

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FERNANDA MARCIANA BATISTA BOTTARO

**IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DA POLÍTICA DE ACOLHIMENTO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA RITA II /
GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS**

GOVERNADOR VALADARES

2013

FERNANDA MARCIANA BATISTA BOTTARO

**IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DA POLÍTICA DE ACOLHIMENTO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA RITA II /
GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS**

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: Prof. Edison José Corrêa

GOVERNADOR VALADARES

2013

FERNANDA MARCIANA BATISTA BOTTARO

**IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DA POLÍTICA DE ACOLHIMENTO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – SANTA
RITA II / GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Prof. Edison José Corrêa

Profa. Daniele Falci de Oliveira

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

"Coisas que dão sentido a vida:

colo que acolhe...

braço que envolve...

palavra que conforta...

silêncio que respeita...

alegria que contagia...

lágrima que corre...

olhar que acaricia...

desejo que sacia...

amor que promove...

Que a vida seja intensa, verdadeira, pura...
enquanto durar.

(Cora Coralina)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me agraciado com esta especialização.

A meu esposo pela ausência nas horas que estava me dedicando aos estudos.

A equipe da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita 2 pelo apoio durante todo o curso.

Aos tutores durante os módulos e ao Prof. Edison José Corrêa pela orientação na conclusão deste trabalho.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde tem como objetivo apresentar um Plano de Intervenção sobre um problema prioritário: a “não aplicação da política estratégica de acolhimento proposta pelo SUS, no território e comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II, de Governador Valadares, em Minas Gerais”. Apresenta, após um panorama municipal, uma revisão bibliográfica sobre o Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária à Saúde, a Estratégia Saúde da Família, o Atendimento centrado na pessoa e o Acolhimento. Parte do princípio conceitual que o acolhimento, como tecnologia de atendimento, visa construir um modelo usuário-centrado, sendo preciso desconstruir o modelo tradicional médico-centrado. Este processo torna-se complexo uma vez que o usuário já se habituou no modelo tradicional, mesmo que este não consiga resolver de forma eficaz os problemas da saúde pública brasileira. Para solução do problema prioritário apresenta quatro nós críticos e seus projetos de intervenção: (1) propor mecanismos de conscientização dos usuários da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II sobre a possibilidade de atendimentos e procedimentos oferecidos pelo SUS e o processo de trabalho da equipe; (2) propor formas e ações de incentivo ao estudo, na equipe de saúde, sobre do conceito e da aplicação da tecnologia de acolhimento do SUS; (3) propor formas de criação de salas temáticas para a prática de acolhimento, bem como um consultório específico para a enfermeira chefe da Estratégia Saúde da Família e (4) propor mecanismos de melhorar a qualidade de atendimento dos usuários da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II. Conclui-se que este plano de intervenção, propondo mudanças relevantes, embora tenha limites de viabilidade, poderá contribuir para que o usuário dos serviços do SUS tenha um atendimento humanizado e de qualidade, e a equipe de saúde um crescimento profissional e pessoal.

Palavras-chave: Saúde da Família. Humanização da assistência. Acolhimento.

ABSTRACT

This paper, final work of the Specialization Course in Basic Attention to Family Health, aims to present a plan of intervention on a priority problem: the "non-application of the strategic policy of user embracement, proposal by the National Health System (SUS), in the territory and community under the responsibility of Family Health Team Santa Rita II, in Governador Valadares, state of Minas Gerais. After a municipal health mainframe, presents a literature review on National Health System and Primary Health Care, the Family Health Strategy, the health care centered on person-based practice and user embracement. Consider the conceptual principle "user embracement", as a service technology, aims to build a user-based model and deconstruct the traditional medical-based model. This is a complex process since the user already got used in the traditional model, even though this cannot resolve effectively the problems of Brazilian public health. To solve the priority problem four critical nodes and their projects of intervention are presented: (1) propose mechanisms for awareness of Family Health Team Santa Rita II users about the possibilities and limits of health care procedures offered by SUS and the team work process; (2) propose ways and actions to encourage the study, by the health team, on the concept and application of user embracement; (3) propose ways of creating class to user embracement practice, as well as a specific office to head nurse of the Family Health Strategy and (4) propose mechanisms to improve the quality of care of users of Family Health Team Santa Rita II. It is concluded that this contingency plan, proposing relevant changes, although it limits of viability, can contribute to the user of the services of the SUS has a humanized and quality health attention and a professional and personal growth to the health team.

Keywords: Family health. Humanization of assistance. User embracement.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	9
2- JUSTIFICATIVA	11
3- OBJETIVOS	12
4- METODOLOGIA	13
5 - BASES CONCEITUAIS	14
5.1 - O Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária à Saúde e a relação com o usuário	14
5.2 - A Estratégia Saúde da Família	17
5.3 O atendimento centrado na pessoa	19
5.4 - O acolhimento.	21
6 - PLANO DE INTERVENÇÃO	26
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33

1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objeto de estudo a aplicação da política de acolhimento na Equipe de Saúde da Família (SF) Santa Rita II, que atua na cidade de Governador Valadares, localizada no nordeste de Minas Gerais, na região do Vale do Rio Doce. Em 2010, sua população, segundo o IBGE, era de 263.549 habitantes (BRASIL, 2013).

