

PRISCYLA DE PAULA MOTA

**O ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA A
REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

FORMIGA/MINAS GERAIS

2009

PRISCYLA DE PAULA MOTA

**O ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA A
REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Geraldo Cunha Cury

FORMIGA/MINAS GERAIS

2009

PRISCYLA DE PAULA MOTA

**O ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA A
REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientador: Professor Geraldo Cunha Cury

Banca Examinadora:

Geraldo Cunha Cury

Geraldo Luiz Moreira Guedes

Maria Inês Barreiros Senna

AGRADECIMENTOS

Aos colegas do Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, pelas trocas de experiências,
E pela possibilidade de adquirir novos conhecimentos
Sobre as diversas formas de organizar
O processo de trabalho em saúde.

À Equipe do Programa de Saúde da Família Bela Vista,
Que tanto colaborou para a conquista
Da Especialização em Saúde da Família.

À comunidade dos Bairros Bela Vista e Novo Horizonte,
Que possibilitaram a prática de um novo aprendizado.

Aos tutores Maria Isabel, Bruno, Joseane e Kátia,
Pela boa vontade e disponibilidade.

Ao orientador Geraldo Cunha Cury,
Pelo interesse e participação.

A toda equipe do NESCON/UFMG.

“... Afinal, minha presença no mundo
Não é a de quem a ele se adapta mas,
A de quem a ele se insere.
É a posição de quem luta
Para não ser apenas objeto,
Mas sujeito também da História”.

PAULO FREIRE

RESUMO

Os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) devem lançar mão de diversas alternativas a fim de otimizar o processo de trabalho e, ao mesmo tempo, oferecer um atendimento resolutivo aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta perspectiva, o acolhimento se torna uma ferramenta indispensável para a reorganização do processo de trabalho em saúde, na medida em que possibilita a qualificação do acesso dos usuários aos serviços oferecidos pela equipe de saúde da família. Utiliza-se uma metodologia descritiva, de natureza qualitativa, baseada no relato de experiência de uma enfermeira do Programa de Saúde da Família e na revisão bibliográfica acerca do tema. Percebe-se, no decorrer do trabalho, que o acolhimento possibilitou modificações importantes e positivas na relação entre equipe de saúde e usuários, bem como permitiu a reorganização do processo de trabalho na Unidade de Saúde.

Palavras-chave: Acolhimento; Processo de Trabalho; Programa de Saúde da Família; Humanização; Acesso.

ABSTRACT

The professionals Family Health Program (abbreviated PSF in Portuguese) have to rely on various alternatives to optimize the work process and at the same time providing a service to resolve problems users of the Unified Health System (abbreviated SUS in Portuguese). Accordingly, the welcoming an indispensable tool for reorganizing the work process in health, in that it enables the empowerment of users' access to services offered by the team of family health. We use a descriptive analysis, qualitative, based on reported experience of a nurse's Family Health Program and literature on the subject. It can be seen in the course of work, which allowed the most important and positive changes in the relationship between health professionals and users, and allowed the reorganization of work in the Health Unit.

Keywords: Welcoming; Work Process; Family Health Program; Humanization; Access.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
1.1 Definição	08
1.2 Justificativa	10
1.3 Objetivo	11
1.3.1 Objetivo Geral	11
1.3.2 Objetivos Específicos	12
2. METODOLOGIA	12
3. DESENVOLVIMENTO	13
3.1 O Acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde de Formiga	13
3.2 Caracterização do PSF Bela Vista	15
3.3 Organização do Processo de Trabalho	16
4. CONCLUSÃO	22
5. REFERÊNCIAS	24

1. INTRODUÇÃO

1.1 Definição

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua aprovação pela Constituição Federal de 1988, fornece princípios para a reorganização da atenção à saúde no Brasil. Entretanto, na maior parte do país, tais princípios não constituíram, ainda, pontos norteadores para a organização dos serviços públicos de saúde. Para a concretização do modelo proposto pelo SUS, baseado em seus princípios e diretrizes, o Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu como estratégia de mudança, com ruptura de paradigmas, estruturada na lógica de atenção primária, e fundamentada na promoção de saúde, com vistas à qualidade de vida da família, indivíduo e comunidade. Neste novo modelo, o usuário deve ser o protagonista, e seu atendimento deve estar baseado nos princípios da acessibilidade, integralidade e resolutividade. Desta forma, a equipe de saúde da família deve desenvolver um processo de trabalho que viabilize e garanta aos usuários um atendimento baseado nos princípios e diretrizes do SUS.

O processo de trabalho em saúde deve ser estruturado visando atingir a resolutividade das ações desenvolvidas e a satisfação dos usuários. De forma bem organizada e articulada, a equipe consegue otimizar o processo de trabalho, produzindo mais e com menor desgaste físico e psicológico. Além disso, as atividades diárias se tornam bem direcionadas, e os objetivos são mais facilmente alcançados. Para Faria et al. (2008), “desenvolver a capacidade e a possibilidade de realizar um trabalho pode ser, em si mesmo, um dos objetivos do desenvolvimento do processo de trabalho”. Deste modo, todos os profissionais inseridos no Programa de Saúde da Família devem ser capazes de reconhecer o seu papel dentro da Unidade Básica, o significado da interdisciplinaridade, e sua responsabilidade de, perante toda a equipe, proporcionar o bom andamento do serviço, sua otimização e resolutividade, pois como relatam Vasconcelos et al. (2009), “os profissionais de saúde devem somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade, incluindo seu ambientes de trabalho”. As autoras defendem ainda a importância de uma real atuação em equipe multidisciplinar.

