

Percepção do paciente sobre o protocolo de acolhimento realizado no serviço de oncologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB)

Patient's perception about the hosting protocol performed on the oncology service at Hospital Universitário de Brasília (HUB)

Percepción del paciente sobre el protocolo de acogida realizado en el servicio de oncología del Hospital Universitario de Brasilia (HUB)

Hortênsia Pereira de Souza¹
Juciléia Rezende Souza²

RESUMO: O acolhimento é uma diretriz prevista na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde – SUS, que consiste em uma ferramenta tecnológica de qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. O presente estudo teve como objetivo avaliar o processo de acolhimento no Serviço de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília - HUB a partir da percepção dos pacientes atendidos. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, em que foram entrevistados, por meio de questionário semiestruturado, 15 pacientes: dez logo após o término do processo de acolhimento e cinco dias após, durante o início do tratamento. Os dados obtidos demonstraram satisfação com o acolhimento, motivada principalmente pela superação de expectativas que os entrevistados tinham do serviço público, com relação à qualidade de atendimento e agilidade dos serviços. Foi percebido que o grupo entrevistado após o acolhimento teve a percepção mais focada no conteúdo e aprendizagem de novas informações, enquanto que os entrevistados no início do tratamento demonstraram percepções focadas na emoção, principalmente com relação ao vínculo com os profissionais. Percebeu-se também que o excesso de informações no acolhimento prejudica

¹ Graduada em psicologia na Universidade de Brasília. Atualmente cursando residência na área de psicologia - atenção oncológica no Hospital Universitário de Brasília. Hospital Universitário da Universidade de Brasília - hortensiaps@gmail.com

² Hospital Universitário da Universidade de Brasília - jujucileia@gmail.com

a apreensão do conteúdo. Concluiu-se que é necessário padronizar e treinar os profissionais quanto ao fornecimento de informações, otimizando a palestra e as entrevistas, com atenção aos indicadores de resolutividade, vínculo, informação e conhecimento dos profissionais de referência.

Palavras-chave: acolhimento, avaliação em saúde, serviço hospitalar de oncologia

ABSTRACT: Host is a guideline established in the National Policy of Humanization of the Unified Health System, consisting of a technology tool for listening qualification, link building, and access guarantee with accountability and resoluteness in services. The study aimed at evaluating the host protocol in the Oncology Service at the University Hospital of Brasília from the patient's perception. Such an exploratory descriptive study interviewed 15 patients through a semi-structured questionnaire, ten of which soon after host ending and the other five after some days, at the start of treatment. The results indicated satisfaction with the host protocol, mainly for exceeding interviewees' expectations on public service as to quality of care and agility of services. The group interviewed after the hosting were more focused on the content and learning new information, whereas those interviewed at the start of treatment focused on emotion, mainly regarding link with professionals. Information overload in the host had a detrimental effect on content assimilation. In conclusion, standardization and training of professionals are needed as to the provision of information, optimizing the lecture and interviews, with attention to the indicators of resoluteness, link, information, and knowledge of reference professionals.

Keywords: User Hosting, Health Evaluation, Oncology Service, Hospital

RESUMEN: La acogida es una directriz prevista en la Política Nacional de Humanización del Sistema Único de Salud – SUS, que consiste en una herramienta tecnológica de calificación de escucha, construcción de vínculo, garantía de acceso con responsabilidad y resolución en los servicios. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el proceso de acogida en el Servicio de Oncología del Hospital Universitario de Brasília – HUB, a partir de la percepción de los pacientes atendidos. Se trata de una búsqueda descriptiva exploratoria, en la cual se entrevistaron, a través de una encuesta semiestructurada, a 15 pacientes: 10, poco después del término del proceso de acogida, y cinco días después, durante el inicio del tratamiento. Los datos obtenidos demostraron satisfacción con la acogida, motivada principalmente por la superación de expectativas que los entrevistados tenían del servicio público, con relación a la calidad de atención y agilidad de los servicios. Se pudo observar que el grupo entrevistado luego de la acogida tuvo una percepción más enfocada en el contenido y aprendizaje de nuevas informaciones, mientras que los entrevistados al inicio del tratamiento demostraron percepciones enfocadas en la emoción, principalmente en relación al vínculo con los profesionales. Se señaló, también, que el exceso de informaciones en la acogida perjudica la aprehensión del contenido. Se concluye que son necesarias la estandarización y capacitación de los profesionales en cuanto al suministro de informaciones, optimizando la conferencia y las entrevistas, para atender a los indicadores de resolución, vínculo, información y conocimiento de los profesionales de referencia.

Palabras clave: acogimiento; evaluación en salud; servicio de oncología en el hospital.

INTRODUÇÃO

O Acolhimento Institucional segundo a Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização - PNH do Sistema Único de Saúde – SUS consiste na valorização do usuário, trabalhadores e gestores implicados na produção de saúde, com promoção de autonomia e protagonismo desses sujeitos, aumentando a corresponsabilidade e estimulando a participação coletiva no processo de gestão. Além disso, a PNH tem como indicadores: a redução de filas e ampliação de acesso por meio de atendimento acolhedor e resolutivo; o conhecimento pelos usuários dos profissionais de referência em seu cuidado e os serviços de referência territorial em sua região; a garantia aos usuários de informações relacionadas à sua saúde e de acompanhamento de sua rede social; a garantia da gestão participativa com trabalhadores e usuários; e a educação permanente aos trabalhadores¹.

O acolhimento é uma diretriz prevista na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde – SUS. Tradicionalmente, a definição de acolhimento passava por dois eixos: uma dimensão espacial, de recepção administrativa em determinado ambiente; e uma ação de triagem administrativa para repasse de encaminhamentos a seus serviços especializados. Isoladamente, essas definições se tornam restritas, descomprometidas com a responsabilização e produção de vínculo em que ainda hoje muitos serviços de saúde se encontram, focando-se na doença e não no sujeito e suas necessidades, comprometendo inclusive o acesso ao serviço¹.

O acolhimento, além de uma diretriz, é uma ferramenta tecnológica de qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Dessa forma, possibilita-se que se analise o trabalho em saúde com foco nas relações, modificando-as de acordo com parâmetros éticos e humanitários e reconhecendo o usuário do serviço como participante ativo no processo de produção de saúde¹.

