

Importância da ESF em termos de saúde pública e o acolhimento humanizado: relato de experiência

The importance of the ESF in terms of public health and humanized reception: experience report

La importancia de la ESF en términos de salud pública y acogida humanizada: relato de experiencia

Rosilene Camara Ferreira de Moraes¹, Marcos Paulo Fonseca Corvino², Alexander Souza de Moraes³

Como citar esse artigo. Moraes RCF, Corvino MPF, Moraes AS. Importância da ESF em termos de saúde pública e o acolhimento humanizado: relato de experiência. Rev Pró-UniverSUS. 2023; 14(2):59-66.



Resumo

Objetivo: descrever a experiência de uma médica em uma equipe multiprofissional no processo de acolhimento humanizado de uma Unidade de Saúde da Família no município de Maricá, região metropolitana da capital do estado do Rio de Janeiro. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência que narra ações e aspectos relacionados ao processo de acolhimento humanizado em Unidade de Saúde da Família, com foco na capacitação da equipe multiprofissional, na perspectiva da educação permanente. **Resultado:** Os resultados evidenciam a necessidade do processo de capacitação ser focado na equipe, visando não apenas o acolhimento aos usuários, e sim a iniciar pelos próprios profissionais de saúde, com destaque na importância do bem estar geral e emocional das equipes para um acolhimento humanizado à população. **Conclusão:** Foi iniciado um projeto com a equipe multiprofissional de forma diária de acolhimento humanizado à própria equipe, através de exercícios de respiração, meditação, palavras de conforto, espaço de escuta individual e coletivo e tarefas curtas para gerar bem estar. A resposta da equipe foi positiva a esse projeto inicial, que serviu de inspiração para a criação de um Curso de Capacitação em Acolhimento Humanizado.

Palavras-chave: Acolhimento Humanizado; Saúde da Família; Equipe Multidisciplinar; Saúde Coletiva; Educação Permanente.

Abstract

Objective: to describe the experience of a doctor in a multidisciplinary team in the humanized reception process of a Family Health Unit in the city of Maricá, metropolitan region of the capital of the state of Rio de Janeiro. **Method:** this is a descriptive study, an experience report that narrates actions and aspects related to the humanized reception process in a Family Health Unit, focusing on training the multidisciplinary team, from the perspective of permanent education. **Result:** The results show the need for the training process to be focused on the team, aiming not only at welcoming users, but starting with the health professionals themselves, highlighting the importance of the teams' general and emotional well-being for a humanized welcome in the population. **Conclusion:** A project was started with the multidisciplinary team on a daily basis of humanized welcoming to the team itself, through breathing exercises, meditation, words of comfort, individual and collective listening space and short tasks to generate well-being. The team's response was positive to this initial project, which served as inspiration for the creation of a Training Course in Humanized Reception.

Keywords: Humanized Reception; Family Health; Multidisciplinary Team; Collective Health; Permanent Education.

Resumen

Objetivo: describir la experiencia de un médico en un equipo multidisciplinario en el proceso de acogida humanizada de una Unidad de Salud de la Familia en la ciudad de Maricá, región metropolitana de la capital del estado de Río de Janeiro. **Método:** se trata de un estudio descriptivo, relato de experiencia que narra acciones y aspectos relacionados con el proceso de acogida humanizada en una Unidad de Salud de la Familia, con foco en la formación del equipo multidisciplinario, en la perspectiva de la educación permanente. **Resultado:** Se inició un proyecto con el equipo multidisciplinario en el día a día de acogida humanizada al propio equipo, a través de ejercicios de respiración, meditación, palabras de consuelo, espacio de escucha individual y colectiva y tareas cortas para generar bienestar. **Conclusión:** La respuesta del equipo fue positiva a este proyecto inicial, que sirvió de inspiración para la creación de un Curso de Formación en Acogida Humanizada.

Palabras clave: Recepción Humanizada; Salud de la Familia; Equipo multidisciplinario; Salud Colectiva; Educación Permanente.

Afiliação dos autores:

¹Discente do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde – MPES, da Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói, RJ, Brasil. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6332-1368>

²Docente do Instituto de Saúde Coletiva, e do MPES/UFF – Niterói, RJ, Brasil. E-mail: corvinomarcos@id.uff.br; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9043-730X>

³Médico de Família e Comunidade. MPES, da Universidade Federal Fluminense – UFF E-mail: enamoraes@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5663-3355>

* Email de correspondência: rose.uerj@gmail.com

Recebido em: 25/04/23. Aceito em: 11/07/23.

