

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

ESCOLA DO PARLAMENTO

PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*

“LEGISLATIVO E DEMOCRACIA NO BRASIL”

Patrícia Ferreira de Mendonça

O acolhimento: pistas para o aprimoramento da

Comunicação Pública em Saúde

São Paulo

2015

PATRÍCIA FERREIRA DE MENDONÇA

**O acolhimento: pistas para o aprimoramento da
Comunicação Pública em Saúde**

2015

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

ESCOLA DO PARLAMENTO

PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

“LEGISLATIVO E DEMOCRACIA NO BRASIL”

Patrícia Ferreira de Mendonça

O acolhimento: pistas para o aprimoramento da

Comunicação Pública em Saúde

Monografia apresentada à Escola do Parlamento da Câmara Municipal de São Paulo como requisito parcial para aprovação no curso de Pós-Graduação Lato Sensu “Legislativo e Democracia no Brasil”

Orientador: Prof. Dra. Maria Nazaré Lins Barbosa

São Paulo

2015

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

ESCOLA DO PARLAMENTO

PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

“LEGISLATIVO E DEMOCRACIA NO BRASIL”

Patrícia Ferreira de Mendonça

O acolhimento: pistas para o aprimoramento da

Comunicação Pública em Saúde

Média da avaliação da banca examinadora.

Nota Final: _____

São Paulo, ____ de _____ de 2015.

ORIENTADOR: Prof. Dra. Maria Nazaré Lins Barbosa

AGRADECIMENTOS

A equipe da Escola do Parlamento por oferecer um curso de qualidade para um público tão diversificado.

Aos professores, por descortinar um universo tão rico sobre o funcionamento do Poder Legislativo e da Gestão Pública.

Aos meus amigos da UBS Joaquim Antônio Eirado pela colaboração e paciência.

Aos meus filhos, Matheus, Maria Luisa e Júlia por compreenderem minhas ausências e apoiarem minhas decisões.

Ao meu marido, pela colaboração, pela assessoria tecnológica e pelo apoio irrestrito aos meus projetos.

Por fim, agradeço imensamente à minha mãe pela dedicação, por estar sempre ao meu lado, qualquer que fosse a aventura. Nesta empreitada nos separamos no meio do caminho, ela tinha outros projetos para dar andamento. Onde quer que você esteja, mãe: terminamos.

RESUMO

Este trabalho propõe uma reflexão sobre as tendências observadas na política de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde, de âmbito local. Apresentam-se elementos teóricos sobre a comunicação pública e a comunicação em saúde, bem como a orientação das normas federais vigentes com vistas à humanização do atendimento em saúde. A partir das vertentes conceitual e legal, o presente trabalho traz subsídios para uma análise crítica da política de atendimento ao usuário do sistema único de saúde no município de São Paulo. O trabalho sugere que o acolhimento é o momento crucial para promover o acesso à informação em saúde. Este poderia ser otimizado mediante um eficiente balcão de informações. No entanto, as normas locais têm privilegiado certa burocratização no atendimento, e não têm contribuído, aparentemente, para a melhoria do acolhimento.

ABSTRACT

This work proposes a reflection on trends in the policy of assistance to users of the Unified Health System in Basic Health Units, from the local level. We present theoretical elements on public communication and health communication, as well as the orientation of federal regulations in force in order will humanization of health care. From the conceptual and legal aspects, this work brings benefits to a critical analysis of compliance with the single system user health policy in São Paulo. The work suggests that the host is the crucial time to promote access to health information. This could be optimized by an efficient information desk. However, local regulations have certain privileged bureaucracy in attendance, and have not contributed, apparently, to improve the reception.

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE AUTORAL E
AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO.

Eu, Patrícia Ferreira de Mendonça, declaro ser a autora desta Monografia apresentada à Escola do Parlamento da Câmara Municipal de São Paulo para o Curso de Pós-Graduação “Legislativo e Democracia no Brasil” e que qualquer assistência recebida em sua preparação está divulgada no interior da mesma. Declaro também que citei todas as fontes das quais obtive dados, ideias ou palavras, usando diretamente aspas (“ ”) ou parafraseando, sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravações ou quaisquer outros tipos. Declaro por fim, que este trabalho poderá ser publicado por órgãos de interesse público. Declaro que o presente trabalho está de acordo com a Lei 5988 de 14/12/1973, Lei de proteção intelectual, e que recebi da Instituição, bem como de seus professores, a orientação correta para assim proceder. Em ambos os casos responsabilizo-me exclusivamente por quaisquer irregularidades.

São Paulo, 28 de julho de 2015.

Patrícia Ferreira de Mendonça

SUMÁRIO

Capítulo I – Introdução	10
1.1 Objetivo.....	11
1.2 Justificativa	11
1.3 Metodologia	13
Capítulo II - A Comunicação no âmbito do serviço público: algumas considerações	15
2.1 A Comunicação nas instituições e na esfera pública	15
2.2 A Comunicação no âmbito público e o poder simbólico	20
Capítulo III – A Comunicação Pública em Saúde	22
3.1 Atendimento ao público	23
3.1.1 Aspectos essenciais do atendimento.....	24
3.1.2 Discurso no atendimento	25
Capítulo IV – A humanização como modelo de atenção e de gestão nos serviços de saúde	27
4.1 Princípios da Política Nacional de Humanização	28
4.2 Acolhimento	29
4.3 O acolhimento nas normas do Município de São Paulo	31
Capítulo V – Conclusões: pistas para o aprimoramento na comunicação em saúde, no que tange ao acolhimento dos usuários dos SUS	36
Bibliografia	40

Capítulo I – Introdução

A realidade socioeconômica do nosso país é um desafio para as políticas de saúde. Embora a Constituição de 1988 haja reconhecido a saúde como um direito, não logramos êxito em oferecer cuidados efetivos e com qualidade. Ao estabelecermos o parâmetro universal de que saúde não é ausência de doença, é necessário garantir serviços de promoção da qualidade de vida e prevenção.