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999)², o acolhimento se propõe em modificar o funcionamento do serviço de saúde, de forma que seja centrado no usuário e sigam princípios de: garantir a acessibilidade universal, acolhendo, escutando e dando uma resposta positiva ao problema; reorganizar o processo de trabalho, com uma equipe multidisciplinar de acolhimento como eixo central; qualificar a relação profissional-usuário, por parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania.

Considerando-se essas questões, o acolhimento previsto na PNH, segundo o Ministério da Saúde consiste em:

“Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário” (Brasil,

O Acolhimento no Serviço de Oncologia do HUB

O acolhimento realizado na unidade de oncologia do HUB ocorre desde 2009 com o objetivo de reduzir as dificuldades das equipes multidisciplinares, para acompanhar o paciente desde o início do tratamento, como também para minimizar possíveis conflitos entre os pacientes e a equipe de saúde, em função do desconhecimento sobre o funcionamento do serviço. Além disso, agiliza o envio das documentações para o Ministério da Saúde e permite avaliar precocemente as necessidades dos pacientes, com o objetivo de promover a integralidade da assistência.

O processo de acolhimento se inicia com a entrega dos documentos do paciente na secretaria da unidade, conforme listagem estabelecida pela equipe do serviço, seja pelo paciente ou algum cuidador. Com o recebimento dos documentos, o paciente entra na fila de espera por atendimento.

Uma vez por semana, uma equipe formada minimamente por médico(s) e assistente(s) social(is) se reúne em colegiado para avaliar a documentação recebida e identificar os pacientes que ingressarão no próximo acolhimento. Nesse momento, leva-se em consideração: a ordem de ingresso na fila, as medicações disponíveis no HUB, as vagas nas agendas médicas e o quadro clínico do paciente. Tal colegiado é aberto para participação de qualquer profissional que atua no HUB, de forma a manter a transparência sobre a fila de ingresso no serviço. O contato com os pacientes selecionados para comparecerem no grupo de acolhimento é realizado por uma auxiliar administrativa no mesmo dia. Em geral, são chamados em média 12 pacientes.

Nas segundas-feiras pela manhã, os pacientes são recebidos na unidade de oncologia e acomodam-se na sala de espera central. De posse da listagem com os pacientes ingressando no serviço, os profissionais da equipe multidisciplinar – psicologia, fisioterapia, odontologia, nutrição, terapia ocupacional, fonoaudiologia e serviço social – conferem os presentes e iniciam avaliações individuais com instrumentos para triar pacientes com necessidade de atendimento ou orientação. Essas triagens/entrevistas têm duração de 60 a 90 minutos.

Após essa etapa é realizada palestra educativa com a participação de profissionais de todas as áreas, em que são abordados os assuntos: funcionamento da unidade de oncologia; direitos e deveres dos pacientes; informações médicas a respeito do câncer, da quimioterapia e da radioterapia; informações sobre como funcionam os serviços de nutrição, odontologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social e psicologia; orientações gerais sobre direitos legais dos pacientes; aspectos emocionais relacionados ao adoecimento. Os presentes, paciente e cuidador(es), são estimulados a esclarecer suas dúvidas e participar.

Posteriormente à palestra educativa, os pacientes e seus acompanhantes vão para consulta médica de acolhimento que é diferente da consulta médica usual. Essa consulta caracteriza-se como uma triagem na qual são revisados seus exames e documentos. A proposta de tratamento é

discutida de forma breve, os sintomas da doença são tratados de forma inicial, e, se for necessário, a documentação para início do tratamento radioterápico é preenchida.

Após essa consulta médica, os pacientes seguem para a secretaria do serviço de oncologia para agendar os próximos atendimentos médico e multiprofissional, dando seguimento ao tratamento de acordo com a orientação dos profissionais que participaram do seu acolhimento.

Avaliação de ações em saúde

A partir da expansão dos serviços de saúde nos anos 60, eles passam a ser vistos também como produtos de consumo, tendo então a padronização de qualidade como um atributo de valorização no mercado. No setor público a qualidade dos serviços de saúde ganha destaque como parte dos direitos sociais da população⁴.

Segundo Donabedian (citado por Novaes, 2000)⁴, existem sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Para cada avaliação deverão ser definidas e especificadas essas dimensões, de acordo com os critérios mais adequados ao contexto, estabelecendo níveis mínimos ou máximos de qualidade, orientando-se de acordo com as prioridades dos prestadores de serviço, da visão dos usuários ou das prioridades definidas pela sociedade.

A avaliação de qualidade do serviço pode constituir-se de pesquisa de avaliação, avaliação para decisão ou avaliação para gestão, a depender dos objetivos a serem alcançados. Os instrumentos utilizados para a avaliação podem conter questões relativas às condições estruturais, aos processos das práticas avaliadas ou aos resultados dessas práticas⁴.

Metodologicamente os indicadores da qualidade dos serviços de saúde são classificados em estrutura, processo e resultados. Os indicadores de processo incluem atividades e procedimentos de prestação de serviços. Já os indicadores de resultados incluem as respostas da população às intervenções, incluindo qualidade de vida em geral, autonomia, avaliações de satisfação, mudanças de comportamento⁵.

Santos-Filho (2006)⁵ destaca a importância da pesquisa avaliativa em comparação com o monitoramento de rotina. O monitoramento das ações de saúde analisa continuamente sistemas de informação, com metas pré-estabelecidas, para avaliação oportuna. Apesar de facilitada, a análise das mudanças também fica limitada, e os indicadores no monitoramento não podem ser tratados como indicadores de resultado. Nas pesquisas avaliativas, as ações são os objetos de avaliação e procura-se avaliar o impacto, alcance e efetividade nas populações.

Segundo Santos-Filho (2006)⁵, é necessário que a avaliação seja orientada a partir dos resultados esperados da ação, de forma que reflitam a concepção do projeto que se pretende avaliar. Destaca-se o desafio de se definirem indicadores que refletem processos menos estruturados e mais subjetivos,

sendo necessário orientar-se sob aspectos da validade e precisão. Na avaliação de eventos qualitativos pode-se usar variáveis quantitativas, que promovem melhor precisão, ou variáveis qualitativas, que apesar de perderem em precisão da medida, ganham em validade, conseguindo representar o evento de forma mais próxima da realidade.