A partir do momento em que toda a equipe aderir à nova proposta de atenção à saúde dos usuários, a promoção da saúde ocupará o lugar do modelo biomédico, o que

fará com que a Unidade Básica de Saúde seja reconhecida como “uma instância de excelência, e não como um apêndice do nível terciário” (SUCUPIRA, 2002).

Para tanto, a construção de um novo processo de trabalho, fundamentado na promoção de saúde e na humanização do atendimento, deve incorporar mais tecnologias capazes de se concretizarem em práticas no cotidiano da equipe de saúde, como o ACOLHIMENTO, por exemplo.

A Portaria N°648 do Ministério da Saúde, criada em 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa de Saúde da Família. Dentro desta Política, o Ministério da Saúde inclui o Acolhimento como uma das responsabilidades da equipe de saúde da família, a qual deve implementar esta prática como uma diretriz do Sistema Único de Saúde, sendo, portanto, fundamental na organização do processo de trabalho em saúde.

Em 2009, o Ministério da Saúde, em sua cartilha denominada “Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência”, apontou o Acolhimento como “postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde”. Descreve ainda que:

“a partir da análise dos processos de trabalho, o Acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Possibilita também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira”. (Brasil, Ministério da Saúde, 2009).

Acolher, segundo o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, significa dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir; aceitar; tomar em consideração; atender a.

Vasconcelos et al. (2009), definem Acolhimento como o ato de ouvir com atenção, admitir o saber do usuário, levando em conta o que ele expressa, seja qual for o modo de comunicação.

Solla (2005) descreve o Acolhimento como a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas e a garantia da resolutividade, que deve ser o objeto final do trabalho em saúde. Vasconcelos (apud Backes, 2005) afirma que a humanização é um processo necessariamente interdisciplinar, com ações decorrentes de uma problemática e de uma necessidade comum, entendidas como promovendo mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização dos envolvidos.

Para Paidéia (2001), “o Acolhimento deve ser realizado por toda a equipe de saúde, em toda relação de saúde-pessoa em cuidado”.

A partir dos princípios e diretrizes do SUS, podemos conceituar Acolhimento como uma estratégia de escuta qualificada, que permite identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, de modo a ofertar um encaminhamento adequado dessas necessidades. Outras diferentes definições de Acolhimento convergem em torno da comunicação, sendo que para Costa (2004), “é um modo de escuta no qual se estabelece empatia, demonstrando interesse pela fala do outro”. Para Matumoto (1998), o Acolhimento não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Carvalho e Campos (2000) consideram o Acolhimento um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar a todos, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário.

A Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS afirma:

“O Acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS [...] É uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços [...] É uma tecnologia do encontro [...] Como ação técnico-assistencial, o acolhimento possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações, e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário [...] levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

1.2 Justificativa

A prática do Acolhimento representa uma diretriz relevante para o Ministério da Saúde. Para a equipe do PSF constitui uma tecnologia fundamental para a reorganização do processo de trabalho, pois possibilita a promoção de um serviço efetivo com otimização das atividades, a humanização do atendimento, e viabiliza a resolutividade das ações desenvolvidas, ao passo que proporciona aos usuários uma resposta imediata à sua demanda no momento em que procura o serviço de saúde. E é nesta perspectiva que a autora optou por trabalhar tal tema, o qual representa significativa ferramenta de trabalho em sua equipe de atuação, na medida em que traz benefícios e satisfação a todos os profissionais do PSF e usuários de sua área adscrita, além de direcionar as atividades a serem desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde.

A justificativa da autora se identifica com a percepção de Malta (2000), quando aponta o Acolhimento como a possibilidade de mudança do processo de trabalho a fim de

prestar a todos que procuram o serviço de saúde um atendimento humanizado. Vai também ao encontro de Teixeira (2003), quando compara o Acolhimento a uma mola-mestra da lógica técnicoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede técnicoassistencial de um serviço de saúde. Ainda de acordo com este autor:

“O Acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsito pela rede assistencial”. (TEIXEIRA, 2003).

Neste contexto, relatos de experiências que obtiveram resultados positivos podem contribuir para a diminuição das dificuldades encontradas pelos profissionais ao realizar o acolhimento, auxiliando na reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, e possibilitando a transformação da relação profissional-usuário, no sentido de efetivar o SUS como política em defesa da vida, garantindo assim, a equidade e integralidade da atenção.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Compreender e descrever o Acolhimento como tecnologia fundamental na reorganização do processo de trabalho em saúde, identificando a importância de efetivá-lo de forma sistemática nas ações e atividades desenvolvidas dentro e fora da Unidade Básica de Saúde.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a organização do processo de trabalho do PSF Bela Vista, baseando-se no Acolhimento;

- Relatar a experiência vivenciada pela autora, associando-a, no decorrer do relato/descrição, a referências e citações bibliográficas que confirmam a importância da prática do Acolhimento no Programa de Saúde da Família.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência, sendo realizado, portanto, por meio de uma abordagem que utiliza elementos de análise qualitativa que, segundo Neves (1996), é direcionada ao longo de seu desenvolvimento, e dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo. O mesmo autor afirma ainda que os métodos qualitativos se assemelham a procedimentos de interpretação dos fenômenos que empregamos no nosso dia-a-dia.