O município vive basicamente do comércio, possuem ruas calçadas, água tratada, energia elétrica, telefonia fixa e móvel, 151 estabelecimentos de saúde, entre hospitais, postos de saúde, prontos-socorros e serviços privados (BRASIL, 2010).

O cenário desse trabalho é o Bairro Santa Rita, maior bairro da cidade, com aproximadamente 45 mil habitantes. Seu povoamento foi iniciado por volta de 1950. É um bairro independente, muito desenvolvido, possui supermercados, postos de gasolina, farmácias, papelarias, lojas de roupas e calçados, bancos, escolas, obras sociais, consultórios médicos e odontológicos, igrejas, quatro equipes de Estratégia Saúde da Família, integrando um Distrito Sanitário.

Esta unidade de saúde fica localizada na Rua Avenida Washington Luiz, 2367. A Equipe de Saúde da Família Santa Rita II possui uma área de abrangência com 4.500 usuários cadastrados, divididos em sete microáreas. A equipe é formada por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitárias de saúde (ACS), uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB) e uma funcionária de serviços gerais. A casa onde se situa a unidade de saúde é antiga e necessita de reforma, bem como de construção de novas salas para melhorar o atendimento aos usuários.

Além dos problemas estruturais do serviço de saúde, outros podem ser relacionados à infraestrutura do bairro, à organização social da comunidade e aos problemas operacionais vivenciados no dia a dia da equipe. Em relação aos problemas de saúde e ao atendimento à população cabe ressaltar a grande demanda de atendimentos para a equipe de Saúde da Família (SF) e o número de profissionais da equipe de trabalho. Por esse motivo, torna-se necessário o

planejamento contínuo do trabalho a ser realizado a fim de atender de forma mais eficaz os usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Entre os problemas citados, desde a visão do profissional de saúde, a questão do acolhimento foi priorizada, uma vez que o sistema traz em si a tradição enfermeiro/médico-centrado, com modelo de atendimento totalmente clínico, estando o profissional da saúde atento somente às queixas do paciente, à demanda espontânea, e o resultado deste processo tem pouca resolutividade.

A ESF tem como foco ações preventivas e curativas, para melhoria da saúde coletiva. É um espaço potencial de alto alcance da população e das comunidades. Nesse sentido, o planejamento de saúde deve ser orientado por um plano de acolhimento que vise à humanização à atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) através de medidas de melhoria da relação do profissional de saúde com as pessoas.

Esse é o tema do presente trabalho -- a elaboração de um plano de ação para a equipe de Saúde da Família que vise à política de humanização.

A elaboração do plano deverá focar temas como acolhimento, humanização, atenção centrada na pessoa, atenção básica à saúde e estratégia saúde da família, propondo mudanças relevantes para que o usuário dos serviços do SUS tenha um atendimento de qualidade e respeito.

2- JUSTIFICATIVA

O atendimento nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido amplamente discutido pela sociedade, mostrando suas deficiências e a falta de humanização na relação profissionais de saúde e comunidade.

O trabalho realizado pela equipe de enfermagem da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II tem sido realizado de forma satisfatória. No entanto, não há um plano de ação estabelecido para efetivar melhorias no atendimento a seus usuários. A importância da temática do acolhimento em termos de SUS se pauta na urgência de resposta aos usuários da saúde pública, dando para os mesmos um atendimento de qualidade.

O acolhimento, também como construtor de vínculo, deve ser levado em conta para a consolidação deste processo de eficácia das relações de saúde. A comunicação objetiva, clara e franca auxilia nessa construção entre usuário e profissional de saúde.

Esse tema encontra ressonância na equipe de enfermagem e nos outros profissionais de saúde, como médicos e agentes de saúde, ressaltando-se o papel do gestores da estratégia, e da Secretaria Municipal de Saúde na articulação da política de acolhimento do SUS.

Desta forma, a escolha deste tema parte da experiência da autora deste projeto na ESF, uma vez que as ações de acolhimento devem ser planejadas em uma estrutura capaz de dar atenção primária de saúde com qualidade, orientando os usuários para a consciência de seus direitos e deveres em termos de saúde pública.

3- OBJETIVOS

3.1 - Objetivo geral

Propor um plano de ação para aplicação da política de acolhimento do Sistema Único de Saúde pela Equipe de Saúde da Família Santa Rita II.

3.2 - Objetivos específicos

1. Propor mecanismos de conscientização dos usuários da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II sobre a possibilidade de atendimentos e procedimentos oferecidos pelo SUS e o processo de trabalho da equipe.
2. Propor formas e ações de incentivo ao estudo, na equipe de saúde, do conceito e da aplicação da tecnologia de acolhimento do SUS.
3. Propor formas de criação de salas temáticas para a prática de acolhimento, bem como um consultório específico para a enfermeira chefe da Estratégia Saúde da Família.
4. Propor mecanismos de melhorar a qualidade de atendimento dos usuários da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II.

4- METODOLOGIA

Este trabalho foi de natureza exploratória, pois, “visa proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo, como meta para tornar um problema complexo mais explícito.” (VIEIRA, 2002, p.65). Foi feita coleta de dados e análise de problemas de saúde prevalentes, por meio da observação da rotina da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II, bem como entrevistas sobre o entendimento de tema da importância do acolhimento na melhoria do atendimento do usuário do SUS.