Um dos fatores que favorece o desenvolvimento de boas práticas de prevenção é intensa e ininterrupta campanha de conscientização da população em relação a seus direitos básicos de saúde e quanto à forma de acessá-los. Isto supõe uma comunicação entre o poder público e o cidadão usuário do serviço de saúde pública.

A comunicação eficiente pressupõe que o emissor leve em conta o repertório e a capacidade de entendimento de seu receptor. No caso do poder público, a sociedade é seu público alvo, então a mensagem deve ser inteligível, compreensível e atraente. Principalmente, em momentos em que o cidadão está fragilizado, em busca de soluções para seus problemas de saúde ou de seus familiares.

Na maioria das vezes necessita-se basicamente de esclarecimentos pertinentes a cada situação em particular.

O acolhimento nos serviços de saúde é de fundamental importância para estabelecer o vínculo com o usuário e garantir sua adesão e participação nas políticas de prevenção e promoção da saúde. Nosso objeto de estudo é a

comunicação no acolhimento enquanto ferramenta fundamental para a efetividade do atendimento.

1.1 Objetivo

O objetivo do presente trabalho é propor uma sugestão de melhoria no *acolhimento* do usuário do serviço público de saúde, em unidades básicas de saúde.

Entendemos que a informação efetiva, clara e objetiva no acolhimento ao usuário dos serviços de saúde é de fundamental importância para o atendimento às demandas de promoção da saúde. Além disso, é um instrumento capaz de consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde e o exercício da cidadania.

1.2 Justificativa

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, em junho de 2009, propõe seis princípios basilares que, juntos, asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados.

Tais princípios asseguram ao cidadão dos seguintes direitos:

1. Acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
2. Tratamento adequado e efetivo para seu problema;
3. Atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;

4. Atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; e
5. Comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

A leitura desses “direitos” contrasta com o que, frequentemente, matérias televisivas e jornalísticas referem quanto ao atendimento oferecido aos usuários do sistema único de saúde nas unidades básicas. Parafraseando o jornalista Gilberto Dimenstein, parece que vemos aí retratado um “cidadão de papel”, pois na prática os direitos estão longe de se concretizarem (DIMENSTEIN, 1992).

Outro aspecto a considerar é que, não raro, os agentes públicos desconhecem os direitos dos cidadãos, assim como os cidadãos os desconhecem. Informar ao cidadão sobre seus direitos seria o primeiro passo para o atendimento de qualidade no SUS.

A Carta dos Direitos dos usuários afirma, por outro lado, que todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada. Mas, para tanto, seria preciso que lhe fossem dadas informações claras a respeito do mesmo.

Outro aspecto: a grande maioria dos gestores desconhece o conteúdo da Carta, a imensa maioria dos servidores públicos das secretarias de saúde sequer sabe da existência de uma carta de serviços dos usuários do SUS.

Os serviços públicos de saúde estão cada vez mais complexos, com uma ampla gama de serviços oferecidos para o atendimento integral dos usuários. A porta de entrada dos serviços de saúde continua sendo a Unidade Básica de Saúde, onde se pretende fazer o acolhimento do paciente, identificar suas necessidades,

fazer a triagem inicial para poder encaminhá-lo, caso seja necessário, a outros serviços.

O acolhimento é o momento mais importante para estabelecer o vínculo com o usuário e, portanto, é no acolhimento que o processo comunicativo deve ser mais cuidadoso.

Por isso mesmo, parece-nos que a reflexão sobre a importância e o impacto deste momento – o acolhimento – poderá trazer subsídios para propostas simples, porém de grande impacto, para a concretização de alguns dos direitos dos usuários reconhecidos como fundamentais para a promoção dos serviços de saúde.

1.3 Metodologia

O presente estudo baseia-se na pesquisa documental de normas federais e da legislação do município de São Paulo sobre os direitos dos usuários de saúde pública no que tange ao atendimento.

Inicialmente, faremos algumas considerações sobre a comunicação no âmbito do serviço público. Em seguida, passaremos à análise a alguns aspectos da comunicação no âmbito da saúde e no atendimento inicial. Tendo em vista as normas legais sobre esta matéria e algumas experiências observadas na prática do atendimento, traremos na conclusão nossas propostas para o aperfeiçoamento do acolhimento ao usuário do SUS.

Acreditamos que a reflexão sobre o acolhimento e a apresentação de propostas para o seu aperfeiçoamento vem ao encontro das diretrizes da nossa

Constituição e da Política Nacional de Humanização proposta pelo Conselho Nacional de Saúde.

Capítulo II - A Comunicação no âmbito do serviço público: algumas considerações

"A comunicação, em primeiro lugar, é algo que violenta o pensamento, como diz Deleuze. Ser violento aqui é nos forçar a pensar, e as coisas que nos fazem pensar, diz o filósofo, são mais importantes que o próprio pensamento." (MARCONDES FILHO, Ciro, 2008 página 429).

Segundo o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, Comunicação é: o ato ou efeito de comunicar-se; o processo de emissão e recepção de mensagens por meio de métodos e/ou sistemas convencionados; a mensagem recebida por esses meios e a capacidade de trocar ou discutir ideias, de dialogar, com vista ao bom entendimento entre pessoas. (FERREIRA, 2004, p. 251)

Para o publicitário Duda Mendonça – em jargão que se tornou conhecido no meio publicitário – “comunicação não é o que se diz, mas o que o outro entende”.

Comunicar é tornar comum. O ato comunicativo pode ser de transmissão, quando se expõe uma informação, ou um compartilhamento, quando a informação exposta passa a ser construída por emissor e receptor, gerando novos saberes. A comunicação, enquanto representação da realidade partilha emoções, informações e expectativas.