Introdução

Em documento publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em dezembro de 2020 foi revelado a principal causa de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019. Neste período, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) constituíam sete das dez principais causas de morte.

Segundo Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS, essas estimativas são um lembrete de que precisamos acelerar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de DCNTs. Ghebreyesus destaca a urgência de melhorar drasticamente a atenção primária à saúde de forma equitativa e integral. Um forte atendimento na atenção primária é claramente a base sobre a qual tudo se baseia desde o combate das DCNTs até o gerenciamento de uma pandemia¹.

Conforme dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) as pessoas estão vivendo mais, no entanto, com mais incapacidades. As estimativas mostram ainda uma tendência de crescimento da longevidade: em 2019 as pessoas viveram seis anos mais do que em 2000, com uma média global de mais de 73 anos, em 2019, em comparação com quase 67 no ano de 2000. Porém, em média, apenas cinco desses anos adicionais foram vividos com boa saúde¹.

Para esta organização, o aumento da incapacidade está relacionada as “doenças cardíacas, diabetes, AVC, Câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica”^{1:1}. Destaca-se ainda que os anos de vida saudáveis perdidos impactam de forma diferente homens e mulheres, principalmente, no que tange a saúde mental. Segundo o levantamento:

A doença de Alzheimer e outras formas de demência estão entre as 10 principais causas de morte em todo o mundo, ocupando o terceiro lugar nas Américas e na Europa em 2019. As mulheres são afetadas desproporcionalmente: globalmente, 65% das mortes por Alzheimer e outras formas de demência ocorrem entre as mulheres^{1:1}.

Em 2020, a OMS apresentou o ranking das principais causas de morte no mundo. Vale ressaltar que as 10 causas citadas estão relacionadas as DCNTs como nota-se na figura 1.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), realizou em setembro de 2021 a Semana das Doenças Crônicas não Transmissíveis. O evento apresentou o atual cenário das doenças e agravos não transmissíveis no país³. Neste evento, o secretário deste setor Arnaldo Medeiros destacou que:

As DCNTs matam cerca de 41 milhões de pessoas a cada ano, o equivalente a 71% de todas as mortes no mundo. 77% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda. Por isso, é essencial que os órgãos competentes tenham um olhar de

Leading causes of death globally

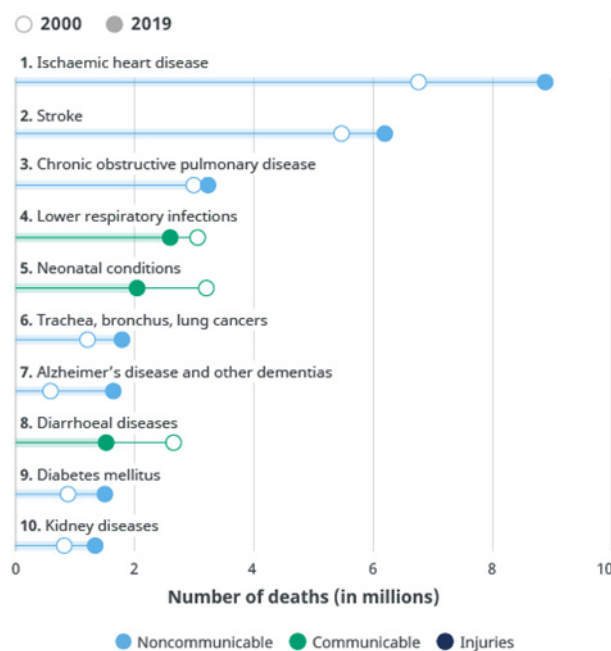


Figura 1. As 10 principais causas de morte no mundo para ambos os sexos de todas as idades (2019)²

entendimento sobre essas doenças na lógica de uma vigilância eficaz, com foco no fortalecimento da Atenção Primária^{3:1}.

O panorama apresentado por Medeiros ainda consta as principais causas da morte no Brasil. Em comparação com as causas de morte mundial, o Brasil apresenta além das DCNTs duas causas externas que recaem sobre a saúde do sujeito, a saber: violência interpessoal e ferimentos em acidentes na estrada.