Observando-se que o acolhimento é a porta de entrada no serviço de oncologia e que nesse momento deve-se primar pelos indicadores da PNH, notou-se a importância de avaliar essa ação em saúde. Por esses aspectos, o objetivo deste estudo foi avaliar qualitativamente o processo de acolhimento no serviço de oncologia do HUB a partir da percepção dos pacientes atendidos.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa descritiva exploratória, visando avaliar a atividade de acolhimento a partir da experiência dos pacientes que iniciaram tratamento no serviço de oncologia do HUB. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília por meio do parecer número 1.636.010.

Foram convidados para participar pacientes adultos que participavam da atividade de acolhimento, desde que não apresentassem dor ou desconforto no momento da abordagem, participassem em todas as etapas da atividade, tivessem condições cognitivas para responder o questionário, concordassem em participar e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa (Anexo 1).

Critérios de inclusão: participar em todas as etapas da atividade de acolhimento no seu primeiro dia no Serviço de Oncologia; ser maior de 18 anos; concordar em participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão: participar parcialmente das etapas da atividade de acolhimento no seu primeiro dia no Serviço de Oncologia; apresentar queixa de dor ou desconforto no momento da abordagem; haver registro em prontuário de déficits cognitivo, visual ou auditivo; não apresentar compreensão das perguntas; não ter conhecimento do diagnóstico de câncer; recusar participar.

Na entrevista realizada coletaram-se as características sociodemográficas e médico clínicas dos participantes. As entrevistas foram realizadas com um grupo logo após a atividade de acolhimento (Grupo A) e com o outro grupo dias depois, no início do tratamento (Grupo B). Foi desenvolvido pela pesquisadora questionário semiestruturado para cada grupo. Um questionário avaliou a percepção e experiência dos pacientes logo após a atividade (Grupo A) e outro avaliou a apreensão de informações algum tempo após a atividade, no momento do início do tratamento (Grupo B).

No questionário aplicado ao Grupo A (Anexo 2) verificou-se: (1) as informações prévias que os pacientes receberam a respeito do acolhimento; (2) a compreensão e apreensão dos pacientes em relação às informações oferecidas na palestra educativa; (3) a percepção dos pacientes a respeito

das entrevistas individuais multidisciplinares, das etapas da palestra educativa e da consulta médica de acolhimento; (4) a satisfação em relação às atividades de acolhimento; e (5) a identificação de aspectos positivos e negativos da participação no processo de acolhimento.

No questionário aplicado ao Grupo B (Anexo 3) constam 16 perguntas, abertas e fechadas, com o intuito de verificar: (1) a apreensão dos pacientes sobre as informações oferecidas na palestra educativa; (2) a satisfação dos pacientes em relação às atividades do acolhimento; e (3) os aspectos positivos e negativos do processo de acolhimento.

A coleta de dados do Grupo A aconteceu entre 15 de agosto e 21 de novembro de 2016. Nesse período realizaram-se oito acolhimentos, totalizando 82 pacientes. Desses foram entrevistados 10 pacientes (Tabela I). O Grupo B foi entrevistado entre 21/07/2016 e 17/08/2016, sendo avaliados sete pacientes, mas inseridos apenas cinco na pesquisa devido perda de dados. Os dados médicos clínicos foram coletados nos prontuários.

As entrevistas foram transcritas para posterior análise de conteúdo, segundo proposta de Bardin (1977)⁶. Os dados quantitativos – sociodemográficos, médico-clínicos e respostas às questões objetivas - foram analisados utilizando-se estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados demográficos e médico-clínicos (Tabela 1) demonstraram que, dos 15 entrevistados, 86% foram mulheres e 14% foram homens, 40% tinham o ensino fundamental incompleto, 46%, ensino médio completo, 6% fundamental completo e 6% superior completo. Em relação aos locais de moradia, verificou-se que 26% dos entrevistados não residem no Distrito Federal, sendo metade destes da região do entorno. Quanto ao diagnóstico, verificou-se que o diagnóstico mais presente é de câncer de mama (40%), seguido de câncer de pulmão (13%), ovário (13%) e pâncreas (13%). Também houve entrevistados com diagnóstico de câncer de intestino, cérebro e gástrico. A amostra foi compatível com o perfil de usuários atendidos na unidade, maioria de mulheres, e maior parte com diagnóstico de câncer de mama.

O registro do tempo de espera na fila para marcação do acolhimento foi feito conforme relato do paciente, não se tratando, portanto, de dados confirmados. Verificou-se que a média do tempo de espera na fila foi de 22 dias, sendo o maior tempo de espera de 60 dias, e o menor de sete dias. No dia do acolhimento, o tempo que os pacientes permaneceram na unidade em função dessa atividade também foi medido pelo horário que informavam terem chegado. Obteve-se que o tempo médio de permanência foi de 03 horas e 20 minutos (220,5 minutos), sendo o maior tempo relatado de 04 horas e 30 minutos. Para o Grupo B verificou-se que o tempo médio desde o acolhimento até a entrevista foi de 40 dias.

Tabela 1 Dados demográficos e médico-clínicos

ID	Sexo	Idade(em anos)	Escolaridade	Local de moradia	Hospital de origem	Diagnóstico	Tempo na fila (dias)	Permanência acolhimento (min)	Tempo entre acolhimento e entrevista (dias)
A1	F	75	Fund. Incompleto	Samambaia	HUB	CA	10	240	-
A2	F	51	Médio completo	Gama	HRG	pâncreas CA mama	15	220	-
A3	F	63	Médio completo	Baianópolis BA	HUB	CA pulmão	20	180	-
A4	M	45	Fund. Incompleto	Formosa	HUB	CA cérebro	45	180	-
A5	F	55	Médio completo	Taguatinga	HUB	CA pulmão	7	195	-
A6	F	61	Fund. Incompleto	Ceilândia	H.	CA intestino	60	260	-
A7	F	55	Médio completo	Planaltina	Anchieta HUB	CA gástrico	15	270	-
A8	F	48	Fund. Incompleto	-	-	CA mama		210	-
A9	F	52	Médio completo	-	HUB	CA mama	30	240	-
A10	F	53	Médio completo	Taguatinga	-	CA mama	10	210	-
B1	F	41	Fund. Incompleto	Cabeceira MG	HBDF	CA ovário	15	-	45
B2	F	49	Fund. Completo	Águas Lindas GO	HRC	CA mama	30	-	17
B3	F	36	Fund. Incompleto	Valparaíso - GO	PSVP	CA mama	7	-	54
B4	M	65	Médio completo	Taguatinga	HBDF	CA		-	44
B5	F	33	Superior completo	Planaltina	HBDF	pâncreas. CA ovário	30	-	42