Para Polit e Hungler (1995), a abordagem qualitativa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e, como decorrência, tem a finalidade de compreender as experiências no seu todo.

Simultaneamente à descrição da experiência da autora, será utilizado também referencial teórico sobre o tema do trabalho, a fim de relacionar a realidade estudada à bibliografia já existente. O material utilizado será coletado de livros, artigos de periódicos e materiais disponibilizados na internet. Para ter acesso às publicações pela internet, serão acessados os bancos de dados MEDLINE e LILACS na BIREME, que é o Centro Latino-americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde. Para Maanen (1979), o estudo qualitativo tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social, trata-se de reduzir a distância entre teoria e dados, entre contexto e ação. Desta forma, uma abordagem qualitativa é realizada no local de origem dos dados, e não impede o pesquisador de empregar a lógica do empirismo científico.

Através do método qualitativo, será realizado um trabalho descritivo, caracterizado por relato de experiência de uma enfermeira (autora deste trabalho) sobre a estratégia do Acolhimento no Programa de Saúde da Família denominado Bela Vista, em Formiga/MG.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 O Acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde de Formiga

Formiga é um município localizado ao centro-oeste de Minas Gerais, e possui uma população de aproximadamente 67.000 habitantes (IBGE, 2005).

O município possui 14 Unidades Básicas de Saúde, onde funcionam 16 Programas de Saúde da Família, que cobrem 100% da população urbana, e um PACS que atende a população da zona rural. Cada PSF cobre uma área de aproximadamente quatro mil pessoas, as quais podem contar com atendimento médico, de enfermagem, de fisioterapeuta, dentista, psicólogo, nutricionista e agente comunitário de saúde. Além disso, a população pode ser referenciada a diversos pontos de atenção sempre que a equipe do PSF considerar necessário após avaliação de cada situação. Neste sentido, a Unidade Básica de Saúde é tida como porta de entrada do SUS e, pouco a pouco, a população toma consciência do fluxo correto pela rede assistencial, o que faz com que a equipe do PSF seja uma referência para a busca de alternativas e soluções das necessidades apresentadas.

Em 2004, quando se começou a falar em Acolhimento, houve uma tentativa frustrada, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, de implantá-lo nas Unidades Básicas de Saúde. Ninguém sabia ao certo o que significava realmente o Acolhimento; portanto, sua prática no dia-a-dia do processo de trabalho ocorreu a partir de uma concepção errônea por parte dos profissionais de saúde e gestores. Uma visão equivocada sobre a implementação do Acolhimento na Unidade levou à prática da triagem pelas enfermeiras do PSF, as quais atendiam os usuários, em uma sala, de 7:00 às 8:00 horas para simplesmente resolver quem teria direito a uma consulta médica no dia da procura, e quem poderia esperar por atendimento de acordo com a agenda disponível no momento. Desta forma, o atendimento da enfermeira era restrito à triagem e não correspondia às expectativas dos usuários, muitos dos quais não obtinham uma resposta imediata à sua necessidade, que nem sempre era de uma consulta médica. Por vezes, o usuário poderia ter sido direcionado a uma alternativa que resolveria o seu problema com maior agilidade e objetividade. Para isso, o atendimento deveria passar por uma transformação, onde a relação com o usuário fosse mais espontânea, a fim de que sua real necessidade pudesse ser detectada, e ele adequadamente encaminhado. Uma visão menos limitada por parte dos profissionais de saúde possibilitaria atender de

forma não automática e, conseqüentemente mais eficaz, sem desgaste para ambas as partes. Entretanto, a maioria dos profissionais não se encontravam dispostos a contribuir para mudar o processo de trabalho desenvolvido na Unidade, e não demonstravam flexibilidade para entender o quanto era simples e, ao mesmo tempo, necessária a implementação de um Acolhimento efetivo.

Somente a partir de Março de 2009, a fim de cumprir as diretrizes do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais, foi implantado no município o Protocolo de Acolhimento, o qual vem sendo implementado, lentamente, por todas as equipes de Saúde da Família. O Protocolo de Acolhimento tem o objetivo de “garantir o direito à saúde ao usuário, reorganizando o processo de trabalho, a fim de aumentar o acesso com resolutividade, vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários” (Formiga, 2009). Efetivar tal objetivo significa um desafio para grande parte dos profissionais da saúde, os quais ainda acreditam em um modelo hospitalocêntrico, centrado na figura do médico, e não se encontram dispostos às mudanças favoráveis à população.

Grandes transformações de consciência vêm ocorrendo nos profissionais médicos e enfermeiros que cursam ou cursaram a Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, promovido pela Universidade Aberta do Brasil, através da Universidade Federal de Minas Gerais. Através do curso, estes profissionais desenvolveram uma nova concepção sobre a dinâmica de trabalho no Programa de Saúde da Família, e vêm conseguindo efetivar o Acolhimento a partir da perspectiva de melhora na qualidade do atendimento, na busca de otimização do trabalho e satisfação do usuário.