O papel da Estratégia Saúde Da Família (ESF)

Em 1988, com a criação da Constituição Federal, foi votada a criação do SUS, “Direito de Todos e Dever do Estado”^{4:119}. No artigo 196 da Constituição Federal princípios como Universalidade, Integralidade e Equidade da atenção em saúde passaram a fazer parte de uma concepção de Saúde que não se restringe a ausência de doença, mas a uma vida com qualidade. Com a Lei 8.080/90 que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, às Competências, Princípios e Diretrizes do SUS passam a se tornar a base para o funcionamento de todas as unidades de Saúde⁵.

Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil e foi o principal mecanismo utilizado para contribuir com a expansão da cobertura

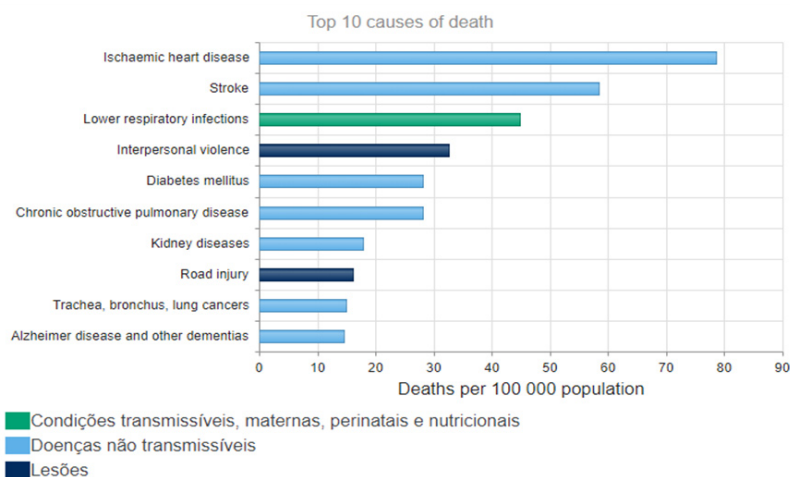


Figura 2. As 10 principais causas de morte no Brasil para ambos os sexos de todas as idades (2019)⁴

da Atenção Primária à Saúde (APS)⁶.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o pilar central em que se alicerça a expansão, consolidação e qualificação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujos princípios são: promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde⁷.

De igual importância destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH). Neste dispositivo legal, criado em 2003, recai o foco sobre a superação de problemas e desafios do cotidiano na área da saúde, por meio de uma perspectiva humanizada na relação entre profissionais da saúde, gestores e usuários⁸. O documento salienta o acolhimento com uma das estratégias para promover uma postura humanizada na prática cotidiana na saúde. Para que o acolhimento aconteça,

É preciso que a equipe de saúde se reúna para discutir como está sendo feito o atendimento no serviço: qual o “caminho” do usuário desde que chega ao serviço de saúde? Por onde entra? Quem o recebe? Como o recebe? Quem o orienta? Quem o atende? Para onde ele vai depois do atendimento? Enfim, todas as etapas que percorre e como é atendido em cada uma dessas etapas⁹.

Em linhas gerais, de acordo com o documento oficial, o acolhimento define-se como uma estratégia 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 saúde⁹.

Já no ano de 2006, o governo federal publicou a

primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desde então, três versões foram atualizadas ao longo dos últimos anos de acordo com a perspectiva de cada governo eleito¹⁰. Em sua versão atual, o documento é definido com: “um mecanismo de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), e tem o papel de manter em funcionamento ordenado o serviço de acesso prioritário ao SUS”¹⁰. É importante salientar que “o SUS é um sistema complexo, de caráter público, que atende mais de 190 milhões de pessoas, das quais 80% dependem exclusivamente deste sistema”¹⁰ e que a taxa de resolução dos problemas do usuário gira em torno de 80% a 90%.

A seguir, uma linha do tempo com as principais atualizações presentes na PNAB (Figura 3).