2.1 A Comunicação nas instituições e na esfera pública

Para Torquato há quatro formas de comunicação nas instituições:

1. Comunicação Cultural: quando acontece o diálogo entre as pessoas
2. Comunicação Administrativa: comunicação burocrática
3. Sistema de Informações: bancos de dados
4. Comunicação Social: processo indireto, unilateral e público(TORQUATO, 2002, p.34).

Na perspectiva de Torquato, a gestão da comunicação deve “analisar tendências, assessorar o poder de decisão, realizar diagnósticos, prognósticos, planejar e implementar programas de comunicação que tenham como diretriz o sistema organização-público (SIMÕES, 2001, p.36).

A comunicação pública é um processo instaurado em uma esfera pública para que a existência do espaço público de debate e concretização das políticas públicas seja realidade.

Trata-se de um processo que lida diretamente com o conflito, é receptor das demandas e, automaticamente, é no processo comunicativo que estão as esperanças de solução.

Para Henry Mintzberg o gestor público quando atua na comunicação deve responder por um conjunto de comportamentos adequados, agrupados em três categorias: Interpessoal, Organizacional e Decisão.(MINTZBERG, 1973)

A gestão da comunicação nas organizações deve estar baseada em um diagnóstico, uma análise da organização e de seus públicos. Segundo Simões a comunicação organizacional se inicia com as relações humanas, interpessoais e, vai crescendo abrangendo grupos, até atingir o nível das relações públicas – um sistema social constituído pelas relações entre a organização e seu público(SIMÕES, 1992, p. 53).

Para Mintzberg, a gestão das organizações tem um papel fundamental no processo comunicativo, uma vez que detentores de informações e agentes legítimos para difundi-la, seja no ambiente interno das organizações (entre os funcionários), ou externando ao público (clientela, parceiros).

A informação nas organizações é um processo dinâmico, que se inter-relaciona, tecendo uma rede comunicativa para poder atingir seus objetivos. Por isso o processo de *feedback* é tão importante, para poder mensurar a eficácia da rede. Kunsch afirma que não podemos garantir que a informação veiculada pela organização vá satisfazer às necessidades do público alvo, pois são inúmeros os aspectos envolvidos, as particularidades das relações e o contexto do processo comunicativo (KUNSCH, 2003, p.72).

Façamos aqui um breve parêntese para diferenciar a comunicação pública da comunicação governamental

A *comunicação governamental* pode ser entendida como “processo e técnica que permite ao Estado cumprir com mais eficiência suas finalidades” (MARCELINO, 1988, p. 61). É a comunicação “praticada pelo governo, visando à prestação de contas, ao estímulo para o engajamento da população nas políticas adotadas e ao reconhecimento das ações promovidas nos campos político, econômico e social” (MONTEIRO, 2007 p. 38). Necessário ter como atributo inicial a identidade do Governo, conferindo-lhe legitimidade, uma marca que transmita transparência às ações governamentais. Deverá considerar como valores essenciais a participação, o dinamismo, agilidade e mobilidade, possibilitando o intercâmbio entre o Governo e a Sociedade, num caminho aberto e constante de idéias. Na mesma linha, Brandão complementa que comunicação governamental “é uma forma legítima de um governo se fazer presente perante a população, uma espécie de

lobby junto à opinião pública”. Ainda conforme Brandão, a comunicação governamental pode ter a preocupação de proteger e promover a cidadania; motivar, educar ou convocar os cidadãos à participação e ao cumprimento de deveres e despertar o sentimento cívico. Acrescenta que “pode ser entendida como comunicação pública na medida em que ela é um instrumento de construção da agenda pública e direciona seu trabalho para a prestação de contas, [...] provoca o debate público” (BRANDÃO, 2003, p. 20 e BRANDÃO, 2007, p. 5).

Todavia, para Duarte, a comunicação governamental não deve ser confundida com a comunicação pública, uma vez que é apenas parte dela. Na visão de Duarte, a Comunicação Pública é mais abrangente, põe o cidadão no centro, sendo “um bem e um direito de natureza coletiva, envolvendo tudo o que diga respeito a aparato estatal, ações governamentais, partidos políticos, movimentos sociais, empresas públicas, terceiro setor e, até mesmo, em certas circunstâncias, às empresas privadas”. Também não deve ser confundida com Comunicação Política, que Duarte entende tratar-se somente “do discurso e da ação na conquista da opinião pública em relação a idéias ou atividades que tenham relação com o poder”. (DUARTE, 2007 p. 61),

A comunicação pública, para Zemor, é uma modalidade de comunicação formal, visando obter uma legitimidade de interesse público. Mesmo reconhecendo a atual fusão entre o mundo dos negócios e o Estado, o autor acredita na possibilidade de estruturação de uma prática que possa contribuir para identificar a utilidade pública, alimentar o conhecimento cívico, facilitar a ação governamental garantindo o debate público. (ZEMOR, 1995, p. 6)

Em síntese: a comunicação governamental é a que proporciona ao Estado uma via de acesso ao resultado de suas ações, bem como uma vitrine

dessas ações junto à população. Através de diversos mecanismos e canais, o governo estabelece um sistema que permite ao cidadão tomar conhecimento dos atos públicos e avaliá-los. Trata-se de uma estratégia de divulgação, uma publicidade que visa informar a sociedade.

Já a comunicação pública está relacionada ao conceito de “bem público”, de interesse do coletivo, necessário ao exercício da cidadania. A sociedade e o Estado dialogam através da comunicação pública, que serve de instrumento de gestão e de consolidação de direitos.

“Público é visto, na democracia como o que convém e interessa a todos. Portanto, a comunicação pública pode ser entendida como um processo de comunicação indispensável à democracia, como maneira de garantir a liberdade e a autonomia da sociedade, tendo como principais fundamentos a diversidade e a diferença. A Comunicação Pública é, portanto, a comunicação que acontece no espaço público e pretende ser um meio de negociação, debate e interesse público, envolvendo a Sociedade Civil, o Estado e o Governo” (GONSALVES & MIRANDA, 2010)

As políticas públicas passam a existir efetivamente quando são colocadas em prática. E para serem práticas-fazerem precisam se tornar conhecidas da população à qual se destinam. A comunicação toma então um papel fundamental, pois só serão possíveis de realização as políticas amplamente divulgadas, até para poder atingir o seu objetivo.