Notas: ID: identificação; F: feminino; M: masculino; HRG: Hospital Regional do Gama; HRC: Hospital Regional de Ceilândia; HBDF: Hospital de Base do Distrito Federal; PSVP: Posto de Saúde de Valparaíso

O conteúdo das entrevistas do Grupo A foi dividido de acordo com as etapas do acolhimento: a) pré-grupo de acolhimento, relativo a acontecimentos anteriores ao grupo de acolhimento, como entrega de documentos e marcação; b) avaliação da equipe multiprofissional, relativa às entrevistas individuais realizadas por cada equipe; c) palestra multiprofissional, relativa à percepção da palestra educativa realizada no acolhimento e sua comparação com o Grupo B; d) consulta médica de acolhimento, relativa à consulta médica que é realizada após a palestra. Foi analisada também a apreensão do conteúdo da palestra, fazendo um comparativo entre Grupo A e B.

Quanto à avaliação das etapas ocorridas antes do acolhimento (Tabela 2), todos os usuários relataram satisfação em relação ao tempo entre a entrega dos documentos e a marcação. Três participantes condicionaram sua avaliação positiva à percepção de que serviços públicos de saúde costumam demorar mais do que o ocorrido, e um entrevistado relatou que estava sentindo dor durante o tempo que ficou esperando, porém, sentia-se satisfeito porque acha que há pessoas em situação pior. Outros motivos apresentados para a boa avaliação dos entrevistados foram: agilidade/rapidez para exames e consultas e o atendimento dos profissionais.

Os resultados de satisfação com o tempo de espera na fila, motivados principalmente pela expectativa de que o serviço público costuma demorar, podem ser justificados, segundo Perasuraman, Zeithalm e Berry, 1988 (citado em Ribeiro, 2010)⁷, pela diferença entre a expectativa do usuário e a experiência vivida. Além disso, como podem existir pacientes com sintomas ativos em filas de espera, é preciso que se desenvolvam estratégias para identificá-los e orientá-los para que os sintomas iniciais possam ser tratados enquanto esperam, priorizando a qualidade de vida.

Em relação à ligação para marcação do acolhimento, as entrevistas foram analisadas quanto à percepção de satisfação dos pacientes e quanto ao conteúdo do telefonema relatado por eles. Percebeu-se que, apesar da maioria ter apresentado boa avaliação, as informações fornecidas foram insuficientes ou mesmo incompatíveis com a realidade da rotina de acolhimento, não sendo explicado no que consiste a atividade, com avaliação multiprofissional e atividade educativa, seu tempo de duração, e que a consulta médica se trata de uma avaliação inicial. Segundo Leandro & Branco (2011)⁸ a qualidade na prestação de serviços hospitalares necessita do treinamento e desenvolvimento dos recursos humanos. Tal fato sugere que há necessidade de capacitar a equipe administrativa quanto às orientações fornecidas aos pacientes, como também que há necessidade de padronização das informações mínimas que devem ser fornecidas.

Tabela 2 Categorias relacionadas à avaliação Pré grupo de acolhimento

Categoria	Subcategoria	Caracterização	N	Falas
Tempo para ser chamado ao tratamento	Satisfação	Relato de satisfação com o tempo entre a entrega de documentos e ser chamado para o grupo de acolhimento.	9	<p><i>“Satisfeitíssima”</i></p> <p><i>“Fiquei muito satisfeito.”</i></p> <p><i>“Muito satisfeita.”</i></p>
	Satisfação condicionada à percepção do serviço público	Relato de satisfação devido à percepção de que o serviço público costuma ser demorado	3	<p><i>“Eu acho que... vendo assim o tanto de gente que tem, né, eu acho que satisfeita.”</i></p> <p><i>“Pelo tempo de espera, pelo tempo de chamada, pra mim, pelo jeito que se encontra o país, tá muito bem.”</i></p>
	Satisfação condicionada à sintomas físicos	Percepção de que o tempo foi longo devido a sintomas de dor durante espera	1	<p><i>“Na realidade, eu tô mais ou menos, porque como eu tava sentindo muuuuuita dor... demorou mais de 30 dias. Apesar de que eu sei que tem pessoas que tem mais necessidades, né. Problemas mais graves, ne. Na verdade, eu até vou entrar em contradição com a minha resposta, eu tenho mais é que falar que eu tô muito satisfeita, de ter chamado no meio de tantas pessoas, né. Na realidade, se for olhar outro lado, a realidade, eu tô até muito satisfeita, tem gente que espera muito mais... né.”</i></p>

Ligação para agendamento do acolhimento	Satisfação com as informações fornecidas	Percepção de que as informações foram suficientes	6	<i>“Fiquei satisfeita. Porque ela respondeu o que eu precisava, perguntei se precisava alguma coisa, né, porque já fui em outros hospitais, até clínica particular; ‘não, era pra ter trazido tal’ ‘ah, mas vc não falou, não avisou’, então eu fiquei satisfeita.”</i>
	Insatisfação com as informações fornecidas	Percepção de que as informações foram insuficientes para preparação do paciente sobre o dia de acolhimento.	4	<i>“Não, eles tinham que explicar direitinho, né, que a gente vinha mais... preparada.” “Eu achei, no caso na hora de ligar pra falar que vai ter o acolhimento, eles podiam... porque é demorado, né, pra avisar o tempo, pra vir preparado, porque é demorado, pra pessoa se preparar.”</i>
	Informações insuficientes ou incompatíveis com o contexto do acolhimento	Relatos de informações insuficientes ou incompatíveis com o acolhimento	6	<i>“Nada, só pra comparecer”</i> <i>“(...)quando eu recebi a ligação, ela só falou que foi marcado pra hoje, pra trazer os documentos pessoais e um exame novo, só.”</i>
	Informações suficientes	Relatos de informações adequadas fornecidas aos pacientes	2	<i>“A menina ligou dizendo que eu tinha que comparecer aqui, que ia ter uma reunião, com nutricionista, psicólogo... que eles iam me orientar a respeito do tratamento e em seguida eu ia ter uma consulta com o médico.”</i>

Notas: N: número de falas dessa categoria identificadas nas entrevistas

Em relação à avaliação da equipe multiprofissional (Tabela 3), todos os entrevistados avaliaram positivamente as entrevistas individuais. As justificativas para a satisfação se deram em maior parte pela postura dos profissionais, citados como humanos educados e acolhedores e em outra parte pelo esclarecimento de dúvidas e recebimento de novas informações. Essa avaliação demonstra que a postura dos profissionais está de acordo com os indicadores da PNH quanto ao conhecimento dos profissionais de referência pelos usuários, quanto à garantia de informações relacionadas à sua saúde e quanto ao atendimento acolhedor e resolutivo¹.