Na medida em que o Acolhimento vem sendo efetivado nas Unidades de Saúde, os profissionais ali inseridos são capazes de notar o quanto o trabalho rende mais, o quanto as ações e atividades são otimizadas, e como o respeito e a procura pela equipe de saúde da família foram intensificados. Sem a prática do Acolhimento, o fluxo de atendimento fica um tanto quanto confuso, o usuário muitas vezes se sente desamparado, e os problemas sempre são os mesmos, o que nos faz ter a sensação de estarmos sempre no mesmo lugar, sem condições de dar andamento às mais diversas situações apresentadas.

O processo de trabalho desenvolvido pela equipe do PSF Bela Vista vem sendo reorganizado a partir do Acolhimento, o qual é visto, não como uma atividade, mas como uma postura diante do usuário e suas necessidades, respeitando sempre a sua autonomia, dignidade e seu direito à cidadania.

3.2 Caracterização do PSF Bela Vista

O PSF Bela Vista funciona na Unidade Básica de Saúde Dr. Geraldo Silva Oliveira, a qual está localizada a sudoeste do município de Formiga. Atende aos bairros Bela Vista e Novo Horizonte, e abrange uma população de 4.198 pessoas.

A equipe do PSF Bela Vista é composta por uma médica, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde, uma dentista, auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de serviços gerais, e como apoio conta com uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma psicóloga e três agentes de controle de endemias. Todos os profissionais trabalham diariamente, com exceção da nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga que atendem na Unidade alguns dias da semana.

A Unidade Básica de Saúde arquitetou-se em uma casa pequena e, por isso, não oferece acomodações adequadas aos usuários. Nela existe um consultório odontológico, um consultório médico, uma sala de curativo (improvisada com divisórias), uma sala de vacinação, uma recepção, um banheiro, e uma varanda nos fundos que funciona como sala dos agentes e cozinha para os funcionários. Os usuários que aguardam por atendimento, esperam desconfortavelmente na garagem, a qual não dispõe de um número suficiente de cadeiras, visto que a demanda aos serviços da Unidade de Saúde é grande e ininterrupta. Nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, enfermeira e médica precisam revezar horários de atendimento, pois há uma única sala para todas estas profissionais; mas, na maioria das vezes, isso não é viável para o bom andamento da Unidade, nem para a satisfação do usuário, sendo necessário acontecer o atendimento na sala de vacinas, de curativo, ou até mesmo, na recepção. Portanto, a estrutura física é, sem dúvida, a maior dificuldade encontrada pela equipe e usuários, e compromete significativamente a qualidade do atendimento, pois, muitas vezes, não permite privacidade na relação profissional/usuário, e conseqüentemente influencia negativamente no acolhimento, o qual exige um ambiente reservado em algumas situações.

Para Campos (1997), o Acolhimento prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-los, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária.

Toda a equipe de saúde se encontra preparada e bem disposta para contornar os problemas decorrentes da estrutura física, viabilizando e facilitando o acesso aos serviços oferecidos. Nesta perspectiva, concordamos com Souza et al. (2008), que

entendem o acesso como a possibilidade da consecução do cuidado, que produz resolutividade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços. Por Acolhimento, entendem a postura do trabalhador e sua disposição para atender às necessidades apresentadas pelo usuário ou direcioná-lo a outro ponto do sistema quando necessário. Através de um trabalho interdisciplinar e de respeito entre os profissionais, todos se sentem responsáveis em minimizar as dificuldades de acesso e oferecer um atendimento digno e com qualidade. Nesta perspectiva, notamos que os profissionais organizam o processo de trabalho buscando a efetivação de um Acolhimento onde possa haver uma relação de ajuda resolutiva para o usuário. Podemos então afirmar que os profissionais têm uma visão semelhante a de Entralgo que, em 1983, já falava do Acolhimento como uma relação de ajuda, na qual as pessoas que procuram ajuda são, ao mesmo tempo, objeto e agentes desta ação e, por isso, se torna imprescindível que a equipe de saúde esteja preparada adequadamente de modo a proporcionar uma relação clara e tranqüila para o usuário. Desta forma, segundo Miranda & Miranda (1990), “o ajudador precisa ter disponibilidade interna para ajudar o outro e para amá-lo no decorrer do processo”.

Sem dúvida alguma, a equipe enfrenta outras dificuldades além da estrutura física. Muitas não são de sua competência de resolução, estão fora do seu alcance, tal como a pouca oferta de atendimentos especializados que, por vezes, dificulta os processos de diagnóstico e tratamento. Tal fato causa certo descrédito por parte dos usuários e, muitas vezes, o abandono do tratamento. Consequentemente ocorre quebra do vínculo com a equipe de saúde, a qual se torna a maior prejudicada com a situação.

3.3 A Organização do Processo de Trabalho

Em 2008, Faria conceituou processo de trabalho como “o modo pelo qual desenvolvemos nossas atividades profissionais, como realizamos o nosso trabalho”. Para transformar o processo de trabalho, é necessário que o profissional lance mão de ferramentas e desenvolva novas habilidades, as quais incluem o saber ouvir, compreender as necessidades do outro, e apresentar resolutividade aos problemas apresentados. Nesta perspectiva, o Acolhimento se apresenta como uma destas ferramentas, basicamente a mais importante, na reorganização do processo de trabalho em saúde, o qual se baseava, a princípio, no modelo hospitalocêntrico, com enfoque curativo e tecnicista. Para Vasconcelos (2008), o acolhimento tem o objetivo de fazer

uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da Unidade naquele momento. “É reconhecer a demanda como legítima, seja de que forma ela se apresente, e dar uma resposta”.