2.2. A Comunicação no âmbito público e o poder simbólico

Para Inesita Soares de Araújo “Políticas Públicas são decididas num processo de luta por hegemonia, no qual o poder simbólico é um dos elementos centrais” (ARAUJO & CARDOSO, 2007, p.22 e 23).

O poder simbólico é o poder de fazer ver e fazer crer e tem na comunicação um importante vetor.

Conceitualmente, Bourdieu define que o poder simbólico é esse poder invisível que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exerce (BOURDIEU, 1989, pp.7-8). Ou seja, trata-se de um tipo de manifestação de poder que somente pode ser mobilizado e efetivado com o envolvimento de entes sujeitados ou partícipes da produção desse poder, de modo relacional, seja qual for o pólo da posição em que se manifestem os entes envolvidos, seja em simetria ou assimetria de relação.

“O poder simbólico é um poder de construção de realidade...”
(BOURDIEU, 1989, p.9)

O *habitus* diz respeito às disposições [atitudes] incorporadas pelos sujeitos sociais ao longo de seu processo de socialização; integra experiências passadas, atua como uma matriz de percepções, de apreciações, de ações. Essa “matriz”, ou conjunto de disposições, nos fornece os esquemas necessários para a nossa intervenção na vida diária; essas disposições não são fixas, não são a personalidade nem a identidade dos indivíduos; *habitus* é um operador, uma matriz de percepção e não uma identidade ou uma subjetividade fixa; durável, mas não imutável (BOURDIEU, 2002, p.83).

Mas o *habitus* não é destino, como se vê às vezes. Sendo produto da história, é um sistema de disposição aberto, que é incessantemente confrontado por experiências novas e, assim, incessantemente afetado por elas (BOURDIEU, 1992, p. 108, apud SETTON, 2002, p.64, nota de rodapé).

Respeitando os limites do *habitus*, mas utilizando seu poder simbólico (atribuído ou não por sua função pública) o agente público tem que contribuir na formulação das demandas dos usuários, facilitar os caminhos, desconstruir os preconceitos.

Este poder simbólico vai muito além do ato de informar. Na saúde, ele está justamente integrado no acolhimento. Fornecer ao cliente algo mais do que simples informação, mas informação com foco na solução possível para os problemas apresentados.

Temos aqui dois caminhos concomitantes: a escuta qualificada-humanizada e a informação direcionada. O início do atendimento integral tem que passar pelos dois caminhos.

Veremos, a seguir, como tais noções são particularmente sentidas quando se trata em comunicação em saúde na atenção direta ao usuário, quando este se dirige a uma unidade básica de saúde.

Capítulo III – A Comunicação Pública em Saúde

A comunicação é um exercício de mútua influência. Na saúde tais influências se multiplicam, pois os significantes vêm recheados de necessidade urgente no atendimento das demandas. O usuário vai utilizar-se de diversos recursos para convencer o atendente a solucionar seu problema.

De certa forma, o profissional responsável pelo atendimento toma para si um empoderamento inicial e se reveste de certa boa vontade, no entanto seus recursos são limitados e este acaba transferindo o usuário para outros departamentos.

Foco no cidadão, credibilidade, qualidade, rapidez, informação customizada (oferecer o que cada um precisa) são atributos de um processo comunicativo bem sucedido.

A comunicação deve ser utilizada como meio de mediação e ainda agregar valor à instituição. A informação empobrecida no acolhimento descredita toda a organização do trabalho e da rede de atendimento.

A comunicação circular – isto é, integração entre diversos setores, com a reorganização dos fluxos de atendimento - devem ser priorizados, pois precisamos transpor as barreiras culturais no atendimento (estereótipo do servidor público, burocracia, corporativismo). O cidadão é ao mesmo tempo cliente e patrão do servidor público e como tal merece um atendimento de máxima eficiência.

Considerando que o usuário de serviços públicos de saúde, especialmente a atenção básica, compõe as estatísticas da exclusão digital, não

abordaremos especificamente a informação digital como meio de democratização, até porque, em casos que envolvem saúde e doença, há uma particularização que deve ser abordada individualmente, olhos nos olhos.

Mas a rede de atendimento deve estar integrada por meios digitais, de forma a garantir subsídios para os servidores. Uma intranet eficiente, sistemas totalmente integrados, manuais de procedimentos e informações devem ser disponibilizados aos funcionários, que devem também receber capacitação constante para a utilização das novas tecnologias.

3.1 Atendimento ao Público

O atendimento ao público é um desafio institucional. Alguns aspectos são essenciais como a compreensão das necessidades dos clientes, a comunicação, a percepção e a empatia.

Como atividade social mediadora em que os atores (atendente>usuário) buscam interagir para suprir necessidades importantes para ambos, o processo de atender adquire uma característica de preservação e divulgação de direitos.

A instituição, palco deste encontro entre usuário e agente público, não é um espaço neutro. Os objetivos, processos organizacionais e estruturais conformam a situação do atendimento. É a instituição que imprime a dinâmica do atendimento e tem função de facilitar ou dificultar a interação entre o agente público e o usuário.

3.1.1 Aspectos essenciais do atendimento

Os aspectos essenciais do atendimento são:

- Recepção do cliente com postura prestativa
- Compreensão das necessidades individuais de cada cliente
- Comunicação eficiente
- Percepção e empatia

A sinergia da relação atendente-usuário tem diferentes variáveis que começam na organização do ambiente, passam pela conduta do agente e pelo comportamento do usuário.