Tabela 3 Categorias relacionadas à avaliação da equipe multiprofissional

Categoria	Subcategoria	Caracterização	N	Falas
Entrevistas individuais	Satisfação	Relato de satisfação com as entrevistas	9	<i>“Satisfeita”</i> <i>“Fiquei muito satisfeita”</i>
	Satisfação devido à postura dos profissionais	Postura de atenção, acolhimento	4	<i>“Porque as meninas foram muito educadas, tratam a gente tão bem... muito humano isso aqui, eu gosto.”</i> <i>“Ah, eu gostei assim, do acolhimento, das perguntas, dos profissionais.”</i>
	Satisfação devido à esclarecimento de dúvidas	Recebimento de novas informações, esclarecimento de dúvidas existentes	2	<i>“Porque foi bem explicado, igual foi explicado, a gente tem muita dúvida, porque é uma situação nova que a gente tá vivendo. Então achei muito satisfatória a maneira que cada um explicou, né, abordou a situação, eu achei muito bom”</i>

Notas: N: número de falas dessa categoria identificadas nas entrevistas.

Existiram dificuldades para avaliar a consulta médica de acolhimento (Tabela IV) devido a alguns pacientes já terem passado pela consulta médica anteriormente, não necessitando da consulta de acolhimento, não respondendo às perguntas que avaliaram esse aspecto. Dos que

responderam, a maior parte se disse satisfeita com o atendimento devido à postura do médico, descrita como educada e atenciosa. Entretanto, alguns entrevistados relataram frustração pela expectativa de passar por uma consulta médica usual e não a que ocorre de fato, que consiste numa breve orientação, verificação de exames, documentação e sintomas; embora tal diferença seja explicada na palestra.

A insatisfação deveu-se principalmente à discrepância entre expectativa e o serviço efetivamente prestado, com relato de insatisfação por percepção de não-resolutividade. Além disso, as experiências e condições de cuidado médico anteriores e o estado atual de saúde são fatores que afetam a percepção dos usuários quanto à assistência prestada⁷. Para aumentar a satisfação dos usuários, sugere-se que a informação sobre a consulta também seja fornecida durante o telefonema de marcação. Também poderia ser utilizada outra nomenclatura para diferenciá-la das consultas médicas às quais estão acostumados.

Tabela 4 Categorias relacionadas à consulta médica de acolhimento

Categoria	Subcategoria	Caracterização	N	Falas
Percepção sobre a consulta médica de Acolhimento	Satisfação	Relato de satisfação em relação à consulta médica de acolhimento	6	<i>“Satisfeita, satisfeítíssima” “Fiquei satisfeito”</i>
	Satisfação devido a postura dos profissionais	Satisfação com a consulta devido à postura do médico	5	<i>“A educação do médico. Isso conta muito (...) Ele olhou, sabe. Deu uma pausa boa, né, eu perguntei pra ele uma coisa que ele me respondeu. Isso pra mim é muito importante” “Todos os médicos me atenderam muito bem, todos, sem exceção.”</i>
	Expectativas não atendidas	Expectativa de consulta médica não atendida	2	<i>“Você tá esperando que vai ser uma consulta, né, consulta mesmo, igual a gente já foi em hospital, você também já foi em hospital, você sabe que o médico vai perguntar, não sei o que, não sei o que, aí você entra lá e o médico só marca o dia da sua consulta...”</i>

Quanto à percepção dos entrevistados sobre a palestra multiprofissional (Tabela 5), todos relataram sentirem-se satisfeitos. As justificativas da avaliação positiva fornecidas pelo Grupo A foram em sua maior parte devido ao esclarecimento de dúvidas e aprendizado de novas informações, enquanto que para o Grupo B a boa percepção justificou-se pela postura dos profissionais, classificada como acolhedora, carinhosa e respeitosa. Além disso, no Grupo B houve um relato de redução de ansiedade após as informações da palestra. Por outro lado, no Grupo A dois entrevistados relataram dificuldade para ouvir a palestra e um deles sugeriu uso de microfone, e relatou incômodo com a conversa paralela entre os profissionais, atrapalhando a audição dos pacientes.

A boa avaliação foi novamente evidenciada pelos indicadores da PNH presentes nessa etapa do acolhimento. Nessa etapa, a satisfação foi justificada por alguns fatores que Mirshawka (citado em

Ribeiro 2010)⁷ evidencia como indicadores de qualidade nos hospitais sob a ótica do usuário, como compreensão das necessidades dos pacientes, atenção diferenciada ao paciente e bons profissionais. E os fatores de insatisfação foram ligados aos indicadores de qualidade do ambiente e também da postura profissional. Em comunicação, as mensagens são interpretadas também pelo comportamento do emissor (Silva, 2005)⁹, dessa forma, o barulho provocado pelos próprios profissionais, mesmo que relacionado à discussão de casos, pode emitir sinais conflitantes, como desinteresse e falta de atenção.

Evidenciou-se também na comparação entre grupos que logo após o acolhimento, a percepção e avaliação são focadas no conteúdo da palestra e ao aprendizado de novas informações, enquanto que no grupo de início de tratamento, a lembrança é mais afetiva e tem mais relação com a postura dos profissionais do que com o conteúdo aprendido.