Em relação à fundamentação teórica, foi realizada pesquisa bibliográfica, com levantamento de aspectos conceituais e operacionais sobre o tema, com consulta a trabalho de autores que discutem o acolhimento como tecnologia do SUS.

Para a elaboração do trabalho foram seguidos conceitos e orientações dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – “Iniciação à metodologia científica: elaboração de textos” (CORREA, VASCONCELOS e SOUZA, 2013) e “Planejamento e avaliação de ações de saúde” (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Como termos de referência foram utilizados descritores em ciências da Saúde (DeCS) “Saúde da Família”, “Humanização da assistência”, “Acolhimento”, “Saúde da Família”.

5 - BASES CONCEITUAIS

As bases conceituais levadas em consideração para fundamentar o plano de intervenção sobre o problema proposto dizem respeito à estruturação do SUS, com ênfase na Atenção Primária à Saúde –, ou Atenção Básica à Saúde –, e a relação com o usuário, à estratégia Saúde da Família, ao atendimento centrado na pessoa e ao Acolhimento, tratadas a seguir.

5.1 - O Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde e a relação com o usuário

O Sistema Único de Saúde (SUS), em sua estrutura, oferece tratamentos diferenciados para a demanda dos usuários de serviços de saúde. Nesse sentido, cabe às equipes de saúde o trabalho de conscientização das pessoas na escolha da unidade a que estão adstritas e que farão seu atendimento, considerando sua moradia, os territórios das equipes de saúde e as possibilidades de referência, procurando o atendimento adequado para os problemas de saúde.

O trabalho realizado no ambiente de pronto atendimento ou serviço de urgência ambulatorial centra-se na urgência e emergência em saúde, em que o atendimento imediato – com condições médicas e de equipamentos preparados para o socorro ao paciente –, seja provocado por condições agudas de saúde, como uma parada cardíaca, instabilidade respiratória, síndrome dolorosa, acidentes no trânsito, entre outros. Esse espaço não deveria ser utilizado para Atenção Básica à Saúde, pois

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.[...]. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012, p.2).

Em Minas Gerais, 33% das internações hospitalares do SUS são feitas nessas condições, ou seja, as pessoas procuram o ambulatório hospitalar ou de pronto atendimento para o atendimento de uma demanda clínica aguda. Entretanto, muitas das demandas aí assistidas deveriam ser atendidas em outro tipo de assistência à saúde – Unidade de Atenção Básica - uma vez que

A atenção primária é atendida, portanto, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela Estratégia Saúde da Família (ESF), “desafogando” os ambulatórios de especialidades e hospitais, resultando em uma maior satisfação dos usuários, bem como a utilização mais racional dos recursos existentes. (MINAS GERAIS, 2012, p.2).

Assim, muitas pessoas procuram o hospital para cuidado de atenção primária. Esse, por sua vez, redireciona esta demanda para as unidades básicas de saúde, ou os antigos postos de saúde.

Infelizmente a atenção primária à saúde precisa ser colocada integralmente em prática, uma vez que não o fazem, visto que as unidades de Estratégia Saúde da Família não têm sido equipadas de forma adequada, com boa infraestrutura, nem contam com número de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes de saúde que atendam de forma adequada à sua região.

Podem-se destacar como principais desafios da atenção primária à saúde a maior conscientização da população, as condições de trabalho e de equipamentos para o atendimento dos pacientes. O acolhimento, como estratégia de saúde, seria um passo importante na superação destes desafios, bem como investimentos públicos na área de saúde, em termos de infraestrutura e profissionais de saúde.

Nesse sentido, torna-se necessária tanto uma maior conscientização da população na utilização dos serviços de saúde, quanto melhoria das unidades que deveriam atuar de forma clínica e preventiva na atenção primária à saúde.

Um desses aspectos é demanda de consultas com o único objetivo de transcrição e renovação de receitas, crescente nas unidades de Saúde da Família (SF). Nesse sentido,

Costuma ser frequente a procura de usuários em serviços de atenção primária para transcrição e/ou renovação de prescrições expedidas em serviços privados, na medida em que a dispensação de medicamentos pelo

Sistema Único de Saúde (SUS) geralmente exige prescrição em receituários próprios. Esse tipo de necessidade também se apresenta em relação à renovação de receitas expedidas no próprio serviço de atenção primária ou em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, pois os diferentes serviços costumam estabelecer prazos de validade para dispensação de medicamentos (BRASIL, 2012, p. 254),

O usuário da estratégia SF, ao receber a notícia que sua prescrição não pode ser renovada ou transcrita sem prévia consulta médica, costuma não entender o motivo, mas cabe a equipe de enfermagem explicar os motivos de tal procedimento, mostrando os riscos da não avaliação de prescrições.

Também assim acontece

[...] em relação à transcrição de pedidos de exames complementares, já que cada rede locorregional costuma possuir formulários e fluxos próprios, implicando na necessidade de adequação de tais solicitações aos fluxos estabelecidos. Situação que também se aplica a usuários que procuram atendimento em serviços privados (onde são solicitados exames) e comparecem na unidade de saúde na expectativa de transcrever as solicitações desses procedimentos. (BRASIL, 2012, p. 254).