No PSF Bela Vista, todo o processo de trabalho gira em torno do Acolhimento. No momento em que recebemos os usuários na Unidade de Saúde, e exercemos uma escuta qualificada, somos capazes de direcionar as atividades e, conseqüentemente, otimizar o atendimento, de forma que o profissional ofereça uma resposta imediata e satisfatória à necessidade apresentada pois, como relatam Silva & Mascarenhas (2006), o Acolhimento constitui-se em postura, que pressupõe uma atitude da equipe em receber, escutar, e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários. Ainda de acordo com os mesmos autores, o Acolhimento, entendido como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

Para o Ministério da Saúde, o Acolhimento “não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções”. Assim, podemos o diferenciar de triagem, pois ele “não se constitui como uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e serviços de saúde” (SUS de A a Z. Ministério da Saúde, 2009).

A fim de atender aos preceitos de um Acolhimento efetivo, todos os profissionais da equipe, sem exceção, se encontram preparados para receber o usuário, a qualquer momento, e em qualquer espaço, dentro da Unidade de Saúde ou fora dela, seja na rua a caminho das visitas domiciliares, ou nas casas. Ao receber este usuário, a regra geral é saber ouvi-lo e compreender a sua necessidade no momento. Sua necessidade pode ser a mais simples ou a mais complexa, mas é imprescindível que o profissional possa direcioná-lo, de forma a apontar o caminho mais curto e com maior chance de resolutividade. Assim, é necessário que o profissional permita que o usuário se expresse, e que haja uma relação de empatia, de modo que este encontro possa render o máximo para os dois. Lopes et al. (1999) salientam que, através da escuta ativa, o profissional mostra ao outro que o compreende; através da aceitação do outro, aceita o outro de forma compreensiva; através da empatia compreende os sentimentos do outro e não apenas suas idéias; através da confiança possibilita a tomada de consciência das próprias emoções e do manejo adequado; e com a conduta de ausência de julgamento, evita o julgamento negativo que desencadeia atitudes inadequadas e, frequentemente, a não adesão à terapêutica.

Por vezes, o usuário necessita de um esclarecimento apenas, o qual pode ser prestado sem qualquer gasto de energia pelo profissional, e proporciona a satisfação para ambos: para o primeiro, que teve sua expectativa atendida, e para o outro, que se sente valorizado por dar uma informação simples, mas de grande valor na resolutividade de um problema.

Neste âmbito, onde todos são capazes de resolver os problemas de menor complexidade, e encaminhar da forma mais adequada, é que ocorre a diminuição da demanda pelos atendimentos médico e de enfermagem, os quais podem ser voltados para problemas que são de sua real competência, possibilitando assim maior qualidade na assistência e efetividade das ações. Assim, um usuário que procura a enfermeira para saber sobre a previsão de data de uma consulta especializada, pode ser atendido diretamente pela recepcionista, que se encontra capaz de prestar a informação correta, e realizar orientações pertinentes. Um usuário que encontra com um agente comunitário de saúde na rua e pede que agende uma consulta médica para conseguir uma dieta, será orientado a consultar com a nutricionista. Um paciente diabético, que deseja uma consulta médica de rotina, será orientado a passar primeiramente pela enfermeira, a qual solicitará exames laboratoriais, de modo que na consulta com a médica o paciente já possa estar com os resultados em mãos. Todas estas situações são exemplos de otimização do atendimento, na medida em que proporciona resolutividade aos problemas ou necessidades apresentados pelos usuários sem que tenham que enfrentar filas, e viabiliza o caminho mais adequado para cada situação, considerando, desta forma, o princípio da integralidade. Pinheiro e Mattos (2005) relacionam integralidade e Acolhimento nas práticas dos profissionais de saúde, e relatam que as principais conclusões de estudos recentes apontam a integralidade como um conceito em construção, mas que já sinaliza estar alicerçada no Acolhimento, enquanto relação de compromisso ético-político, responsabilidade e confiança entre trabalhadores de saúde e usuários dos serviços.

Através da perspectiva de trabalho interdisciplinar, a equipe de saúde vai ao encontro de Franco et al. (2003) que relatam a prática do Acolhimento como transformadora do processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam assistência, visto que a organização do serviço passa a ter a “equipe de acolhimento” como central no atendimento aos usuários.

Na Unidade Básica de Saúde, a recepcionista acolhe os usuários e, após avaliar sua necessidade, apresenta uma solução, ou o encaminha para o profissional mais adequado, seja a médica, a dentista, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem, a nutricionista ou a fisioterapeuta. Para exercer este papel, a recepcionista passa por

educação permanente com a enfermeira, para que possa conhecer todo o fluxograma de atendimento dentro e fora da Unidade, sendo capaz de prestar informações sobre os mais diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde, sobre Referência e Contra-referência, sobre exames, e assim por diante. É capaz também de reconhecer as atribuições de cada profissional da equipe, viabilizando sempre o atendimento mais adequado para cada queixa apresentada. Acredita-se que uma Unidade Básica de Saúde, que tem seu trabalho pautado nos princípios do SUS, necessita buscar formas de acolher seus usuários diferentes daquela que, após passar horas em uma fila, recebem a informação de que não há mais consultas ou fichas.