O atendimento satisfatório segue um roteiro específico, pelo menos teoricamente. Quando este processo é pessoal o impacto é direto e imediato, pois o atendente é o representante da instituição. Sinais silenciosos como a expressão facial e os gestos influenciam diretamente no referencial do usuário que, na maioria das vezes, é negativo.

Os serviços públicos historicamente oferecem atendimento mecânico e impessoal. A cordialidade e a empatia funcionariam como fidelização (o que é bastante importante quando tratamos de integralidade no atendimento a saúde). No entanto, habitualmente não são observadas enquanto práticas de atendimento.

Tolerância e discrição são outros dois fatores relevantes quando o assunto é a saúde, pois algumas informações são fundamentais para a qualidade do atendimento, apesar de serem pessoais.

Clareza, objetividade e precisão fazem a diferença no tempo de atendimento da demanda. Como os serviços públicos são tradicionalmente morosos, qualquer informação equivocada pode representar maior tempo de espera.

3.1. 2 O Discurso no Atendimento

Para Fairclough, o discurso é uma prática social que reproduz e transforma realidades sociais. Transforma também o sujeito da linguagem que age como reproduzidor dos moldes ideológicos ou como transformador de suas práticas discursivas. Desta forma, a língua é uma atividade dialética que molda a sociedade e, ao mesmo tempo, é moldada por ela (FAIRCLOUGH, 2001).

A reprodução do discurso institucional nos serviços públicos de saúde é agente de informação e formação dos atores sociais que são alvo das políticas públicas. A dinâmica do fluxo de atendimento e as práticas organizacionais favorecem um mecanicismo dominador.

As relações de poder ficam claras no discurso de atendimento. Como detentor legítimo da informação institucional que proporcionará ao usuário o atendimento pretendido, o agente público se reveste de um poder que não lhe pertence.

Para Gramsci a hegemonia está fortemente relacionada com a instabilidade dessas relações de poder que estão atreladas tanto ao discurso como ao sujeito (GRAMSCI, 1991).

A natureza dialética social do discurso que constitui a realidade social e é constituído por ela, atesta o carácter de aparelhamento, reprodução e assujeitamento. Nos serviços de saúde os discursos têm viés excludente na medida em que, sem mesmo entender a demanda do usuário, o agente público aplica-lhe o protocolo e o exclui dos serviços de que talvez ele necessite.

Temos, então, o imenso desafio de “humanizar” essas relações no momento do atendimento inicial, no “acolhimento”. É o passo que enfrentamos a seguir.

CAPÍTULO IV - A humanização como modelo de atenção e de gestão nos serviços de saúde

No campo das políticas públicas de saúde 'humanização' diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si.

A 'humanização' em saúde volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos, de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão).

Transformar práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas. Somente com trabalhadores e usuários protagonistas e co-responsáveis é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde.

Por isso, falamos da 'humanização' do SUS como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde.

4.1 Princípios da Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização – PNH foi lançada em 2003, por iniciativa do Ministério da Saúde. Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Em sua proposta, a PNH “*estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si*” (BRASILIA, 2013).

Os princípios da Política Nacional de Humanização são:

- Transversalidade, entendida como ampliação e aumento da capacidade de comunicação
- Indissociabilidade entre práticas de gestão e práticas de atenção à saúde, entre a clínica e a política
- Protagonismo dos sujeitos e dos coletivos

De acordo com o *Manual de Acolhimento à Demanda Espontânea* do Ministério da Saúde:

“Em qualquer situação, a vulnerabilidade deve ser considerada, com o cuidado de perceber o momento de intervir nessa necessidade, seja ela uma consulta médica, uma dor de dente, uma dúvida relativa a medicamentos fornecidos pelo SUS. Escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude

de respeito e de apoio à construção de mais autonomia. Em outras palavras, a avaliação de risco e vulnerabilidade deve ser preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. Isso contribui para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários”. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I, 2013)

O adoecer tem diferentes significados para cada usuário. A manifestação do sofrimento também varia de usuário para usuário, pois apresentam diferentes capacidades de lidar com os problemas (físicos, mentais, sociais). Acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início (ou continuidade) de uma relação de vínculo. É preciso manter os sentidos atentos, olhar também os sinais não verbais, para captar, o que se apresenta para além da demanda referida. Um usuário agitado que agora se mostra apático desproporcionalmente ao sintoma que se refere, ou uma pessoa com cefaleia frequente que esconde um caso de violência domiciliar são exemplos do que um olhar atento e acolhedor podem captar.

Enfim, ao atentar para a vulnerabilidade, é importante também considerar se é um momento oportuno de intervenção (p. ex., percepção de situações de violência ou negligência, baixa adesão etc.), se é um problema de magnitude no território etc.

4. 2 Acolhimento

De acordo com as diretrizes para a Humanização no SUS “Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e

usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a instrução de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva. *COMO FAZER? Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.*”

O acolhimento tem, portanto, as seguintes dimensões:

1- atitude voluntária de bondade e favor (dimensão moral)

2-recepção administrativa e ambiente confortável (dimensão espacial)

3-ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos (dimensão burocrático-administrativa)

Neste sentido, o acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

No âmbito municipal a preocupação das instituições com as boas práticas do atendimento tem sido uma constante.

Apresentaremos, a seguir, normas editadas no Município de São Paulo que refletem uma preocupação em relação ao bom atendimento – em relação aos serviços públicos em geral, mas também especificamente na área de saúde – e outras normas específicas no que tange ao acolhimento do usuário do SUS. Mais recentemente, de acordo com Portarias da Secretaria de Saúde do município de São Paulo, parece que nas unidades básicas de saúde, a política de atendimento tende a ser absorvida pela função de ouvidoria, possivelmente sob a influência da edição da recente Lei federal de acesso à informação.

4.3 O acolhimento nas normas do Município de São Paulo

A Portaria 901 de 2002 da Secretaria Municipal de Saúde já acenava com normas para acolher o cidadão e ouvi-lo em suas queixas, necessidades e sugestões.

