008.
7. Rios IC, Lopes Junior A, Kaufman A, Vieira JE, Scanavino MDT, Oliveira RA De. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. RevBrasEduc Med. 2008; 32(1):112–21.
8. Sá MCN. Um estudo sobre os cuidadores de pacientes internados. Psic. 2002;3(1):124-41.
9. Pi1. Pimentel PK de A, Coelho Junior N. Some notes about the use of empathy in borderline cases and situations. Psicología Clínica. 2009;21(2):301–14.
10. Vieira Filho NG, Rosa MD. Inconsciente e cotidiano na prática da atenção psicossocial em saúde mental. Psicol Teor e Pesqui; 2010 Mar;26(1):49–55.
11. Barros DM, Sá M de C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. CienSaude Colet. 2010;15(5):2473–82.
12. Rockeach M. The nature of human values. New York: The Free Press; 1973.

13. Jesuino JC, Torres CV, Teixeira MLM. Avanços teóricos e metodológicos em valores humanos e gestão: uma introdução ao fórum. *RAM Rev Adm Mackenzie*; 2012; 13(3):14–7.
14. Gouveia VV. A natureza motivacional dos valores humanos: evidências acerca de uma nova tipologia. *Estud Psicol*. 2003;8(3):431–43.
15. Elsen I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadores. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem; 2002.
16. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
17. Neri AL. Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: Neri AL. *Qualidade de vida na idade madura*. Campinas, SP: Papyrus; 2006. p. 9-56.
18. Lúcia C, Beck C, Maria R, Gonzales B, Denardin JM, Trindade LDL. A Humanização na Perspectiva dos Trabalhadores de Enfermagem. *Texto ContextEnferm*. 2007;16(3):503–10.
19. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *CienSaude Colet*. 2004;9(1):7–14.
20. Deslandes, SF. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes SF, organizador. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.33-48.
21. Goulart BNG de, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. *CienSaude Colet*. 2010;15(1):255–68.
22. Teixeira, RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R; CamargoJ, Ruben, MKR. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; 2005. p.89-112.
23. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH). Acolhimento com classificação de risco*. Brasília (DF): MS; 2009.
24. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH). Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília (DF): MS; 2006.
25. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *CadSaúde Pública*. 1999; 15(2):345-53.
26. Ministério da Saúde. *Diretrizes do apoio integrado para qualificação da gestão e da atenção no SUS: uma das estratégias utilizada pelo Ministério da Saúde no processo de cooperação a Estados e Municípios, como forma de potencializar a sua ação*. 2012 [acesso 2016 Jun 15]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes\\_100712.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_100712.pdf)
27. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cien Saude Colet* 2011; 17(8):2071-2085
28. Mattos HF. Obstáculos aos programas de promoção da saúde e prevenção dos danos da violência entre os adolescentes. *Cien Saude Colet* 2007; 12(5): 1112-1115.
29. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Avaliação de tendências e*



- prioridades sobre recursos humanos de saúde*. Brasília: OPAS; 2002.
30. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa de saúde da família: reflexões estratégicas. *Saude Soc* 2009; 18(4):744-755.
  31. Campos EF, Pierantoni CR, Viana ALD, Faria RMB, Haddad AE. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. *Cad RH Saúde* 2006; 3(1):41-54.
  32. Bueno, WS. Betim: construindo um gestor pleno. In: Merhy, EE; Onocko, R (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3.ed. São Paulo, Hucitec, 2007, p. 169-196.
  33. Morin, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma - reformar o pensamento*. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
  34. Mattos, CLG de; Castri, PA(orgs). *Etnografia e educação: conceitos e usos*. Campina Grande: EDUEPB, 2011.
  35. Miotto, R. C. T. Famílias e Políticas Sociais. In: *Política social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.
  36. Sarti, CA. *Família e Individualidade: um problema moderno*. Carvalho, MCB. (org.). *A Família Contemporânea em Debate*. São Paulo: Cortez, 2000.
  37. Szymanski, H. Teorias e “teorias” de famílias. In: Carvalho, MCB. (org.). *A Família Contemporânea em Debate*. São Paulo: Cortez, 2002.