Tabela 5 Categorias relacionadas à palestra multiprofissional

Categoria	Subcategoria	Caracterização	NA	Falas A	NB	Falas B
------------------	---------------------	-----------------------	-----------	----------------	-----------	----------------

Percepção dos entrevistados	Satisfação	Percepção de satisfação quanto à palestra	9	“Satisfeita” “Fiquei satisfeito”	5	“Muito satisfeita” “Fiquei satisfeita com tudo”
	Esclarecimento de dúvidas	Relato de satisfação devido ao esclarecimento de dúvidas e aprendizado de novas informações	6	“Foi muito bem abordado, né, pra mim não ficou dúvida” “Porque a palestra, ela vai esclarecer muito, e nos ajudar muito, né... fala um pouco de cada função, né, de cada coisa. Isso é muito importante. “	1	“A gente aprendeu muita coisa”
	Postura dos profissionais	Satisfação relacionada à postura dos profissionais	0	-	3	“Ué, o que contribui pra mim, bom, pra mim... pra mim o que vale é a intenção dos médicos, a intenção do... de todos aqui, entendeu, com o paciente, porque isso também ajuda muito o paciente, entendeu? O que importa pra mim é o carinho, é o respeito, é o que eu vi aqui que é o que eles tem, que eles realmente fazem o que gosta, que eles querem ajudar realmente(...)”
	Redução de ansiedade	Relato de redução de ansiedade após informações apresentadas	0	-	1	“Ajudou... eu vim muito tensa e quando cheguei dei uma relaxada, assim quando eu vim.”
	Dificuldade em escutar a palestra	Relato de interferências no ambiente que prejudicam entendimento da fala dos palestrantes	2	“Ah, porque a gente não ouve direito, não ouvi direito” “Posso dar uma sugestão? Usar um microfone (...) E os profissionais também tavam atrapalhando a palestra, quem não estava apresentando, estava ali conversando e atrapalhava quem tava aqui.”	0	-

Notas: NA: número de falas dessa categoria nas entrevistas do Grupo A; NB: número de falas dessa categoria nas entrevistas do Grupo B

Quanto ao conteúdo da palestra, para melhor avaliação, as perguntas foram divididas segundo as etapas contidas na própria apresentação: funcionamento do CACON e ações de cada equipe multidisciplinar, sendo subdivididas em categorias, de acordo com o conteúdo da apresentação.

Em todas as etapas notou-se maior dificuldade no Grupo B de lembrar e relatar o conteúdo da palestra, havendo até mesmo falta de resposta. Nesse grupo sobressaíram respostas mais focadas na postura profissional e lembranças afetivas. Além disso, no Grupo B evidenciou-se mais fusão de informações, havendo dificuldade para diferenciar entre as experiências vividas no acolhimento e as relacionadas ao percurso posterior até o início de tratamento, como as próprias consultas com os profissionais. No Grupo A também houve fusão entre o que é falado na palestra e as entrevistas individuais de cada profissional, havendo dificuldade de separação entre essas informações durante

a entrevista.

Sobre o funcionamento do CACON, a informação mais citada em ambos os grupos foi a de que em caso de emergência deve-se procurar o pronto-socorro mais próximo de casa. Também houve lembrança significativa da necessidade de desmarcar as consultas quando for necessário faltar.

Na palestra da equipe médica, a informação mais citada diz respeito à individualidade de cada organismo aos efeitos da quimioterapia e desmistificação desse tipo de tratamento. Quanto à radioterapia, nem todos os participantes tiveram essa parte da palestra, dificultando análise em ambos os grupos. No Grupo B, percebeu-se fusão das informações com experiências e até desejos pessoais, evidenciado no relato:

“Aprendi que... quimio é... vamos supor assim, a nossa salvação, né, não tem outra coisa o que fazer, né, a não ser isso, né, tem que enfrentar mesmo, né”

Em relação à palestra de nutrição, percebeu-se fusão significativa entre às informações oferecidas na entrevista individual e na palestra, evidenciada nos relatos que informaram prescrições individuais, como evidenciado na fala:

“Ah, eles pediram pra que eu procurasse me alimentar com alimentos saudáveis, evitar perder peso, caso fosse necessário, usar um suplemento pra manter esse peso, caso eu perdesse o apetite ou dificuldade pra me alimentar, procurar o serviço pra que eles me dessem orientação a respeito.”

“Foi bem no começo, né? Praticamente o que ela conversou com a gente, né.”

A palestra da equipe de odontologia não foi realizada em todos os acolhimentos, prejudicando a análise. No entanto, chamou a atenção que na maior parte dos relatos apareceram informações incompatíveis ou relacionadas à experiência pessoal, além de recordarem que informações sobre saúde bucal foram fornecidas por profissionais de outras áreas.

“Ah, acho que boa coisa, né, bateram umas chapas, umas radiografias, e disse que eu tenho que fazer, que tá muito inflamado. ”

“Olha, não teve odontologia... Mas o médico que falou que se tivesse algum problema, que a gente tinha aqui uma equipe, que podia procurar, pra fazer um ‘laserzinho’ na boca se tivesse algum problema, e a higiene bucal, que foi o próprio médico que orientou, né, pra caprichar na higiene bucal. ”

No caso da equipe de terapia ocupacional, apesar de boa parte dos entrevistados apresentarem dificuldade para recordar as informações, o conteúdo citado pela maioria estava compatível com a palestra e entrevistas, demonstrando apreensão adequada. Houve também relato nos dois grupos de confusão entre esse profissional e os profissionais de fisioterapia e psicologia.

“Assim, como... eu acho... assim... eu entendi algumas coisas, é que eu misturei um pouco assim, o terapeuta com o psicólogo, né. Ai eu misturei assim, não diferenciei muito assim, sabe.”

Quanto à palestra de fisioterapia, houve baixa apreensão dos conteúdos, tendo a maioria dos participantes relatado não se lembrar ou não terem conseguido responder. Uma hipótese é o fato de que esse profissional não realiza entrevistas individuais com todos os pacientes, o que, para os profissionais de outras áreas, mostrou-se eficiente para melhorar a apreensão e conhecimento do paciente.

Em relação à palestra do serviço social, a maior parte da lembrança dos entrevistados foi em relação aos direitos sociais citados por essa equipe, porém também com fusão com as entrevistas individuais.

Quanto à palestra da psicologia, os conteúdos mais citados foram as reações emocionais que podem ocorrer durante o tratamento, que o profissional de psicologia ajuda a lidar com a situação atual, e a dica de anotar as dúvidas e observações para aproveitar melhor a consulta.

A comunicação em saúde, quando adequada, é uma ferramenta importante para a eficácia de programas de educação em saúde, porque tem a capacidade de aumentar o conhecimento do usuário a respeito de problemas e soluções de saúde¹⁰. As ações educativas não são meras transmissões de informações, pois, segundo autores, seria baixa a chance de acesso a essas informações quando necessário. Segundo esses autores, seria eficiente a construção de conhecimento com base em práticas do cotidiano, levando em consideração a subjetividade dos indivíduos¹¹.