O usuário da estratégia SF deve entender o risco e a vulnerabilidade na renovação e transcrição de receitas e exames, mesmo que pareça ser uma demanda de simples resolução. Esse tipo de procedimento pode se tornar problemático se não for adequadamente acolhido do ponto de vista do cuidado ao usuário. As equipes de saúde pressionadas por um conjunto de outras necessidades de caráter agudo, mais urgentes de serem equacionadas, acabam colocando essas demandas no segundo plano (BRASIL, 2012).

Quando surge a necessidade de transcrição e renovação de prescrições e exames, deve-se ressaltar que não se trata de uma demanda de fácil resolução, pois se devem acessar as informações do prontuário do paciente e saber o motivo pelo qual a medicação solicitada deve continuar sendo renovada (BRASIL, 2012). O atendimento da demanda de transcrição de receitas e exames sem que esse procedimento seja feito pode causar riscos à saúde das pessoas.

O simples atos de transcrever ou renovar prescrições ou pedidos de exame podem gerar e/ou aumentar o risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial derivados do problema de saúde do usuário. A manutenção de certas prescrições de forma inadvertida pode causar efeitos colaterais consideráveis ou mesmo dependência, além de ser ineficaz do ponto de vista terapêutico (BRASIL, 2012, p. 255).

O atendimento de saúde feito de forma adequada, respeitando os protocolos e orientações do Ministério da Saúde, produz uma relação eficaz e eficiente entre a equipe de saúde e os pacientes usuários do SUS. O acolhimento não se deve pautar em facilidades ao usuário em prol do risco de sua saúde.

5.2 - A Estratégia Saúde da Família - ESF

A Estratégia Saúde da Família inicialmente denominada Programa de Saúde Família (PSF) –, tem seu princípio na reforma da política pública de saúde ocorrida na década de 1990, momento em que foram realizadas experiências de consolidação de um modelo atenção primária à saúde de forma mais eficaz.

Apesar dessa multiplicidade de formas existentes, o PSF foi concebido como uma estratégia para mudança do modelo de atenção à saúde, para efetivar os princípios do SUS como a universalidade, a integralidade e a equidade. Formulado pelo Ministério da Saúde em 1994 como um programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde, o PSF tem ampliado as suas possibilidades de se tornar uma proposta exitosa, em especial pela capacidade criativa dos municípios, ganhando contornos que extrapolam o conceito habitual de "programa". Dessa forma, apesar de conter diretrizes normativas, com objetivos e operações claramente definidos, sua implantação, quando adequada, traz resultados que extrapolam o nível da atenção primária e repercutem sobre a dinâmica e o funcionamento do sistema de saúde como um todo. (SAMPAIO; ROLIM, 2004, p.1).

Sampaio e Rolim (2004) relatam que o PSF surge de forma efetiva em 1994, sendo uma proposta eficaz para o atendimento da demanda de saúde no que se refere aos cuidados de saúde da população usuária do SUS.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o PSF, sigla com a qual se consagrou desde então, incorpora as bases conceituais presentes na "Vigilância da Saúde", que incluem o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, incluindo a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde, e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias como a promoção da saúde. (SAMPAIO; ROLIM, 2004, p.1).

O Programa de Saúde Família (PSF) foi consolidado na sua primeira década de implantação, transformando-se em uma estratégia permanente de saúde da família, tendo sua sigla mudada para ESF.

A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A equipe da ESF é composta, desde a Portaria nº 648/GM) (BRASIL, 2007), pelos seguintes profissionais de saúde: agente comunitário de saúde (ACS), enfermeiro, médico, auxiliar ou técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico em higiene dental (THD), auxiliar de consultório dentário (ACD).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS, com base geográfica definida, a micro área. Assim há um contato permanente com as famílias, desde ações educativas visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças. De acordo com o planejamento da equipe, devem ser cadastradas todas as pessoas e estas serão orientadas pelo agente sobre a utilização dos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

O enfermeiro tem um papel voltado para a gestão de saúde. Assim, deve planejar, gerenciar, coordenar e avaliar, supervisionar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS. O enfermeiro também é articulador dos profissionais da Unidade Básica de Saúde, contribuindo para a organização da demanda referenciada. Também solicita exames complementares e prescreve medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão. Por último, realiza assistência integral às pessoas e famílias na unidade de saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (BRASIL, 2007).

O médico tem o papel de realizar assistência integral, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, realiza consultas, diagnósticos e encaminhamentos. (BRASIL, 2007).

O auxiliar ou técnico de enfermagem realiza procedimentos específicos de sua profissão e participa de atividades de assistência básica de saúde (BRASIL, 2007).

O cirurgião dentista realiza diagnóstico, atenção integral à saúde bucal, acompanhamento e tratamento dentário dos usuários da unidade de saúde, coordena e participa de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, além de acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. Coordena os trabalhos e a educação permanente dos THD e ACD (BRASIL, 2007).

O técnico em higiene dental (THD) e o auxiliar de consultório dentário (ACD) realizam atividades de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde (BRASIL, 2007).

O trabalho realizado pela ESF tem um modelo bem democrático de gestão de saúde pública, em que todos os profissionais têm suas funções definidas. No entanto, todos ajudam na coordenação dos trabalhos preventivos e de promoção.