O atendimento na Unidade de Saúde é agendado de acordo com o grau de risco apresentado pelo usuário, e respeita os horários estipulados na agenda de cada profissional. Para o Ministério da Saúde:

“Avaliar os riscos e a vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade do que outros pacientes aparentemente mais necessitados”. (Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Ministério da Saúde, 2009).

Se for uma urgência no âmbito de atenção primária, o atendimento ocorre o mais rápido possível, em tempo hábil. Se o profissional indicado para assistência não estiver presente na Unidade no momento da procura pelo paciente, este será encaminhado à outra Unidade de Saúde mais próxima, após o contato da recepcionista para prévia autorização. Para isso, a enfermeira faz um relatório, justificando o encaminhamento, e orienta ao usuário que o entregue à recepcionista ou enfermeiro da Unidade para a qual foi encaminhado. Desta forma, evita-se que o usuário procure o Pronto Atendimento Municipal para receber uma assistência de nível primário, como no caso de uma dor de dente intensa, de uma amigdalite, de uma infecção do trato urinário, de hipertensão, e daí por diante. Esta conduta corresponde ao relato de Campos (1997) e Cecílio (1997), os quais apontam o Acolhimento como uma prática que objetiva resolver o que é de competência da rede básica, independente da hora de chegada na Unidade, reduzindo assim, a demanda ao Pronto Socorro. No entanto, se a enfermeira avalia que o paciente passa por uma situação de urgência hospitalar, que não tem possibilidade de ser resolvida no nível primário, é acionada a ambulância para transportá-lo ao Pronto Atendimento. Um relatório médico ou de enfermagem deve acompanhá-lo, descrevendo seus dados vitais e cuidados já realizados na Unidade. O Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais (2008) dispõe que:

“todos os usuários em situação de emergência ou de urgência deverão ser atendidos de imediato pela equipe de saúde. A equipe deverá

realizar os primeiros cuidados necessários, providenciar o suporte adequado e transferir de forma segura para o ponto de atenção competente para resolver o caso”.

A enfermeira é responsável em dar resolutividade ou encaminhamento que achar necessário à demanda da Unidade de Saúde. Cerca de 80% dos usuários com alguma necessidade, problema ou dúvidas passam pelo seu atendimento. Nenhum usuário deve ir embora sem alguma solução. Um estudo realizado em Betim/MG, por Franco et al. (1999), mostra que a enfermeira teve seu rendimento e resolutividade aumentados enormemente com a implantação do Acolhimento, permitindo e facilitando o acesso a todas as pessoas que buscam a Unidade de Saúde. Os mesmos autores defendem a idéia de que o “Acolhimento parte de três princípios”: garantir a acessibilidade universal, deslocar o processo de trabalho do médico para a equipe multiprofissional, e qualificar a relação trabalhador/usuário a partir de parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania. Afirmam ainda que o acolhimento significa a humanização do atendimento, e diz respeito à escuta do problema de saúde do usuário, de forma qualificada, “dando-lhe sempre uma resposta positiva”.

Para os casos eletivos, que somam a maioria dos atendimentos, o agendamento pode ser feito a qualquer hora de funcionamento da Unidade de Saúde, sendo que, ao solicitar uma consulta, o usuário terá sua data e horário estabelecidos. Neste momento, o usuário é conscientizado quanto à não necessidade de chegar mais cedo, o que possibilita atendimentos individualizados, e impede que haja tumulto na espera. Além disso, o fato de atender o usuário no horário marcado faz com que sintam-se respeitados e, aos poucos, quebra o paradigma de que procurar assistência de saúde em estabelecimento público significa horas e horas na espera. Para Ramos & Lima (2003), ao sentir-se acolhida, a população procura, além de seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos.

Os atendimentos da enfermeira e auxiliares de enfermagem ocorrem por demanda espontânea, com exceção daqueles realizados nos domicílios, voltados aos usuários que não têm condições de ir à Unidade de Saúde. Estes, bem como os demais profissionais de nível superior, são agendados pelos agentes comunitários de saúde de acordo com o grau de risco e necessidade de cada família. Os usuários que buscam por procedimentos de enfermagem, como vacinação, curativo, teste do pezinho, aferição de pressão arterial e outros, geralmente não precisam ficar aguardando, são atendidos quase imediatamente, pois as profissionais permanecem em horário integral na Unidade e, por isso, há maior agilidade no atendimento à demanda.

Diariamente, a médica atende a vinte e cinco consultas, as quais são divididas da seguinte forma: quinze são consultas previamente agendadas, e dez são voltadas à

demanda espontânea, inclusive aos casos de urgência (correspondem aos casos clínicos agudos, às complicações de patologias crônicas e pacientes com dor, passíveis de atendimento em uma Unidade de Saúde de atenção primária; ou aqueles pacientes graves, cuja ausência ou demora do atendimento pode acarretar o agravamento do quadro clínico, inclusive aqueles que serão encaminhados ao Pronto Atendimento). São agendados dois pacientes a cada trinta minutos, viabilizando assim que sejam atendidos no horário marcado, e evitando que permaneçam por muito tempo na espera. Os usuários que chegam por demanda espontânea são atendidos de acordo com a prioridade. Os casos de urgência são atendidos imediatamente ao chegarem à Unidade. Para Leite et al. (1999), a partir da escuta das necessidades e demandas da clientela, deve-se avaliar e tomar como critérios o risco de cada situação, a qual deverá pautar a conduta a ser tomada.