Assim, antes mesmo de ser lançada a Polícia Nacional de Humanização – conhecida como *Humaniza SUS*, o Município de São Paulo instituiu o chamado “Projeto Acolhimento”, considerando *“a importância para a produção da saúde da disposição de escuta e de compromisso com a resolução dos problemas apresentados pelos cidadãos aos serviços e profissionais que os atendem”*. Este projeto envolveu toda a rede municipal de saúde. Cada Unidade indicou um profissional para integrar a “Comissão de Acolhimento” da Unidade, para fazer a **ouvidoria** dos cidadãos que desejassem apresentar opiniões, queixas ou propostas.

Em 2011, a Lei municipal nº 15.410 instituiu “boas práticas no atendimento” em todos os serviços da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Esta lei enfatizou que o atendimento ao usuário de serviços públicos deveria observar diversos princípios, entre os quais “a busca pela constante melhoria do atendimento” e “o caráter prioritário da função de atendimento ao usuário” (art. 2º II, e IX).

A Lei, avançando no campo da conceituação definiu usuário como “aquele a quem é destinada a prestação do serviço público” e o atendimento como “o conjunto de atividades necessárias a recepcionar e dar consequência às demandas dos usuários, em especial, manifestações contendo opinião, percepção, apreciação ou qualquer outro sentimento relacionado à prestação do serviço público” (art. 6º).

Na busca pelo bom atendimento, a lei enveredou por caminhos formais. A primeira “regra” da função do atendimento constituía “estabelecer canais de comunicação abertos e objetivos com os usuários”.

Embora a lei municipal de “boas práticas de atendimento” exortasse o atendente a “ouvir o usuário com paciência, compreensão, ausência de prejulgamento e de todo e qualquer preconceito” (art. 7º, VIII), parece-nos que na prática, a proposta de bom atendimento aos usuários dos serviços públicos reduziu-se e orientou-se para a criação de “ouvidorias” como o canal principal de comunicação.

A Lei Federal nº 12.524/11, conhecida como Lei de Acesso à Informação, de algum modo reforçou, ao que parece, esta tendência.

A Lei federal de acesso à informação ampliou, de fato, os mecanismos de informação com exigências de serviços de informação ao cidadão e rotinas para o atendimento ao cidadão por meio de canais de acesso.

Neste sentido, em 2015, uma nova Portaria da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, com fundamento não apenas nas normas federais relativas ao Sistema Único de Saúde – mas considerando explicitamente a Lei Federal nº 12.527/11 de acesso à informação – criou uma ‘REDE DE OUVIDORIAS’ nas unidades de saúde da cidade. Segundo a Portaria, esta rede favoreceria uma “*a comunicação dialogada com o sistema*”, “*servindo de interface para as Políticas Públicas de humanização e de qualidade da assistência à saúde*” (art. 1º, I).

A “*Ouvidoria SUS*”, segundo a Portaria em foco, deve observar entre outros o Princípio do Acolhimento, assim entendido:

“Acolhimento: oferecendo um atendimento humanizado, que proporcione ao cidadão a experiência de sentir-se ouvido com respeito e dignidade, através de uma escuta qualificada, tolerante e compreensiva” (art. 1º, parágrafo único, VII).

Interessante observar que tal rede de ouvidorias supõe uma estrutura extensa, que deverá prever inclusive a destinação de espaço físico e equipamentos adequados, como expresso na Portaria em seu art. 3º, a saber:

“Artigo 3º - A estrutura física da rede de Ouvidorias da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo deverá, de acordo com planejamento da Secretaria, ser dotada de:

I. Espaço físico próprio e adequado ao desenvolvimento de suas atividades;

II. Localização de fácil acesso e visibilidade ao (a) cidadão (ã), preferencialmente, na entrada da unidade de saúde, ou no espaço por onde circula o maior fluxo de usuários, caso tal fluxo não se dê pela entrada principal;

III. Acessibilidade;

IV. Espaço que permita atendimento presencial, com privacidade e resguardo de sigilo;

V. Disponibilidade de linha telefônica;

VI. Computador com acesso à internet e ao endereço eletrônico do Ministério da Saúde - Sistema Informatizado OuvidorSUS;

VII. Móvel (armário ou arquivo) com chaves, a fim de garantir acesso restrito e exclusivo a documentos físicos de caráter sigiloso.”

Como até aqui exposto, fica claro o dispêndio que se prevê realizar em busca de um atendimento e acolhimento, preconizados no Plano Nacional de Humanização. No entanto, o município de São Paulo parece caminhar na rota da *burocratização do acolhimento e do primeiro atendimento*, a despeito do teor de alguns dos dispositivos das normas municipais.

Ouso chamar a atenção para certo descompasso entre as propostas mais gerais da legislação federal – normas de acesso à informação - e das orientações em direção à “humanização” no acolhimento e no primeiro atendimento em saúde, e o direcionamento assumido na legislação municipal e nas portarias da Secretaria de Saúde em São Paulo. Nota-se que as ações estão na linha de criação de “ouvidorias” e não em ações efetivas de formação do servidor que responde pelo atendimento inicial e pelo acolhimento em saúde, que deveria ser preparado especificamente para a assunção deste papel, na linha do anterior “Projeto Acolhimento”. Talvez ações mais simples sejam passíveis de serem efetivamente implementadas, e a menor custo.

Acreditamos que o acolhimento contém a ouvidoria, enquanto esta última é uma das ferramentas do acolhimento humanizado. Ao regulamentar e estabelecer

a rede de ouvidorias sem que a estrutura de acolhimento esteja em pleno funcionamento, deixaríamos de minimizar os conflitos e passaríamos a priorizar a mediação dos mesmos.

Por todo o exposto, apresentamos algumas considerações pessoais com vistas a contribuir para a proposta de humanização do atendimento e do acolhimento ao usuário do SUS

Capítulo V – Conclusões: pistas para o aprimoramento na comunicação em saúde, no que tange ao acolhimento dos usuários dos SUS

Acesso e acolhimento são elementos fundamentais no atendimento à saúde.