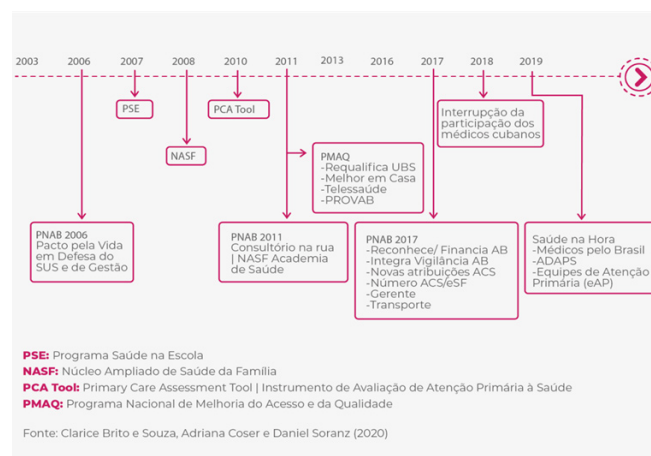


Figura 3. Principais alterações na PNAB ao longo dos últimos anos (2022)¹⁰

É de reconhecimento mundial a importância da ESF em termos de Saúde Pública, os números são claros e as estimativas evidenciam o quão necessário é o investimento em capacitação, qualificação, empoderamento e valorização da Atenção Básica e dos

profissionais que a fazem existir.

São 35 anos desde a criação da constituição, quase 33 anos da regulamentação do SUS com a lei 8080/90, 29 anos da implementação do Programa Saúde da Família, 20 anos da criação da Política Nacional de Humanização, 17 anos da publicação da primeira versão do Programa Nacional de Atenção Básica.

O objetivo deste estudo é relatar as experiências vivenciadas durante 9 anos no Programa de Saúde da Família, na proposta de um aperfeiçoamento do acolhimento aos usuários e a própria equipe de assistência.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de relato de experiência, que consiste em uma intervenção organizacional na equipe de saúde em novembro de 2020, na Unidade de Saúde da Família (USF) Inoã II, localizada no bairro de mesmo nome, no terceiro distrito, município de Maricá – Rio de Janeiro. Os resultados aqui apresentados são frutos de uma atividade conjunta realizada em meu mestrado profissional iniciado no ano de 2020.

Caracterização e Contextualização da USF Inoã II - O território municipal de Maricá estende-se por 362,480 km² e é dividido desde 2010, a partir da promulgação da Lei Complementar 207¹², em quatro distritos: Maricá (sede), Ponta Negra, Inoã e Itaipuaçu. População estimada em 2020, 164.504 pessoas, sendo o último censo (2010) 127.461 pessoas. Do total de habitantes, 98,45% correspondem à população urbana e 1,55% à população rural¹³.

O distrito de Inoã representa cerca de 12% do território municipal, seu centro fica aproximadamente 15 quilômetros do centro de Maricá e é composto por nove bairros, dentre eles Inoã (Centro), onde se localiza a USF Inoã II, que foi o local de realização do estudo. O Distrito conta ainda com mais 3 USF (Inoã I, Chacará de Inoã e Minha Casa Minha Vida Inoã)¹³.

1º Distrito: Centro
2º Distrito: Ponta Negra
3º Distrito: Inoã
4º Distrito: Itaipuaçu

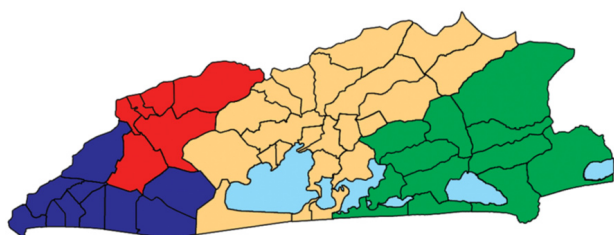


Figura 4. Território municipal de Maricá (2020).

Caracterização de participantes - Realizado na unidade de Saúde da Família Inoã II, a capacitação ocorreu durante uma manhã e contou com a participação de 9 agentes comunitários de Saúde, 2 enfermeiros, 2 técnicas de enfermagem, 2 auxiliares administrativos, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 psicóloga NASF, 1 nutricionista NASF, 2 auxiliares de limpeza. Foi utilizado uma apresentação em *power point* onde foram explicados conceitos, orientados fluxos e no final foram discutidos 2 casos clínicos expostos onde a equipe identificou as falhas e sugeriu alternativas para melhorar o colhimento.

Resultados e Discussão

A USF Inoã II em 2013 era uma unidade mista, onde funcionava um Posto de Saúde (PS) e um Posto de Saúde da Família (PSF) que contava com uma equipe mínima e uma equipe de saúde bucal.