A dentista realiza Acolhimento de todos os usuários que buscam por assistência odontológica. A partir deste Acolhimento, agenda-se o atendimento de acordo com a prioridade, e respeitando as vagas existentes para início de novos tratamentos. Os casos de urgência, como dor ou sangramento, por exemplo, são atendidos no momento em que procuram a Unidade. Esta conduta possibilitou o fim das filas de madrugada nos dias em que seriam distribuídas as fichas, que totalizavam vinte a cada três meses.

A coleta de material para exame colpocitológico do colo uterino e exame clínico das mamas são realizados pela enfermeira duas vezes por semana, pela manhã e à tarde. A médica também realiza estes procedimentos, os quais ocorrem em horário alternativo (noturno), a fim de viabilizá-los àquelas mulheres que trabalham fora de casa durante o dia.

Nas visitas domiciliares, o agente comunitário de saúde ajuda as famílias a encontrarem com mais facilidade o que precisam do serviço de saúde, como também, mantém toda a equipe informada sobre as dificuldades que as pessoas da comunidade encontram para serem bem recebidas nos serviços de saúde, e terem suas necessidades de saúde cuidadas. “O agente de saúde sabe como se torna muito mais fácil o seu trabalho quando é bem recebido durante uma visita a alguma família. Do mesmo modo, é importante para o usuário ser bem acolhido ao procurar a Unidade” (Lavor et al., 2007). Nesta perspectiva, o agente comunitário de saúde constitui um elo entre comunidade e equipe de saúde da família, exercendo, portanto, um papel de fundamental importância no Acolhimento, uma vez que será a partir de suas informações que, tanto a equipe de saúde poderá melhor organizar o processo de trabalho, de forma a atender as atuais e reais necessidades de saúde da comunidade, como também, a comunidade poderá acessar aos serviços de forma mais organizada, evitando idas e vindas.

Trabalhando desta forma, conseguimos incorporar parcela significativa da população à Unidade de Saúde, conquistar a confiança dos usuários no Programa de Saúde da Família, reorganizar o processo de trabalho que antes era norteado por distribuição de fichas e senhas para atendimento, e conseqüentemente diminuir ou mesmo eliminar as filas de espera. Alcança-se também um alto grau de resolutividade e a redução de encaminhamentos ao Pronto Atendimento Municipal (em cerca de 70%) daqueles casos passíveis de serem solucionados na atenção primária. Além disso, os usuários podem contar com um atendimento humanizado e de fácil acesso, o que produz sua satisfação, e maior credibilidade no Sistema Único de Saúde.

4. CONCLUSÃO

Com a adoção de novas práticas a fim de consolidar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o Acolhimento vem sendo utilizado como estratégia prioritária pelas equipes de saúde da família. Mas, infelizmente, não são todos os profissionais que compreendem o que realmente significa o Acolhimento, os seus objetivos e benefícios, tanto para a equipe quanto para os usuários do Programa de Saúde da Família (PSF). É muito comum nos depararmos, ainda, com filas nos Pronto-socorros, Pronto-atendimentos e Unidades de Saúde e, lamentavelmente, as histórias se repetem: pessoas exaltadas, reclamando pelos longos períodos de espera; a desculpa de que os recursos humanos são escassos para atender a demanda; profissionais irritados e mal-humorados; cartazes na porta da Unidade de Saúde, informando o número limitado de fichas; a distribuição de senhas por ordem de chegada, sem avaliar a gravidade e risco; as agendas restritivas; e assim por diante.

Para que haja a real efetivação do Acolhimento é necessário, primeiramente, que todos os profissionais inseridos no PSF conheçam o verdadeiro sentido de acolher; é preciso compreender que ser atendido na Unidade de Saúde não significa, necessariamente, ser bem acolhido. Ser acolhido é ser bem recebido, é sentir que seu problema está merecendo a devida atenção. O bom Acolhimento não depende de uma Unidade de Saúde bonita, com estrutura física perfeita; o mais importante é a atenção e escuta atenta ao sofrimento ou queixa da pessoa que procura por cuidados de saúde, ou mesmo, somente, por informações relacionadas à organização do Sistema de Saúde. Isto independe da condição social, opção religiosa ou cor de pele do usuário; todos, sem exceção, merecem e têm o direito a um atendimento digno e humanizado, que

corresponda às suas expectativas. Todos os profissionais da Unidade são responsáveis por este bom Acolhimento, e a consciência desta responsabilidade deve ser de toda a equipe de saúde da família.