5.3 O atendimento centrado na pessoa

O enfoque do atendimento é o diálogo entre usuários e trabalhadores da saúde, numa relação de corresponsabilidade, em que o objetivo é atender as necessidades de todos os envolvidos, sempre fortalecendo a autonomia dos usuários. Nas unidades de saúde torna-se necessário o acolhimento da demanda espontânea, ou seja, o usuário também define a prioridade de seu atendimento.

É preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. Queiramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços. (BRASIL, 2011, p.22).

O atendimento à demanda espontânea mostra-se eficiente quando há uma centralização na pessoa do usuário, uma vez que este é o primeiro responsável

pelos cuidados de sua saúde e passa a dividir esta responsabilidade com a equipe de profissionais da saúde. A corresponsabilidade é destacada como responsabilidade coletiva, promovida por processos comunicacionais eficientes, na construção de uma relação de ajuda entre os envolvidos no processo de escuta qualificada e por fim no vínculo existente nestas relações.

Na tentativa de humanizar o Sistema Único de Saúde, o acolhimento passou a ser entendido como tecnologia a ser priorizada nas políticas públicas na área da saúde. Entretanto, cabe salientar que as redes particulares de saúde tem trabalhado na mesma perspectiva de refletir e colocar em prática este processo de humanização.

Para construir este modelo usuário-centrado é preciso desconstruir o modelo tradicional médico-centrado (SANTOS e ASSIS, 2006). Este processo torna-se complexo uma vez que o usuário já se habituou no modelo tradicional, mesmo que este não consiga resolver de forma eficaz os problemas da saúde pública brasileira.

Santos (2006) trata da organização do serviço centrado no usuário – acolhimento como gerenciador das relações terapêuticas, organização das demandas: linhas de cuidado e condição de vida, e resolubilidade no projeto terapêutico.

As recepções dos serviços de saúde deverão possuir área adequada para atividade educativa e pré-consulta, na qual se podem desenvolver salas temáticas, exibição de vídeos educativos, explicações acerca do funcionamento da unidade, etc.

A proposta defendida por Santos e Assis (2006) é a reorganização dos modelos de atenção básica, visando uma maior integralidade à saúde. Nesta perspectiva, espera-se a inclusão dos usuários como autores/protagonistas, ou seja, responsáveis, também, pela defesa da vida individual e coletiva.

5.4 - O acolhimento.

O Ministério da Saúde, no estudo Humaniza SUS, traz em seu glossário da saúde a definição:

Acolhimento: Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário. (BRASIL, 2008, p.51).

A definição de acolhimento foi discutida por vários autores como Baraldi e Souto (2010). Estes autores procuram definir acolhimento diferenciando-o da tradicional triagem.

O acolhimento é um dispositivo que está sendo proposto para impulsionar o redirecionamento da assistência em saúde por um modelo de cuidado ampliado, integral, resolutivo e multiprofissional, mas é preciso qualificar o modo como vem sendo aplicado na prática para que contribua com esse redirecionamento. Em outras palavras, reduzir o Acolhimento a uma triagem não favorece suficientemente a melhoria assistencial, conforme se espera desse dispositivo. (BARALDI; SOUTO, p.10).

A reflexão de Baraldi e Souto (2011) mostra que reduzir o acolhimento a uma triagem não favorece suficientemente a melhoria assistencial, conforme se espera desse dispositivo. Esta associação reduz o acolhimento a uma etapa do atendimento clínico da enfermagem, necessário, mas que não é, de fato, postura de acolhimento.

Segundo Gomes e Pinheiro (2005, p.287) o acolhimento está inserido no contexto de integralidade do campo de saúde coletiva “os sentidos dos termos integralidade, vínculo e acolhimento, no que concerne à gestão do cuidado em saúde”.

O foco destes conceitos visa à atenção integral e da construção de um ideário de saúde baseado na cidadania. Os programas de agentes de saúde criados nos anos de 1990 tinham um objetivo claro de levar a população a uma autoeducação no que se refere cuidar da sua própria saúde.

A atenção e cuidado em saúde são discutidos sobre a perspectiva social de integralidade, acolhimento e vínculo.

O conceito de integralidade está em constante construção. Isso permite maior reflexão no âmbito de saúde, especialmente pública. Segundo Gomes e Pinheiro (2005, p.290),

[...] a integralidade está vinculada à boa medicina, à resposta ao sofrimento das pessoas e, também, ao encontro, à conversa, à atitude do médico e à preocupação do profissional de saúde em buscar melhores técnicas de atendimento ao paciente. A integralidade, como modo de organizar as práticas, visa à horizontalização dos programas que outrora foram horizontais e por último como forma de responder os problemas específicos.

Segundo Franco (1999) o acolhimento, enquanto diretriz operacional, propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde. Nesse sentido, as pessoas precisam ser atendidas a partir de um acesso universal, com uma equipe preocupada em escutar o paciente, compromisso de resolver os problemas e parâmetros humanitários entre trabalhador e usuário.

O acolhimento, na visão do trabalhador de saúde, tem sido pouco valorizado, uma vez que o sistema traz em si a tradição médico-centrado, em que o modelo de atendimento é totalmente clínico, os profissionais da saúde estão atentos somente às queixas do paciente e o resultado deste processo é pouco resolutivo.