Os desafios de trabalhar em uma unidade mista já se faziam claros desde os primeiros instantes de chegada à unidade. Distribuição de senhas para atendimentos, meses de espera para uma consulta, encaminhamentos para diversas especialidades por demandas que poderiam facilmente ser acolhidas e resolvidas na Atenção Básica.

Implementar agenda semanal, livre demanda, reuniões de equipe semanais, visitas domiciliares regulares, foi um grande desafio, que aos poucos foi sendo resolvido. Não bastam normativas, cadernos de atenção à saúde, manuais e diretrizes, se as pessoas não entenderem seu verdadeiro papel na grande engrenagem que é o Sistema Público de Saúde.

Ao longo das primeiras semanas foi iniciado um trabalho com a equipe de Agentes Comunitários de Saúde, discutindo suas atribuições, como eram realizadas suas visitas domiciliares, sua importância junto à comunidade para a promoção de saúde.

Ao longo dos anos a unidade deixou de ser uma unidade mista o que facilitou o entendimento por parte dos usuários de como funciona o Programa de Saúde da Família e também a responsabilidade dos profissionais da assistência nesse contexto.

Algum tempo depois a unidade teve seu território expandido e recebeu uma segunda equipe e uma participação mais efetiva do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os desafios continuaram, porém o fácil acesso de comunicação com gestão municipal facilitou a integração com a rede.

Apesar dos treinamentos, das reuniões de equipe, das discussões de caso e matriciamentos, alguns questionamentos continuavam:

- Por que os números de mortes por doenças crônicas não transmissíveis ainda são tão altos?

- Por que ainda existe baixa adesão de muitos usuários aos programas já existentes?
- Por que alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm total domínio de suas áreas e conhecem bem os seus usuários e outros não?

Enquanto profissional engajada em meu trabalho comecei a observar os pacientes em visitas por busca ativa do porquê de alguns não acompanharem, não retornarem às consultas agendadas, não realizarem os exames, alguns se recusarem por vezes a fazer a medicação. As respostas foram flechas apontando a direção do que estava errado. O comportamento variava entre a perda de receita, que não houve a entrega da marcação do exame, que a pessoa não sentiu boa vontade, que ficou com vergonha de ir à unidade, que foi ridicularizada na última vez, que foi atendida com grosseria, que lhe disseram que a culpa da falta de melhora era sua, que lhe disseram que não adiantava pedir consulta e continuar fumando e bebendo, e que lhe disseram que teria que esperar dois meses para uma nova consulta, mesmo tendo perdido a anterior.

Foram muitos depoimentos semelhantes, veio

então a necessidade de elaborar uma capacitação sobre Acolhimento Humanizado, não apenas para os nove Agentes Comunitários de Saúde, mas para todos os membros da equipe assistencial e de suporte da unidade, a saber: dois enfermeiros, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, dois auxiliares administrativos, duas técnicas de enfermagem, um residente de educação física, um nutricionista (NASF) e uma psicóloga (NASF).

Tendo em vista as falas dos usuários, comecei a capacitação falando da importância da atenção primária à saúde (APS) enquanto uma ESF, de sua capacidade em ofertar um “atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, capaz de atender cerca de 80% a 90% das necessidades de saúde de um indivíduo ao longo de sua vida”^{14:2}.

Reforcei que cuidamos das pessoas, em vez de apenas tratar doenças ou condições orgânicas e que para ter Sucesso precisamos de FOCO, ESTRATÉGIA e DISCIPLINA. A seguir, um esquema de minha autoria no qual se salienta essas três necessidades para a promoção do atendimento humanizado (figura 5).

O Acolhimento foi apresentado da seguinte forma (quadro 1).



Figura 5. Ao começar efetivamente a falar sobre Acolhimento Humanizado foram esclarecidos conceitos básicos como: O que é? Como fazer? O que não fazer? **Fonte.** Pesquisa dos autores, 2023.

Quadro 1. Acolhimento Humanizado.

Acolhimento Humanizado	
O que é?	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Uma ferramenta capaz de promover o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando o estímulo ao autocuidado, melhor compreensão da doença e corresponsabilização na terapêutica proposta; ☐ Que auxilia ainda na universalização do acesso, fortalece o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualifica a assistência à saúde, humaniza as práticas e estimula ações de combate ao preconceito; ☐ E compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites, se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário.