Usuário e trabalhador se encontram para construir uma relação de escuta e responsabilização, gerando vínculos e compromissos que fidelizam o usuário àquela instituição.

Ao enxergar o usuário como portador e criador de direitos, o trabalhador estabelece uma parceria no cuidado e no atendimento.

É no acolhimento que ficam claros os critérios de acessibilidade e as dinâmicas do atendimento. A garantia de acesso universal e a organização do fluxo são apresentadas ao usuário no rol de recursos disponíveis para a solução de suas demandas e atendimento integral à saúde.

A integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde. Vamos nos ater a um dos sentidos da integralidade: as respostas do poder público aos problemas de saúde, seja pela organização das práticas, seja pelo acolhimento ou pelas ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica.

A Atenção Básica concentra hoje o maior número de ações concretas para a promoção da saúde, além de ser a porta de entrada de todos os serviços públicos de saúde e assistência, é a ação que mais se aproxima do cotidiano das pessoas e dos coletivos.

De acordo com os Cadernos de Atenção Básica em Saúde, editados pelo Ministério da Saúde, temos as seguintes orientações:

“As equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na (co) gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral. É importante destacar que, a despeito de a atenção básica não ser capaz de oferecer atenção integral, isoladamente, em todas as situações, ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias, desde que tenha (ou construa) disposição e capacidade de identificar/compreender as variadas demandas/problemas/necessidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente.

Consequentemente, a atenção básica, para ser resolutiva reconhecida e ter legitimidade, não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo (embora sejam ações altamente necessárias), nem tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos (por mais que se constituam como ações obrigatórias e essenciais). As dicotomias e rivalidades entre individual e coletivo, clínica e saúde pública, prevenção e cura, doença e saúde, demanda espontânea e agenda programada, efetivamente, não contribuem para a melhoria da vida real das pessoas e, às vezes, até ajudam a piorar. Além disso, a procura exacerbada por serviços de urgência e especializada (com todas as conseqüências daí advindas), apesar de ser explicada pelo imaginário social e pelas influências do complexo médico-industrial, é também modulada pelas ofertas e pela capacidade de cuidado da atenção básica. Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a atenção básica tem que se constituir numa “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços.”(Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I, 2013)

Assim sendo, o acolhimento passa a ser de fundamental importância no sentido de distribuição das demandas, bem como de articulação dos serviços.

O poder simbólico, presente no compartilhamento das informações, será capaz de legitimar o discurso do usuário, possibilitando o exercício pleno de seus direitos, inclusive atuando na gestão dos serviços de saúde.

Oferecer ao usuário oportunidade para falar e ser ouvido é também função do Estado, e acreditamos que o acolhimento seja o momento mais propício a tal.

As pessoas adquirem o poder ao tomar posse das informações e dão voz a esse poder ao reivindicar os serviços a que têm direito.

A cidadania, buscando sempre novas formas de organizar o trabalho e reduzir desigualdades sociais, a responsabilidade para privilegiar o interesse público em detrimento do privado e a accountability estão contidos na postura do profissional que acolhe e informa.

Quando o usuário de serviços públicos de saúde estabelece um vínculo com o serviço é porque o funcionário transmitiu credibilidade, segurança e ética no fornecimento das informações. O acolhimento foi eficiente e ofereceu a oportunidade de continuidade no atendimento, seja por aquela unidade ou por outras unidades da rede.

Como as novas tecnologias de informação estão muito distantes da realidade das unidades de atenção básica (em muitas delas só são disponibilizados computadores na administração), a rede de atendimento é falha. Sendo assim, quanto mais informações o usuário puder receber pessoalmente no acolhimento, mais eficiente será seu atendimento, mesmo que tenha que se dirigir a outras

unidades, pois a informação democratizada vai direcionar seu atendimento de maneira correta.

Para que possamos dar acesso ao maior número de informações possível no acolhimento, o profissional envolvido não pode ser apenas um atendente. Deve concentrar funções de ouvidor, técnico e gestor.

A expectativa do usuário ao procurar o serviço público já vem carregada de preconceitos, uma vez que não consegue uma informação clara e precisa no primeiro atendimento, se frustra e não consegue estabelecer o vínculo necessário com a instituição de saúde para receber o atendimento correto.

Uma alternativa para oferecer um acolhimento de qualidade seria implantar nas Unidades Básicas de Saúde um balcão de informações. Um espaço centralizado, sinalizado corretamente, que por sua estrutura e localização já funcionaria como instrumento de acolhimento.

Tal espaço contaria com a presença de um funcionário responsável pela orientação do público, informação, triagem e ouvidoria.

Desta forma, a recepção seria desafogada, pois estaria restrita a serviços agendados e agendamentos. Teríamos uma considerável diminuição das filas e conseqüentemente um atendimento mais efetivo das demandas.

Acolher é a base da humanização na assistência. O balcão de Informações pode possibilitar resolutividade, vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e usuários, contribuindo não só com a democratização, mas principalmente com a qualidade das informações prestadas, o que seria um instrumento para a reorganização da atenção à saúde e também de participação cidadã.

Bibliografia

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS Tabnet – Informações em Saúde Suplementar.

<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>(acesso em 14/07/2015).

ARANHA, J. S.; SILVA M.E.S.; SILVA J.L.L. Acolhimento e humanização: perspectiva do atendimento na atenção básica. Informe-se em promoção da saúde, v.7, n.2.p.23-24, 2011.

ARAÚJO, Inesita Soares e CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

BECK C.L.C., MINUZI, D. O Acolhimento como proposta de reorganização da Assistência à saúde: Uma Análise Bibliográfica. Saúde, Santa Maria, vol. 34a, n 1-2, p 37-43, 2008.

BENEVIDES DE BARROS, R. & PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 10(3): 561- 571 2005b.