A partir de uma análise prática no Programa de Saúde Família em Alagoinhas —BA, Santos e Assis (2006) concluem que

[...] os resultados revelam que a prática é organizada através de ações individuais e coletivas, construídas por uma demanda reprimida. O atendimento é fragmentado com a valorização excessiva da técnica e da especialidade, cujo eixo é ordenado pelo modelo médico-centrado, com resolubilidade limitada. (SANTOS e ASSIS, 2006, p.10).

Há a constatação de um acolhimento pautado numa relação conflitante, entretanto há potencialidade de melhora nestas relações, onde o vínculo seja necessário na construção de um novo modelo de saúde, em contraposição ao existente de médico-centrado com resolubilidade limitada.

Segundo Baraldi e Solto (2011, p.11) “o acolhimento funciona como uma alternativa diferente da recepção tradicional, superando o modelo hegemônico de atenção a saúde medico-centrado por meio de uma equipe multiprofissional”.

Antes o paciente era encaminhado diretamente para o médico; neste novo modelo o demandante é direcionado para um dos profissionais da equipe por meio de atitudes de escuta e respostas às suas necessidades.

Segundo Baraldi e Solto (2011) o acolhimento é feito em duas oportunidades; primeiro de forma pontual respondendo às necessidades do paciente e segundo em todos os espaços e momentos da produção de serviços de saúde.

O objetivo de uma política de integralidade e humanização do serviço de saúde brasileiro aponta à construção de uma postura usuário-centrada. Nesta temática, novo paradigma de saúde no Brasil tem como foco o usuário-centrado. Ramos e Lima (2003) enfatizam,

Vem crescendo a importância do reconhecimento técnico sobre a perspectiva do usuário quando se aborda a qualidade de serviços de saúde. O seu papel como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço [...] O modelo do pronto atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva. (RAMOS; LIMA, 2003, p.2).

O acolhimento como tecnologia de atendimento visa construir um modelo usuário-centrado; é preciso desconstruir o modelo tradicional médico-centrado. Este processo torna-se complexo uma vez que o usuário já se habituou no modelo tradicional, mesmo que este não consiga resolver de forma eficaz os problemas da saúde pública brasileira.

O acolhimento está inserido em um contexto de mudança do processo de trabalho. Assim, o Ministério da Saúde entende que a proposta do acolhimento,

[...] articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (cogestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde. (BRASIL, 2010, p.16)

Para melhor explicitar a proposta de acolhimento, faz-se necessária uma definição teórica contextualizada no processo de humanização discutido nas prioridades do sistema público de saúde brasileiro.

A questão do acolhimento deve ser entendida como processo de mudança no atendimento de saúde. “A qualidade da atenção prestada pelos serviços de

saúde está diretamente ligada ao acolhimento e a satisfação do usuário.” (MEDEIROS *et al.*, 2010, p. 402).

O acolhimento, sem dúvida essencial na promoção do respeito e escuta entre profissionais e usuários em saúde, faz a diferença no que tange às práticas eficazes das ações de saúde (MEDEIROS *et al.*, 2010).

O contexto de integralidade das ações de saúde permite o surgimento da abordagem de um efetivo acolhimento. Neste sentido, o atendimento às pessoas deve seguir o princípio de acessibilidade universal, deslocando o eixo central do médico para uma equipe de acolhimento, e qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve ocorrer através de padrões humanitários. (MEDEIROS *et al.*, 2010).

O acolhimento, ainda na perspectiva de Medeiros *et al.* (2010), é um instrumento de trabalho, não limitado à recepção do paciente, mas como integrante de todo processo de saúde. A consciência do acolhimento de saúde não é responsabilidade exclusiva dos trabalhadores, ele deve fazer parte da política interna da instituição.

O acolhimento visa em suma, a busca de produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutive. O acolhimento é visto como uma forma de relação humanizada e acolhedora entre o profissional de saúde e o paciente.

No conceito de vínculo, a definição de Merhy (1994, p.20) parece bem apropriada: “criar vínculos implica em ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente”.

Oliveira *et al.* (2008) discutem o acolhimento na perspectiva da relação entre os atores envolvidos no processo de atendimento de saúde. Também destaca a importância de superação do modelo hegemônico de atenção à saúde médico-centrado, paradigma que representa um obstáculo ao processo de humanização da saúde.

O acolhimento chegou neste momento de questionamento do atendimento de saúde tradicional, propondo mudanças de atitude no sentido de mudanças para maior humanização.

O momento do encontro é abordado como “o momento em que o usuário, movido por qualquer que seja sua necessidade, se encontra com o profissional ao procurar o serviço buscando a solução para seu problema” (OLIVEIRA *et al.*, 2008, p. 753).

O acolhimento é o vínculo que deve ser levado em conta para a consolidação deste processo de eficácia das relações de saúde. A comunicação objetiva, clara e franca auxilia na criação deste elo entre usuário e profissional de saúde.

A corresponsabilidade é destacada como responsabilidade coletiva, promovida por processo comunicacionais eficientes, na construção de uma relação de ajuda entre os envolvidos no processo de acolhimento e, por fim, no vínculo existente nestas relações.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta desse trabalho é apresentar alguns indicativos para resolver ou minimizar um **problema prioritário**, que é a **não aplicação da política estratégica de acolhimento proposta pelo SUS**. Para esse problema, foram definidos quatro nós críticos, ou seja, situações que, executadas a contento, ajudam a resolver ou minimizar o problema prioritário.