A comunicação efetiva é necessária para que o profissional consiga ajudar o paciente na produção de seu próprio cuidado, identificando problemas e modificando comportamentos⁹. Além disso, a comunicação escrita por meio de material impresso pode facilitar o processo educativo, possibilitando consulta posterior, podendo até mesmo ajudar na superação de dificuldades na apreensão dos conteúdos. No entanto, só alcança esse efeito se for utilizado vocabulário adequado, de fácil leitura e com elementos convidativos¹⁰.

Diante disso, ressalta-se a necessidade de que a palestra educativa seja reestruturada de modo a focar-se no cotidiano do paciente e seja apresentada de forma interdisciplinar, não fragmentada, facilitando a aplicação das informações pelos usuários em seu dia-a-dia e melhorando a apreensão. O tempo utilizado para realizar o acolhimento poderia ser otimizado, evitando-se repetir na palestra informações das entrevistas. Além disso, sugere-se a elaboração de material escrito, como cartilhas, panfletos, para melhorar a apreensão e recordação dos conteúdos. As informações coletadas demonstraram que o paciente absorve parcialmente as informações, mas que valoriza o vínculo profissionais-pacientes, o que deve ser priorizado. Quanto às informações, estas poderiam ser mais pontuais, direcionadas ao conhecimento mínimo necessário para iniciar o tratamento, sendo complementadas nas entrevistas individuais e por meio de material escrito. Percebeu-se que o principal fator que faz com que o usuário se sinta amparado e satisfeito é a postura empática e acolhedora da equipe.

Tabela 6 Conteúdos da palestra segundo entrevistados

Etapas da palestra	Categoria	Conteúdos citados na entrevista	NA	NB	Total
Funcionamento CACON	Consultas	As consultas devem ser agendadas Quando não puder vir, é preciso desmarcar as consultas	3	1	4
	Emergência	Respeitar os horários de consulta	7	3	10
		Em caso de emergência, ir à emergência médica mais próxima de casa			
	Direitos	Em caso de emergência, procurar a emergência do hospital	1	-	1
		Em caso de emergência, ligar pedindo orientação	1	1	2
		Direito de ser acompanhado	1	-	1
		Direito de ter as explicações sobre o tratamento	1	-	1
		Direito a tratamento humanizado	2	-	2
	Deveres	Direito a internação caso precise	1	-	1
		Direito a consultas, exames, dentista, ginecologista.	1	1	2
Dever de zelar pelo patrimônio		2	1	3	
Lembrança afetiva	Dever de respeitar os horários de consulta.	1	-	1	
	Relato a respeito da postura dos profissionais (educação, acolhimento)	5	-	5	
		Não lembra/Não respondeu	12	14	26
Equipe médica	Quimioterapia	A quimioterapia tem efeitos colaterais	3	-	3
		Os efeitos colaterais da quimioterapia são individuais	7	-	7
		Desmistificação da quimioterapia	2	1	3
	Radioterapia	Evitar contato com pessoas doentes	2	-	2
		Ter boa alimentação pode minimizar efeitos colaterais	1	-	1
		Vai cair o cabelo	-	1	1
Salvação/cura	Quimioterapia e radioterapia são diferentes	1	2	3	
	Na radioterapia é feita uma marca no corpo, se for na cabeça	1	1	2	
		usa uma máscara	1	7	8
		Não lembra/não respondeu			
Nutrição	Alimentação	O mesmo que foi falado na entrevista individual	1	1	2
		Pode comer de tudo	3	1	4
		Procurar alimento saudável	4	-	4
		Manter o peso	4	-	4
		Higienizar frutas, verduras	1	-	1
	Como o profissional pode ajudar	Comer de 3 em 3 horas	1	1	2
		Procurar o serviço caso seja necessário	1	-	1
		Ajuda no funcionamento do intestino	1	-	1
		Ajuda no conhecimento de alimentação saudável	1	-	1
		Estratégias para evitar efeitos colaterais da quimioterapia	1	2	3
		Não lembra/não respondeu	3	4	7
Odontologia	Cuidado com os dentes	Escovar pelo menos 2 vezes no dia	1	-	1
		Higiene bucal	2	-	2
	Como o profissional pode ajudar	Os dentes vão ficar fracos	2	1	3
		Em caso de boca seca, ferida na boca	2	-	2
	Experiência Pessoal	A médica encaminhou	-	1	1
		Avisar caso faça tratamento no dente	-	1	1
		Não teve na palestra	5	4	9
		Não lembra/não respondeu			
Terapia Ocupacional	Como o profissional pode ajudar	O atendimento com esse profissional é um direito	1	-	1
		Manter as atividades do dia-a-dia	4	-	4
	Dificuldade para diferenciar terapeuta com outros profissionais (fisioterapeuta e psicólogo)	1	1	2	
Fisioterapeuta	Como o profissional pode ajudar	Ocupar o tempo com o que gosta	1	3	4
		Não lembra/não respondeu	4	3	7
		Caso precise, está disponível	1	-	1
Serviço social	Direitos	Fortalecer os músculos	1	-	1
		Ajudam em caso de limitação/dor	1	-	1
		Fazer exercício em casa	7	4	11
		Não lembra/não respondeu			
Como o profissional pode ajudar	Pacientes possuem direitos sociais (transporte, impostos, INSS, IPTU, FGTS, pis)	9	3	12	
	Existem serviços em suas regiões de moradia que podem auxiliar	2	-	2	
	Auxilia na obtenção dos direitos	4	2	6	
		Orienta sobre o que cada um tem direito.	3	5	8
		Não lembra/Não respondeu	2	5	7

	Reações emocionais	Apoio é necessário	1	-	1
		Reações emocionais (medo, insegurança, ficar triste, isolado, angústia, nervosismo)	6	3	9
		Sei forte não quer dizer não ter medo (referência à frase do final)	1	-	1
		É preciso se comunicar com as pessoas sobre sentimentos	1	-	1
		Religião ajuda	1	1	1
		Acompanhante tem que ajudar	1	1	1
		Tem que ter calma	1	1	1
		Anotar dúvidas e observações	5	-	5
Psicologia	Como aproveitar melhor consultas	Perguntar dúvidas	4	2	6
		Ajudam a lidar com a situação atual (tratamento, problema, tristeza ou ansiedade)	5	2	7
	Como o profissional pode ajudar	Alguém que ouve/diálogo	2	1	3
		Dá dicas	6	7	13
		Não lembra/não respondeu			

Todos os entrevistados relataram achar importante manter o acolhimento como parte da rotina do serviço de oncologia, justificando que: auxilia no esclarecimento de dúvidas, fornece orientação a respeito das questões individuais, desencadeia sentimento de acolhimento e valorização, gera satisfação na chegada por perceber a educação dos profissionais com os usuários. Além disso, destacaram que foi importante receber informações sobre os direitos sociais e o incentivo para envolver o acompanhante no tratamento.