BENEVIDES DE BARROS, R. & PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. Interface, 9(17): 389-394, 2005 a.

BOURDIEU, P. O Poder Simbólico, Lisboa: Difel, 1989

BOURDIEU, P. Razões Práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, Papyrus, 1997b.

BRANCO, M. A. F. Informação e Saúde: uma Ciência e suas Políticas em uma Nova Era. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRANDÃO, Elizabeth Pazito. Comunicação pública: o cidadão, o Estado e o governo. In: Silva, Luiz Martins da (organizador). Comunicação pública. Brasília: Casa das Musas, 2003.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde - proposta versão 2.0 (inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde) – Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria Executiva: Departamento de Informação e Informática do SUS, 29 de março de 2004. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/APRESENTACAO/PolíticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf (acesso em 24/06/2015).

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390. Acesso em: 24/06/2015.

Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I, 2013 – Biblioteca Virtual em Saúde: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em 10/07/2015.

CAMARGO JR., K. R. & COELI, C. M. Políticas de informação em saúde. In: EPSJV (Org.) Textos de Apoio em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 143-156 (Série Trabalho e Formação em Saúde).

CAMARGO JR., KR, COELI, CM, MORENO, AB. Informação e Avaliação em Saúde. In: MATTA, G. C. & PONTES, A.L. de. Políticas de saúde: a organização e a

operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, p.251-266.

DIMENSTEIN, GILBERTO. O cidadão de papel: A infância, a adolescência e os Direitos Humanos no Brasil, São Paulo: Ática, 1992

DUARTE, Jorge Antonio Menna (Org.); Veras Luciara (Org.). Glossário de Comunicação Pública. V.1. Brasília: Casa das Musas, 2006.

DUARTE, Jorge. Artigo: Comunicação Pública. In: Lopes, Boanerges: Gestão da Comunicação Empresarial: Teoria e técnica. São Paulo: Mauad, 2007.

DUARTE, Jorge. Instrumentos de Comunicação Pública. In: Duarte, Jorge (organizador). Comunicação Pública: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público São Paulo: Atlas, 2007.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Projeto Político Pedagógico. Rio de Janeiro: EPSJV, 2005.

FAIRCLOUGH, N. Discurso e Mudança Social. Brasília: UnB, 2001

FAIRCLOUGH, N. Language and Power. Londres: Longman, 1996

FOSSATTI, N.C. Gestão da comunicação na esfera pública municipal... 2004. 210f. Tese (Doutorado em Comunicação Social) PUC do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

GIL, A. C. Gestão de pessoas: enfoque nos papéis profissionais. São Paulo: Atlas, 2001.

GONSALVES, Ana Carolina S. & MIRANDA, Cecília Fonseca. A Comunicação Pública no processo de Mobilização social.

GRAMSCI, Antonio O Conceito de Hegemonia em Gramsci, 3ª edição, Rio de Janeiro, Graal, 1991.

HOUAISS, A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008. Disponível em: www.houaiss.uol.com.br/busca.jhtm

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Gestão do Conhecimento na administração pública. Brasília: 2005.

KÜNSCH, M. M. K. Planejamento de relações públicas na comunicação integrada. 4. ed. São Paulo: Summus, 2003.

MARCELINO, Gileno Fernandes. Governo, imagem e sociedade. Brasília, FUNCEP, 1988.

MARCONDES FILHO, Ciro, 2008 – Princípio da Razão Durante. Material de circulação restrita que pode ser encontrada na biblioteca ECA USP.

MATELLART, A. A globalização da comunicação. Bauru: EDUSC, 2000.

MATOS, H. Comunicação e cidadania. In: INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO. 23. Anais. Manaus, Universidade do Amazonas, 2000.

MATOS, H. Comunicação pública, democracia e cidadania: o caso do legislativo. [S.l.]INTERCOM, 1999.

MINTZBERG, H.; QUINN, L.B. O processo da estratégia. 3. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MINTZBERG, H. The nature of managerial work. New York: Addison, 1973.

MIRANDA, C. F.; GONSALVES, A. C. S.. A comunicação pública no processo de mobilização social. 1. Ed. Brasília: Instituto Terceiro Setor, 2010

MONTEIRO, Graça França. A singularidade da Comunicação Pública. In: Comunicação Pública: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público São Paulo: Atlas, 2007.

OLIVEIRA, Maria José da Costa (Organizadora). Comunicação Pública. – Campinas, São Paulo, Editora Alínea, 2004.

ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

RÜDIGER, F. Introdução à teoria da comunicação. São Paulo: Edicon, 1998.

SCHIMITH, M.D.; LIMA M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, vol. 20 n. 06, p.1487-94, 2004.

SENGE, P. A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende. São Paulo: Best Seller, 1998.

SENGE, Peter M. A Dança das Mudanças, 1ª edição, Rio de Janeiro, Editora Campus, 1999

SETTON, Maria da Graça Jacintho. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. Rev. Bras. Educ. [online]. 2002, n.20, pp. 60-70. Disponível em <<http://educa.fcc.org.br/pdf/rbedu/n20/n20a05.pdf>>. Acesso em: 28/05/2015.

SIMÕES, J.A. O dilema da participação popular: a etnografia de um caso. São Paulo: ANPOCS: Marco Zero, 1992.

SIMÕES, J.A. Relações públicas e micropolítica. São Paulo: Summus, 2001.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.C. Planejamento em saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ Instituto para o desenvolvimento da saúde, 1998.

TEIXEIRA FILHO, J. Gerenciando conhecimento. Rio de Janeiro: Ed. SENEC, 2000.

TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2003.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. Ciênc. Saúde Colet., 10(3): 585- 598, 2005.

TORQUATO, F.G. Tratado de comunicação organizacional e política. São Paulo: Pioneira, 2002.

ZÉMOR, Pierre. La Communication Publique. Presses Universitaires de France: Paris, 1995.