- Propor mecanismos de conscientização dos usuários da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II, sobre a possibilidade de atendimentos e procedimentos oferecidos pelo SUS e o processo de trabalho da equipe.
- Propor formas e ações de incentivar ao estudo, na equipe de saúde, do conceito e da aplicação da tecnologia de acolhimento do SUS.
- Propor formas de criação de salas temáticas para a prática de acolhimento, bem como um consultório específico para a enfermeira chefe da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II.
- Propor mecanismos de melhorar a qualidade de atendimento dos usuários da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II.

Para cada nó crítico são definidos uma operação/projeto, da qual se registram os resultados e os produtos esperados, as ações estratégicas necessárias, a definição de responsável (eis), os prazos, o acompanhamento e a avaliação, e a viabilidade. A referência é a proposta da Seção 3 *Elaboração do Plano de Ação*, do módulo *Planejamento e avaliação das ações em saúde* (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

As propostas integram os Quadros 1 a 4, a seguir.

Quadro 1 – “Projeto + conscientização da comunidade”: operação sobre nó crítico 1 para intervenção sobre o problema priorizado “Não aplicação da política estratégica de acolhimento proposta pelo SUS”. / Equipe de Saúde da Família Santa Rita II, Governador Valadares – Minas Gerais, 2014

PROBLEMA PRIORITÁRIO	Não aplicação da política estratégica de acolhimento proposta pelo SUS
Nó crítico 1	Propor mecanismos de conscientização dos usuários da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II, sobre a possibilidade de atendimentos e procedimentos oferecidos pelo SUS.
Projeto / Operação 1	Projeto + conscientização da comunidade.
Resultados esperados	Universalização das informações sobre os serviços prestados pela ESF a 80% de famílias atendidas na região da Equipe Santa Rita II.
Produto	Comunidade orientada sobre os serviços da Estratégia Saúde da Família.
Ações estratégicas	Elaboração de rotina de visitas e informações a serem prestadas. Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde Visitas domiciliares.
Responsável	Enfermeiro. Agentes Comunitários de Saúde.
Prazo	1 mês.
Acompanhamento e avaliação	Serão feitos relatórios sobre a abrangência da população visitada. Estes relatórios serão avaliados pela enfermeira da Estratégia Saúde da Família.
Viabilidade	Realizável em curto prazo de tempo.

Quadro 2 – “Projeto + estudo sobre Acolhimento no SUS”: operação sobre nó crítico 2 para intervenção sobre o problema priorizado “Não aplicação da política estratégica de acolhimento proposta pelo SUS” / Equipe de Saúde da Família Santa Rita II, Governador Valadares – Minas Gerais, 2014

PROBLEMA PRIORITÁRIO	Não aplicação da política estratégica de acolhimento proposta pelo SUS
Nó crítico 2	Propor formas e ações de incentivo ao estudo, na equipe de saúde, sobre o conceito e a aplicação da tecnologia de acolhimento do SUS.
Projeto / Operação 2	+ Estudo sobre Acolhimento no SUS.
Resultados esperados	Conscientização de 100% dos funcionários da ESF sobre a política de acolhimento do SUS.
Produto	Equipe de Saúde da Família e funcionários da unidade com conhecimento atualizado sobre política de acolhimento.
Ações estratégicas	Adesão do gestor municipal Definição de horários compatíveis Reuniões de Estudos.
Responsável	Enfermeira.
Prazo	6 meses.
Acompanhamento e avaliação	Cada participante deverá fazer anotações sobre as suas sugestões sobre acolhimento.
Viabilidade	Realizável, mas o tempo para reuniões formativas devem ser organizados de forma criteriosa.

Quadro 3 – “Projeto + infraestrutura”: operação sobre nó crítico 3 para intervenção sobre o problema priorizado “Não aplicação da política estratégica de acolhimento proposta pelo SUS” / Equipe de Saúde da Família Santa Rita II, Governador Valadares – Minas Gerais, 2014

PROBLEMA PRIORITÁRIO	Não aplicação da política estratégica de acolhimento proposta pelo SUS
Nó crítico 3	Propor formas de criação de salas temáticas para a prática de acolhimento, bem como um consultório específico para a enfermeira chefe da Estratégia Saúde da Família.
Projeto / Operação 3	+ Infraestrutura
Resultados esperados	Aprovação de 100% do projeto para a ampliação da estrutura física da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II
Produto	Ampliação da infraestrutura física da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II Designação de sala de trabalho para enfermeira-chefe.
Ações estratégicas	Adesão do gestor municipal Elaboração de Projeto para aprovação da Administração Pública competente Definição e destinação de verbas para alteração de infraestrutura física
Responsável	Gestor municipal (saúde e administração). Equipe técnica (arquitetura e engenharia) Equipe de Saúde da Família
Prazo	3 meses
Acompanhamento e avaliação	O projeto será avaliado pela Administração Pública competente.
Viabilidade	Realizável, mas depende de aprovação externa.