Quadro 1 (cont.). Acolhimento Humanizado.

Acolhimento Humanizado	
Como fazer?	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Escutar; ☒ Dar apoio quando necessário; ☒ Ficar atento para identificar situações de risco e vulnerabilidade; ☒ Deixar suas crenças, valores e opiniões de lado; ☒ Mantenha a calma não importa a situação; ☒ Solicite ajuda caso não esteja em condição de acolher ou não consiga resolver a situação; ☒ Tenha sempre um sorriso no rosto e uma saudação; ☒ Conheça os fluxos da unidade e da rede de apoio; ☒ Antes de uma resposta coloque-se sempre no lugar do outro.
O que não é?	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Distribuição de senhas; ☒ Triagem para atendimento médico (o acolhimento não deve se restringir a isso); ☒ Espaço para fofoca e conversas paralelas; ☒ Espaço para julgamentos e críticas.

Fonte. Pesquisa dos autores, 2023.

Um conceito importante que foi esclarecido e trouxe grande participação de todos foi a diferença entre ouvir e escutar (quadro 2).

Foi reforçada a importância de dar apoio quando necessário. Parece simples, mas nem todos sabem como agir, em determinadas situações e sem treinamento e

orientação fica fácil falhar na tentativa de ajudar.

Observaram-se nas falas dos usuários algumas sugestões para atender as demandas dos usuários, mesmo que elas não possam ser resolvidas imediatamente, como buscar resolver a demanda que o usuário precisa e nem sabe, e evitar críticas. Ter empatia e se colocar no lugar do outro, questionando-se sobre como a profissional de saúde gostaria de ser tratado caso estivesse na mesma situação. Além de buscar alternativas e pensar no que mais pode ser feito para ajudar o usuário.

Discutimos o que tem por trás da Raiva ou insatisfação que o usuário às vezes trás. Entender o que está causando a raiva pode ser uma grande angústia ou sofrimento, ajuda a manter a calma e responder de maneira adequada.

Esclarecemos nas discussões que todos na unidade podem e devem acolher o usuário de forma Humanizada e que quando não se sentir em condições por qualquer que seja o motivo, deve pedir ajuda, somos uma equipe.

Algumas estratégias de abordagem foram sugeridas para amenizar situações de descontentamento, a saber: [1º] Ter sempre que possível um sorriso no rosto e uma saudação. O sorriso quebra barreiras, aproxima. Experimente usar mais essa ferramenta e colha resultados incríveis e surpreendentes: [2º] Bom dia. Boa Tarde. Como você está? Como eu posso te ajudar? Elogiar sempre que tiver oportunidade.

Quadro 2. Ouvir x Escutar¹⁵

Ouvir	Escutar
Ouvir é um processo mecânico referente ao sentido da audição, é além de sua vontade, a não ser que tape os ouvidos, por isso de nada adianta a pessoa apenas ouvir se não puder interpretar a comunicação, ouvir uma conversa, ou assistir um filme em outra língua que você não conhece, de nada adianta porque você apenas ouviu e não entendeu ou compreendeu.	Escutar já não depende só do ouvir, requer uma atenção ao assunto, e até mesmo da sua vontade em entender do que se trata sentir as palavras, memorizar o assunto, opinar, levar em consideração e agir, podendo aceitar ou não.

Fonte. Pesquisa dos autores, 2023.

Outra estratégia abordada foi o conhecimento dos fluxos da unidade e da rede de apoio. Repassamos o fluxo interno enfatizando os seguintes pontos (quadro 3).

Quadro 3. Estratégias de fluxo

Estratégias de fluxo	
Usuários com atividades agendadas	<ul style="list-style-type: none"> ☑ Consultas, por exemplo (médica, enfermagem, odontologia, NASF); ☑ Atividades da rotina da unidade: vacina, pesagem, pegar medicação, coleta de sangue, realizar atividade física.
Não agendados	<ul style="list-style-type: none"> ☑ Pedidos externos de agendamento de exames ou especialistas; ☑ Demanda livre; ☑ Solicitação de informação; ☑ Solicitação de cadastro.

Fonte. Pesquisa dos autores, 2023.

Todos “devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias”¹⁶. Terminamos a capacitação enfatizando o que não fazer e discutimos dois Casos clínicos e traçamos metas para resolução dos problemas cotidianos experienciados.