“Assim, porque o esclarecimento que a gente tem, o aprendizado que a gente tem também, tudo isso que a gente aprende, assim, o que passam pra gente, a gente precisa no dia a dia, né, a superar o que a gente vai passar.”

“É, não só pra gente, mas como foi falado, pro acompanhante. Essa parceria tem que funcionar bem, se tiver bem integrado o acompanhante com o paciente aí tudo melhora, então eu achei muito bom essa palestra nesse aspecto aí.”

“Ah, porque aqui a gente... a gente quando vem pra cá, a gente não tem noção de nada do que a gente tem direito, eu acho que esse acolhimento aqui te dá essa noção, te posiciona diante do teu problema e tudo que vc tem direito (...) a gente tem um monte de coisas que a gente pode lançar mão, tirar proveito, para melhorar a nossa condição de vida, eu acho o acolhimento importante por causa disso: a orientação.”

Esse dado está em consonância com a literatura, na qual indica-se que “o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário na produção do seu cuidado” (Campos, 1997, citado em Oliveira e cols. 2008)¹¹. Portanto, o sentimento de acolhimento e a valorização citados pelos pacientes retratam a eficácia dessa ação para a humanização do serviço.

Vale discutir sobre esses dados o aspecto da desajustabilidade social, em que se distorce a informação para serem melhor aceitos socialmente, negando comportamentos desfavoráveis e criando uma representação mais aceitável e que não cause prejuízo para si¹². Esse fator pode ter influenciado a avaliação positiva dos usuários, principalmente porque as entrevistas foram realizadas por profissionais que fizeram parte da condução dos acolhimentos avaliados.

Nesse mesmo sentido, autores indicam que os usuários do SUS costumam direcionar positivamente suas avaliações de satisfação quanto ao serviço, principalmente devido ao receio de que respostas desfavoráveis tragam consequências em seus atendimentos¹³. Tal preocupação foi constatada pela pesquisadora durante as entrevistas, em que se percebia resistência dos entrevistados para realizar críticas ou se dizerem insatisfeitos. Por outro lado, ao compararem o serviço avaliado com outras unidades de saúde pública, consideraram o atendimento recebido positivamente diferente o que, mesmo que não seja realizado o atendimento ideal, já aumenta a percepção positiva.

CONCLUSÃO

A percepção geral dos pacientes a respeito do acolhimento foi de satisfação, porém, deve-se levar em consideração a desajustabilidade e vulnerabilidade social dos usuários no momento da entrevista, no qual estavam ingressando no serviço.

As principais críticas foram em relação ao ambiente, à dificuldade para ouvir as palestras; e ao telefonema de marcação, com falta de informações adequadas sobre o acolhimento. Os principais fatores citados como positivos foram a postura dos profissionais e o esclarecimento de dúvidas, posturas compatíveis com a PNH e literatura a respeito do acolhimento.

Verificou-se que as informações da palestra são parcialmente apreendidas, sendo a entrevista individual fator importante na apreensão dos conteúdos. No Grupo B, as experiências individuais que os pacientes tiveram entre o acolhimento e a avaliação foram mais presentes nos relatos do que a memória dos conteúdos da palestra, como também havia maior ênfase aos componentes afetivos do que às informações apreendidas.

Diante desses dados, percebe-se que serviços de oncologia poderiam se beneficiar de atividades de acolhimento, compostas por entrevistas individuais, palestras pontuais e interdisciplinares, apresentação dos conteúdos de forma padronizada e objetiva e, principalmente, investimento no estabelecimento do vínculo profissional-usuário. Para evitar a sobrecarga de informação, minimizar o tempo utilizado e melhorar o acompanhamento do conteúdo da palestra, seria interessante reorganizar a palestra de forma a evitar a repetição de conteúdos já abordados nas entrevistas individuais. Além disso, como acontece em diferentes serviços, há falta de treinamento da equipe administrativa para a abordagem aos pacientes, o que precisa ser revisto. Sugere-se que haja capacitação e sistematização das informações que serão fornecidas pela equipe administrativa no momento do telefonema para marcação do acolhimento.

Para acompanhamento da satisfação do usuário ao longo do tratamento, é necessário que a percepção deles sobre as várias experiências no serviço de saúde seja constantemente avaliada para crescimento da qualidade do serviço. Sugere-se que em próximas avaliações as entrevistas sejam realizadas por pessoas que não fazem parte da ação/intervenção avaliada e, idealmente, que sugestões e críticas possam ser realizadas de forma anônima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília, Brasil; 2010.
2. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública, 1999; 15(2), 345-353.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, Brasil; 2004.
4. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Revista Saúde Pública, 2000; 34(5), 547-59.
5. Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Ciência Saúde Coletiva, 2007; 12(4), 999-1010.
6. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
7. Ribeiro DF. Qualidade em serviços públicos de saúde: a percepção dos usuários do hospital universitário em um município paraibano. Dissertação de Doutorado, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2010.
8. Leandro AIP, Branco ES. Importância do treinamento e desenvolvimento nos serviços de saúde. RAHIS, 2011 jan/jun; (6), 64-69.
9. Silva MJP. Comunicação tem remédio. Edições Loyola; 2005.
10. Moreira MF, da Nóbrega MML, da Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, 2003 mar/abr; 56(2), 184-188.
11. Oliveira A, da Silva Neto JC, Machado MLT, de Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN, Oliveira A. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2008 out/dez; 12(27), 749-762.
12. Gouveia VV, Guerra VM, Sousa DMFD, Santos WS, Costa JDM. Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne: evidências de sua validade fatorial e consistência interna. Avaliação Psicológica, 2009; 8(1), 87-98.
13. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba, NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2010; 1419-1440.

Artigo apresentado em 21/02/2017

Artigo aprovado em 30/04/2017

Artigo publicado no sistema em 19/09/2017