Quadro 4 – “Projeto + atendimento de qualidade”: operação sobre nó crítico 4 para intervenção sobre o problema priorizado “Não aplicação da política estratégica de acolhimento proposta pelo SUS” / Equipe de Saúde da Família Santa Rita II, Governador Valadares – Minas Gerais, 2014

PROBLEMA PRIORITÁRIO	Não aplicação da política estratégica de acolhimento proposta pelo SUS
Nó crítico 4	Propor mecanismos de melhorar a qualidade de atendimento dos usuários da Equipe de Saúde da Família Santa Rita II.
Projeto / Operação 4	+ Atendimento de qualidade.
Resultados esperados	Processo de trabalho da equipe revisto e implantado. Aprovação de 90% dos usuários sobre o atendimento recebido na ESF Santa Rita II.
Produto	Projeto de melhoraria da qualidade de atendimento dos usuários da ESF – Santa Rita II.
Ações estratégicas	Revisão do processo de trabalho atual Definição dos aspectos a serem modificados Definição de ações e cronograma de implantação
Responsável	Todos os funcionários da Estratégia Saúde da Família.
Prazo	2 meses.
Acompanhamento e avaliação	Deverão ser respondidos questionários de satisfação do usuário e avaliação de desempenho de todos os funcionários da ESF.
Viabilidade	Realizável, mas deve ser discutido entre todos da equipe Santa Rita II.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este plano de ação teve como propostas básicas o questionamento sobre a conscientização da população sobre o efetivo trabalho da ESF, atendimento dispensado aos usuários e as condições físicas da ESF Santa Rita II. O plano de ação foi dividido em quatro nós críticos com ações e planejamento específico para cada um deles:

O primeiro é a proposta de mecanismos de conscientização dos usuários da ESF – Santa Rita II, sobre a lista de atendimentos e procedimentos oferecidos pelo SUS, assim os agentes de saúde tem um papel importante na universalização das informações básicas sobre os serviços da ESF.

O segundo é a proposta de ações de incentivar ao estudo, na equipe de saúde, sobre o conceito e a aplicação da tecnologia de acolhimento do SUS, assim todos devem estar envolvidos em reuniões formativas de modo periódico.

O terceiro diz respeito à proposta de criação de salas temáticas para a prática de acolhimento, bem como um consultório específico para a enfermeira chefe da ESF, para isto deverá ser elaborado projeto a ser aprovado pela Administração Pública competente.

O quarto passa pelos mecanismos de melhorar a qualidade de atendimento dos usuários da ESF – Santa Rita II, para isto deverão ser aplicados questionários de satisfação do usuário em relação aos atendimentos recebidos.

A política de acolhimento do SUS traz a proposta de reestruturação da organização e do funcionamento do serviço de saúde. Nesse sentido, as pessoas precisam ser atendidas a partir de um acesso universal, com uma equipe preocupada em escutar o paciente, compromisso de resolver os problemas e parâmetros humanitários entre trabalhador e usuário.

O acolhimento visa em suma, a busca de produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva. O acolhimento é visto como uma forma de relação humanização e acolhedora entre o profissional de saúde e o paciente.

O acolhimento na visão do trabalhador de saúde tem sido não priorizado uma vez que o sistema traz em si a tradição medico-centrado, neste o modelo de atendimento é totalmente clínico, o profissional da saúde está atento somente às queixas do paciente, e o resultado deste processo é pouca resolutividade.

Na tentativa de humanizar o Sistema Único de Saúde, o acolhimento passou a ser refletido como tecnologia a ser priorizada nas políticas pública na área da saúde, entretanto, cabe salientar que as redes particulares de saúde têm trabalhado na mesma perspectiva de refletir e colocar em prática este processo de humanização.

Dessa forma, para tentar minimizar os problemas enfrentados pelos usuários de saúde, estão algumas medidas como o diálogo, melhora dos espaços físicos na produção de ambiente mais acolhedor e, por fim, a qualificação dos trabalhadores no sentido de humanizar a atenção prestada.

Conclui-se que este plano de intervenção, propondo mudanças relevantes, embora tenha limites de viabilidade, poderá contribuir para que o usuário dos serviços do SUS tenha um atendimento humanizado e de qualidade, e a equipe de saúde um crescimento profissional e pessoal.

REFERÊNCIAS

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A Demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. Caieiras: **Arquivos Brasileiros de Ciências de Saúde**, v. 36, n.1, p.10-17, Jan/Abr. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1918.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf> Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf> Acesso em: 29 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf> Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_qu_eixas_comuns.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. IBGE. **Cidades. Governador Valadares, Minas Gerais**. [online, 2013?]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=312770>>. Acesso em: 6 maio 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3920.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde**: Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.2, n.15, p.345-53, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

GOMES, M, C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 maio 2013.

MEDEIROS, F.A. et al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. San José: **Revista Salud Pública**: 12 (3): 102-403, jun, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2013.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

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. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 19 (1): 27-34, jan-fev, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2013.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. A.. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Rio de Janeiro: **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, 11(1): 53-61, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n1/29448.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2013.

SANTOS, Adriano Maia dos. Organização das Ações em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: Ações Individuais e Coletivas Baseadas em Dispositivos Relacionais e Instituintes. **Revista APS**, v. 9, n.2, p.190-200, jul/dez, 2006.

Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/bucal.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2013.

VIEIRA, V. A.. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Rev. FAE**, Curitiba, v.5, n.1, p.61-70, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.mouraconsultoria.com.br/artigo/Tipologia...pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.