Muitas pessoas chegam à Unidade e não sabem a quem se dirigir. É preciso encontrar alguém com boa vontade que lhe ajude a encontrar a pessoa certa para solucionar o seu caso. Por vezes, o usuário desiste do atendimento e/ou tratamento porque não recebeu a atenção que merecia. Assim, uma grande barreira se forma entre os profissionais e os usuários do PSF, o que reflete negativamente na qualidade da assistência e na capacidade de resolutividade da equipe. É neste ponto que os profissionais devem estar atentos, trabalhando o conceito de Acolhimento e exercendo sua prática, de forma que, com o tempo, o vínculo e a confiança na relação profissional/usuário imperem na Unidade Básica de Saúde e nas ações desenvolvidas fora dela, viabilizando assim, o acesso, a integralidade e a humanização da assistência, os quais constituem o alicerce para a boa qualidade da assistência e para a conquista de um processo de trabalho resolutivo e eficaz. Para que isto ocorra, não são necessários grandes esforços, muito menos aborrecimentos e conflitos entre os profissionais da equipe; basta obter uma concepção de que tratar bem, respeitar e responder às necessidades do usuário são funções básicas de quem trabalha com o público, que em nosso caso é um público especial, pois, na maioria das vezes, se encontra fragilizado, na busca de soluções para os seus problemas de saúde e, acima de tudo, não tem a quem mais recorrer senão à equipe de saúde da família. Foi pensando desta forma, que a equipe de saúde do PSF Bela Vista conseguiu efetivar o Acolhimento em sua Unidade de Saúde, e também fora dela ao lidar com os usuários em seus domicílios. Mesmo enfrentando diversas dificuldades, principalmente àquelas relacionadas à estrutura física, a equipe utiliza todos os recursos disponíveis para prestar um atendimento de qualidade.

Com a inclusão da enfermeira (autora deste trabalho) e médica do PSF Bela Vista no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, promovido pela UFMG, através da Universidade Aberta do Brasil, o Acolhimento pôde ser sistematizado, e os seus benefícios, hoje, podem ser observados pela equipe e usuários, tais como: o fim das filas de madrugada; a diminuição significativa ou até mesmo eliminação das filas de espera; a construção de um vínculo estreito entre equipe e comunidade; o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito entre profissional e usuário; a maior credibilidade no serviço de saúde; maior agilidade na resolução dos problemas; otimização das atividades e ações de saúde; e o mais importante: conseguimos fazer com que o usuário reconheça o PSF como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

5. REFERÊNCIAS

1. BACKS, D.S; LUNARDI FILHO, W.D; LUNARDI, V.L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. In: VASCONCELOS, M. Dissertação de Mestrado em Enfermagem: **A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar**. FURG, 2005. 15 p.
2. BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico**, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em Setembro de 2009.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf Acesso em Dezembro de 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 648. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: Acolhimento com classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3 ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf Acesso em: Dezembro de 2009.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf Acesso em Dezembro de 2009.
8. CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.;

- ONOCKO, R., organizadores. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p.229-66.
9. CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência da rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Caderno de Saúde Pública**, 2000, 16: 507-15.
 10. CECÍLIO, L.C.O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Caderno de Saúde Pública, 1997; 13:469-78.
 11. COSTA, E.M.A. Escutando o paciente. In: COSTA, E.M.A.; CARBONE, M.H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. p. 23-8.
 12. ENTRALGO, P. **La relación médico-enfermo: história e teoria**. Madrid: Alianza Editorial, 1983.
 13. FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. Processo de Trabalho em Saúde. **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Editora UFMG, 2008. p.19, 22.
 14. FERREIRA, A.B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.
 15. FORMIGA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo de Acolhimento**. Minas Gerais: Formiga, 2009. p.3.
 16. FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 1999; 15: 345-53.
 17. LAVOR, A.C.H.; LAVOR, M.C.; MATOS, V. O papel do ACS no Acolhimento. **Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007. 486 p.
 18. LEITE, J.C.A. et al. Acolhimento: Perspectiva de Reorganização da Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.2, p.161-168, 1999.
 19. LOPES, M.J.M, SILVEIRA, D.T, FERREIRA, S.R. **Educação em saúde nas doenças crônico-degenerativas e a promoção da qualidade de vida: relato**

- de experiência. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento.** Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 1999; p.121-30.
20. MAANEN, John. Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface. In: **Administrative Science Quarterly**, v.24, n.4, 1979, p.520-26.
21. MALTA, D.C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.21-34, set/dez. 2000.
22. MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre os seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde.** Ribeirão Preto. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1998.
23. MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Acolhimento e Classificação de Risco.** Oficina 5. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Editora Autêntica, 2008. p.28-31.
24. MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.** Módulo I. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Editora Autêntica, 2007. p.454-55.
25. MIRANDA, C.F.; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda.** 6. ed. Belo Horizonte: Editora Crescer, 1990.
26. NEVES, J.L. Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, v.1, n.3, 2º sem, 1996.
27. PAIDÉIA. **Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Campinas,** 2001. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br> Acesso em Agosto de 2009.
28. PINHEIRO, R & MATTOS, R.A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro, RJ: UERJ, IMS, ABRASCO, 2005.
29. POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
30. RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e Acolhimento aos usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 2003, 19: 27-34.

31. SASSI, A.P. **Acolhimento e Processo de Trabalho em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, RS: Relato de Experiência**. Trabalho para Especialização em Saúde Pública. Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2008. 41p. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/15425> Acesso em Agosto de 2009.
32. SILVA JÚNIOR, A.G. & MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006. p. 241 – 57.
33. SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, v.5, n.4, p.493-503, out/dez. 2005.
34. SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise de percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.24. Rio de Janeiro (RJ), 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf> Acesso em Agosto de 2009.
35. SUCUPIRA, Ana Cecília. Marco Conceitual da Promoção da Saúde no PSF. **Revista de Políticas Públicas de Sobral**, 2002, Ano III, n.2. Sobral/Ceará: Escola de Formação em Saúde da Família. p.11-14.
36. TEIXEIRA, R.R. O acolhimento no serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 89 - 111.
37. VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Editora UFMG, 2009. p.12; 37.