Quadro 4. O que não fazer e metas

O que não fazer	Metas
☑ Minimizar o Problema;	☑ Desburocratizar;
☑ Usar sua história como exemplo;	☑ Resolver;
☑ Criticar;	☑ Ser Proativo;
☑ Alimentar revolta ou insatisfação;	☑ Trabalhar em Equipe.
☑ Responder com sim ou não, principalmente o não, sem justificativa;	
☑ Falar no mesmo tom do usuário quando ele estiver exaltado;	
☑ Dar informações que não tem certeza ou encaminhar para fluxos que não existem.	

Fonte. Pesquisa dos autores, 2023.

Conclusão

Por fim montou-se o Fluxograma da Unidade com base no caderno de acolhimento à demanda espontânea e finalizamos um dia muito produtivo de atividades.

Por vários meses a resposta foi fantástica até que veio a Pandemia de COVID19, aumento substancial da livre demanda na unidade por casos respiratórios, paramentação, perda de pacientes, de colegas de trabalho, mudança de fluxo, aumento de visitas domiciliares, ao mesmo tempo não deixar de assistir os pacientes crônicos, gestantes, bebês. A maioria de nós não estava preparada emocionalmente para o que a Pandemia nos fez viver.

No final de novembro de 2020, durante uma reunião de equipe de rotina para discussão dos casos da semana e programação das visitas, uma das ACS estava quieta demais, sem participar, olhos marejados. Quando questionei se estava tudo bem, caiu em prantos, inconsolável. Interrompi a reunião e acolhi no privado e neste dia iniciamos um trabalho diário de acolhimento humanizado a equipe.

Exercícios de respiração, meditação, palavras de conforto, espaço de escuta individual e coletivo. Faltava acolher quem também precisava, as pessoas chaves para que todo o sistema funcione, os profissionais da assistência precisavam ser acolhidos e cuidados de forma humanizada.

Referências

- Organização Pan-Americana da Saúde. OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. Paho.org. 2019 [Citado: 13 fev. 2023]. Disponível: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>
- World Health Organization. Word: The top 10 causes of death [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2020 [Citado: 13 fev. 2023]. Disponível: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Ministério da Saúde (BR). Saúde apresenta atual cenário das doenças não transmissíveis no Brasil [Internet]. Ministério da Saúde. 2021 [Citado: 13 fev. 2023]. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/saude-apresenta-atual-cenario-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil>
- Senado Federal (BR). Constituição da República Federativa do Brasil : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008 [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 2016 [citado 14 fev. 2022]. 496 p. Disponível: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
- Presidência da República (BR), Casa Civil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Planalto.gov. 1990 [citado 14 fev. 2023]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Institui a Estratégia de Saúde da Família como a política nacional de Atenção Básica, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 29 dez 2017 [citado: 15 fev 2023]; Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: PNH. Brasília, DF: MS; 2013. 16 p.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
10. Medcel Afva. PNAB e SUS 2022: tudo sobre sua importância e diretrizes. 2022. [citado: 15 fev 2023]. Disponível: <https://blog.medcel.com.br/post/politica-nacional-da-atencao-basica-pnab>
11. Gomes CB e S, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 abr. [citado: 8 abr. 2023];25(4):1327–38. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/?lang=pt>
12. Prefeitura de Maricá. Secretaria de Urbanismo. Lei Complementar nº 207, de 23 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a divisão territorial do município de Maricá e dá outras providências. *Jornal Oficial de Maricá*. [Internet] 1414(XV):12; Maricá, RJ, 03 fev. 2023. [citado: 15 fev 2023]. Seção 1:3. Disponível: https://www.marica.rj.gov.br/wp-content/uploads/2023/02/JOM_1414.indd_.pdf
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@ - Maricá - RJ [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado 15 fev 2023]. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/marica/panorama>.
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção primária à saúde. . [Internet], Paho.org. [citado: 15 fev. 2023]. Disponível: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>
15. Duarte KG. Você sabe a diferença entre Ouvir e Escutar? *Administradores*, [internet], 05 dez. 2018. [citado: 15 fev. 2023]. Disponível: <https://administradores.com.br/artigos/voce-sabe-a-diferenca-entre-ouvir-e-escutar>
16. Ministerio da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica [Internet]. 1. ed.; 1. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado: 15 fev. 2023]. 290 p. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf