

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

FLÁVIA DE ÁVILA FONSECA BRAZ

**A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS NA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA**

Campos Gerais/Minas Gerais

2013

FLÁVIA DE ÁVILA FONSECA BRAZ

**A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS DA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA**

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.

Orientadora: Prof^a. Ana Maria Chagas
Sette Câmara

Campos Gerais/Minas Gerais

2013

FLÁVIA DE ÁVILA FONSECA BRAZ

**A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS DA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA**

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.

Orientadora: Profa. Ana Maria Chagas
Sette Câmara

Banca Examinadora

Prof^a. Ana Maria Chagas Sette Câmara-Orientadora

Prof^a. Eulita Maria Barcelos-Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 14/12/2013

DEDICATÓRIA

A minha mãe, pelas orações;

A minha avó, que mesmo do céu, nunca me abandona.

Ao Renan, pela paciência de dividir-me, nos fins de semana, com meus estudos

A Deus por estar sempre comigo, dando-me forças para continuar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelas forças para nunca desistir;
a minha orientadora Ana Maria Chagas Sette Câmara, pela orientação e presença
constante;
aos meus pais, pelo apoio incondicional;
ao Renan, pela paciência, quanto a minha constante ausência.

RESUMO

A Atenção Básica, enquanto um dos eixos estruturadores do SUS vive em um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde. Entre os seus desafios, destacam o acesso, acolhimento, efetividade e resolutividade de suas práticas, capacidade de gestão e coordenação do cuidado, de forma mais ampla, voltado para o indivíduo, não para sua doença. O presente estudo buscou conhecer sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), e em especial, sua diretriz mais relevante - o acolhimento - , bem como fatores que dificultam a sua implementação nos serviços de saúde. Foi desenvolvida uma revisão bibliográfica narrativa, a partir da análise de várias publicações, constatando-se que o acolhimento não se trata de um tema recente, visto que há estudos do século passado, nos quais a questão da humanização já era abordada pela literatura. Assim, por se tratar de um dispositivo em construção, enfrenta alguns obstáculos, como estrutura física das unidades inadequadas, bem como profissionais não qualificados. Não obstante, esses fatores dito limitadores são passíveis de mudanças, a depender de uma gestão que se co-responsabiliza para com os cuidados nos serviços de saúde.

Descritores: Acesso. Acolhimento. Humanização

ABSTRACT

Primary Care as one of the structural axes of the SUS live in a special time to be taken as one of the priorities of the Ministry of Health Among their challenges include access, accommodating, and solving effectiveness of their practices, management capacity and coordination of care, more broadly, focusing on the individual, not their illness. The present study sought to know about the National Humanization Policy (PNH), and in particular its most relevant guideline – the accommodating- as well as factors that hinder their implementation in health services. Developed a narrative literature review, based on the analysis of several publications, noting that the accommodating is not a recent issue, since of the last century, in which the issue of humanization was already addressed in the literature. Thus, to be of a device under construction, faces some obstacles such as inadequate physical structure of the units as well as unskilled workers. Nevertheless, these factors to said limiting are amenable changes, relying on a management that is co-responsible for the care with health services.

Descriptors: Access. Accommodating. Humanization

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PA	Pronto Atendimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	12
4 METODOLOGIA	13
5 BASES CONCEITUAIS	14
5.1 Breve histórico sobre a reorganização dos serviços de atenção à saúde ..	14
5.2 Princípios da humanização do atendimento	20
5.3 O acolhimento como princípio da PNH	23
5.4 O acolhimento como prática multiprofissional de organização do acesso	27
5.5 Desafios à implantação do acolhimento	30
5.6 Medidas essenciais à implantação do acolhimento	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

No mundo globalizado, em virtude do impacto que as tendências políticas e econômicas geram na produção do conhecimento em saúde, na educação e condições sociais da população, torna-se relevante pensar na promoção da qualidade dos serviços de saúde (DUARTE; SILVINO, 2010).

Conforme Camelo *et al* (2000) a partir da Constituição Federal de 1988, na qual foram contempladas propostas oriundas da 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS)- a descentralização da gestão, integralidade das ações, fortalecimento do município, participação da comunidade, regionalização e hierarquização-cada município brasileiro assumiu novas contribuições em relação à saúde.

A nova institucionalidade da saúde tem seus fundamentos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que define o Sistema Único de Saúde (SUS). Suas ações e serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada; constituem um sistema único, organizado, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, prestando atendimento integral, a partir da priorização de atividades preventivas (sem prejuízo das assistenciais) e com participação popular (GOMES; PINHEIRO, 2005).

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) trata-se de uma política de Estado democrática e de bem estar, ampliando o acesso de cuidado à Saúde (VASCONCELOS, 2005). Com o SUS ocorre uma progressiva expansão da cobertura populacional, em programas de atenção a saúde, ao mesmo tempo em que se mantém a hegemonia do modelo biomédico. Isto nota-se a partir da década de 90, com a expansão da rede de atenção básica, estimuladas pela criação dos Programas de Saúde da Família (PSF's), hoje estratégias de Saúde da Família (ESF's) (CAMPOS, 2007).

As ESF's buscam romper com os paradigmas cristalizados e incorporam novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. O cuidado deve considerar o princípio da integralidade e do usuário como protagonista de seu processo saúde-doença, tornando a assistência mais humanizada (AYRES, 2005).

A origem desse processo de humanização no Brasil perpassa o movimento da reforma Sanitária, direcionado à construção de uma consciência de cidadania (GARCIA; FERREIRA; FERRONATO, 2012). Conforme Herckert; Passos; Barros (2009), a humanização apresenta-se como um conceito polissêmico, permeado por imprecisões, comportando diversos enunciados relativos a distintas práticas de gestão e modelos de atenção.

A Política Nacional de Humanização (PNH) definiu como humanização a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos na assistência à saúde: usuários, profissionais e gestores. A PNH tem dentre suas diretrizes o acolhimento, o qual visa reorganizar os serviços de saúde, no intuito de oferecer respostas às demandas dos usuários (BRASIL, 2006a).

Segundo Takemoto e Silva (2007) o acolhimento trata-se de uma estratégia para reorganização do trabalho e postura diante da atenção às necessidades dos usuários. Traduz a intenção de um atendimento com garantia do direito de acesso aos serviços e da humanização das relações estabelecidas no cotidiano das instituições. E este é o tema do nosso trabalho: a importância do acolhimento aos usuários da atenção básica. A partir do momento que se faz o acolhimento, independente do tipo de demanda, diminui a ansiedade do usuário, uma vez que ele é atendido e orientado e sua consulta programada.

Atuo no município de Alpinópolis e atualmente estou na Coordenação Municipal dos PSF's. Neste município, a população ainda tem a cultura medicocêntrica, centrada na consulta médica e uso de medicação. Implantar o acolhimento da demanda espontânea, permitirá atender quem tem maior necessidade de atendimento médico e garantir o acesso dos usuários com equidade além de melhorar a qualidade do processo de trabalho dos profissionais de saúde nas unidades básicas de saúde.

Nosso objetivo é nos aproximarmos teoricamente do conceito de acolhimento proposto no Programa Nacional de Humanização (PNH) e adquirir mais experiência e confiança para com a prática do acolhimento e implantá-lo nas Unidades de Saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Nota-se a relevância do tema proposto, uma vez que o acolhimento é uma maneira de garantir o acesso dos usuários com equidade. A implantação do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde permitir-se-á uma organização dos usuários, em especial a demanda espontânea, a qual será acolhida, e, a partir daí encaminhada, conforme sua necessidade, ou seja, atendimento médico, de enfermagem, atendimento especializado, ou para grupos operativos da unidade, como de portadores de hipertensão, de caminhadas, de portadores de transtornos mentais, dentre outros.

Entretanto, além das vantagens dessa prática, observa-se algumas limitações, bem como mecanismos que garantam sua implementação. Esta revisão será um suporte teórico para que nossas ações sejam exitosas.

3 OBJETIVO

Pretende-se com essa revisão de literatura conhecer sobre a PNH, e sua diretriz-acolhimento, bem como identificar suas vantagens, limitações e mecanismos necessários para sua implantação.

4 METODOLOGIA

Para o alcance do objetivo proposto, optou-se pela pesquisa bibliográfica narrativa e qualitativa, a qual segundo Cervo e Bervian (2007), busca explicar um problema a partir de referências publicadas em livros, jornais, revistas boletins, monografias, teses, dissertações dentre outros documentos.

A pesquisa bibliográfica apresenta um enfoque qualitativo por ter em seu perfil o objetivo de identificar e conhecer as múltiplas facetas de um objeto de estudo. Caracteriza-se qualitativa por não apresentar dados estatísticos, números e nem gráficos, no entanto, a descrição é um dos procedimentos mais habituais no âmbito das pesquisas de abordagem qualitativa, onde o pesquisador é considerado um instrumento-chave. Assim, a maior preocupação é com o processo e não apenas com os resultados e o produto e, nesse caso, os dados obtidos são analisados por indução (CERVO; BERVIAN, 2007).

Segundo Tavares (2010), a pesquisa bibliográfica narrativa trata-se de uma avaliação assistemática, de publicações sobre o que se deseja estudar. Pode-se tanto realizar o levantamento de artigos e livros, bem como de teses, dissertações e publicações legais. A seleção se dá a partir da leitura dos artigos e de sua pertinência com o tema proposto.

Neste contexto, foram utilizados para a realização desta pesquisa, livros de diversos autores, revistas, artigos de Internet, teses e dissertações numa perspectiva de comparação entre as ideias com o propósito de se chegar a conclusões que possam responder ao problema.

5 BASES CONCEITUAIS

5.1 Breve histórico sobre a reorganização dos serviços de atenção à saúde

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas. Na Conferência Internacional sobre cuidados primários à saúde, realizada em 1978, a Declaração de Alma-Ata, reafirmou a saúde como um direito humano universal (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

No Brasil, na década de 70, a Reforma Sanitária buscou garantir a saúde como direito individual, traduzida na equidade e no acesso universal a um sistema público solidário e inclusivo (FLEURY, 1997). Com a VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, buscou-se transformar o arcabouço jurídico-institucional do setor saúde e garanti-lo como direito de todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1986). Conforme Cordeiro (2004), dois anos mais tarde, a Constituição da República anunciou as garantias para sistematizar as ações e serviços de saúde inscritos pela Universalidade do acesso, equidade e integralidade da assistência em um Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil pela Constituição Federal de 1988, após um processo histórico de lutas organizadas em torno do movimento da Reforma Sanitária, sintetizado pela defesa de que Saúde é direito de todos e dever do Estado. Desde então, o SUS vem em busca de implementar princípios como: universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção à saúde, descentralização da gestão setorial, regionalização e hierarquização da rede de serviços e participação popular com papel de controle social (CAVALCANTE FILHO, 2009).

Camelo *et al.* (2000), acrescentam aos princípios do SUS a superação da dicotomia entre prevenção e cura, participação complementar do sistema privado, com preferência para os filantrópicos e os sem fins lucrativos, ênfase nas áreas de saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica e sanitária, alimentação e nutrição e portadores de deficiência, financiamento tripartite entre União, Estados e Municípios.

Pelo fato de o Brasil ser um país marcado por desigualdades econômicas, sociais, demográficas, culturais e sanitárias, destaca-se a importância de um dos princípios do SUS: descentralização de políticas públicas, inclusive na área da saúde. Isso reserva aos municípios um papel de protagonista da gestão do sistema de saúde em seu território, assumindo, assim, a execução das ações e serviços de saúde (MENDES,1998).

De acordo com Hortale; Comil; Pedroza (1999), a descentralização é uma opção frequente nas mudanças constitucionais e nas estruturas organizacionais. Através desse princípio, pode-se criar condições para uma maior autonomia do nível local no uso dos recursos e na definição e implantação das políticas, com maior acesso e controle pelos setores organizados.

Nesse contexto, no início da década de 90, a tendência nacional para enfrentar as iniquidade sociais e ampliar o acesso aos serviços de saúde, tendo a Atenção Primária a Saúde (APS), como porta de entrada do sistema, por iniciativa de alguns municípios, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A proposta do PACS era reduzir mortalidade infantil e materna, mediante oferta de procedimentos preventivos, voltados à população rural e da periferia. O objetivo desse programa era fazer com que a população soubesse cuidar de sua própria saúde, por meio de informações de prevenção repassadas pelos trabalhadores denominados agentes comunitários de saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005).

No ano de 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família como proposta para reorganizar o Sistema de Atenção à Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites

classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 1994).

Para Santos *et al.* (2007), o PSF surge para reorientar o modelo de saúde vigente até então, centrado no médico, hospitalocêntrico e na atenção individual. Dessa maneira o foco da atenção passa a ser direcionado à família de um determinado território, não mais somente ao indivíduo. Esse programa busca uma mudança na reorganização do trabalho, o qual passa a ser realizado em equipe, com práticas de atendimento mais resolutivas e integrais, centrado no modelo de vigilância em saúde, utilizando a epidemiologia como eixo estruturante das ações em saúde coletiva. Conforme Pinheiro (2001) isso justifica as transformações positivas e significativas apresentadas pelo PSF na reorganização dos serviços de saúde.

Tesser; Poli Neto; Santos (2010) corroboram que o PSF surge como estratégia para superar a cultura de medicalização substituindo-a para uma prática de promoção à saúde, o que segundo Andrade; Bueno; Bezerra (2006) produziu uma saudável tensão entre a biomedicina e abordagens mais ampliadas.

A medicalização social é definida por Tesser (2006) como um processo sócio cultural que transforma em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores, que eram administrados de outras maneiras no ambiente familiar e comunitário. Intensifica-se por procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, muitas das vezes desnecessários, podendo ser danosos aos usuários.

Segundo Souza (2001), desde sua institucionalização, o Programa de Saúde da Família assume relevância no discurso político, institucional e social no âmbito do Ministério da Saúde, com a implementação de mecanismos de alocação de recursos e outros dispositivos de financiamento. A partir de 1998, o programa é concebido pelo conjunto dos atores institucionais (em âmbito nacional, estadual e municipal) como importante norteador para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, ganhando status de estratégia de reorientação assistencial, por isso hoje, denomina-se Estratégia de Saúde da Família (ESF), não mais Programa de Saúde da Família.

Francolli; Zoboli (2004) mencionam que a Estratégia de Saúde da Família está estruturada na lógica da Atenção Básica, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre trabalhos clínicos e de promoção da saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de trabalho em equipe, dirigido a uma população delimitada, ou seja, adscrita. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, solucionando os problemas de maior frequência e relevância de seu território. É o contato preferencial dos usuários com os serviços de saúde. Orienta-se por alguns princípios: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, responsabilização, equidade, participação social e humanização (BRASIL, 2006b).

As tecnologias leves, de elevada complexidade, são tecnologias de relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de governar os processos de trabalho. Através dessas tecnologias busca-se dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e os valorizar (trabalhadores e usuários) como potentes para intervirem na concretização do cuidado (MERHY, 1997).

A utilização dessas tecnologias pode interferir no cuidado. O grande desafio e compromisso de quem realiza o cuidado é o de utilizar as relações enquanto tecnologia, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos. E, através dessas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos (trabalhadores e usuários) e os valorizar como potentes para intervirem na concretização do cuidado (ROSSI; LIMA, 2005).

Coelho e Jorge (2009) acrescentam que as práticas de trabalho dentro da Atenção Básica devem incluir diversas tecnologias desde que de maneira adequada, e em conformidade com as necessidades de saúde da quais os sujeitos necessitam para ter melhores condições de vida, sem prejuízo do atendimento, que também requer de tecnologias duras e leve- duras, definidas por Merhy (2005) como de recursos materiais e de saberes estruturados (teorias e protocolos) respectivamente.

Mesmo com esses avanços, o SUS ainda apresenta vários desafios, os quais são apontados a seguir por Brasil (2004b):

- fragmentação do processo de trabalho e das relações entre profissionais;

- fragmentação da rede assistencial o que acaba por dificultar a complementação da assistência entre a rede básica e o sistema de referência;
- interação ineficaz entre equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva do usuário, nas práticas de atenção;
- sistema público burocratizado e verticalizado;
- investimento aquém, na qualificação dos trabalhadores, especialmente na gestão e trabalho em equipe;
- poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção da saúde;
- desrespeito ao direito dos usuários;
- formação de profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- fragilidade controle social;
- modelo de atenção voltado para queixa-conduta;
- dificuldades de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde.

Starfield (2004) diferencia acesso de acessibilidade, informando que mesmo parecendo sinônimas, a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem ao serviço; o acesso o uso oportuno de serviço a fim de alcançar a suas aspirações.

Os problemas de acesso são descritos na literatura desde antes a Constituição de 88, ao serem abordados por Leclainche (1962) as longas filas de espera e adiamentos de consultas, exames e tratamentos; ausência de regulamentos, normas e rotinas; deficiência de instalações e equipamentos; falhas na estrutura física; espera às consultas e à entrada em tempos dilatados; salas com amontoado humano; anonimato do doente, sua despersonalização, uma vez que ele se resumia em um número de ficha, uma caso, um objeto de estudo; falta de privacidade, de preparo psicológico, de informação e de ética por parte de profissionais.

Silva *et al.* (2010) mencionam que a existência de filas intermináveis para agendar consultas ou para utilizar algum serviço da rede do SUS, resultam em sofrimento humano desnecessário, sendo considerado como problema e obstáculo do acesso ao cuidado, sendo por si só, componente da má qualidade do sistema. Em Brasil (2009) destaca-se que esse sofrimento pode ser inestimável, pois nessas filas não há critérios, exceto a ordem de chegada; a não distinção de riscos, leva ao agravamento de determinados casos, podendo evoluir para óbitos, pelo não atendimento em tempo adequado.

Na Atenção Básica, o acesso aberto, ou seja, marcação de consultas para o mesmo dia que o paciente procurou a unidade, não é considerado por Travassos; Oliveira (2006) como estratégia para facilitar a utilização dos serviços de saúde, mas decorrência da ausência de medidas específicas de organização dos usuários na assistência.

Para Tesser; Poli Neto; Campos (2010) com a criação dos PSF's as equipes foram orientadas a lidar centralmente com programas de saúde, com protocolos diagnósticos e terapêuticos definidos, entretanto não houve recomendações sobre como lidar com a demanda espontânea que recorre aos serviços da atenção básica ou como atender aos imprevistos tão frequentes e inevitáveis no cuidado à saúde.

A despeito dessas questões ao longo dos anos 90 o SUS foi considerado excludente pelos significativos obstáculos impostos para sua efetivação (FAVERET FILHO; OLIVIERA, 1999).

Além das dificuldades do acesso e baixo nível de qualidade e resolutividade, herdados do poder previdenciário, as práticas dos profissionais de saúde eram fragmentadas e impessoais, o que tornava a imagem do setor público negativa, agravado-se com o poder da mídia que enfatizava a eficácia dos setores privados (SILVA, 1995).

Cecílio (1997) aponta que a Atenção Primária mostrava-se desestruturada, uma vez que não estava conseguindo atingir seu propósito de ser porta de entrada do sistema de saúde, a qual continuava sendo o hospital, o que levava a lotação dos prontos atendimentos por usuários cujas morbidades poderiam ser atendidas em

nível primário, agravando-se com o baixo impacto de suas ações sobre os principais problemas da população, visto ao aumento de doenças evitáveis e erradicáveis.

Torna-se iminente a necessidade de reconstrução do modo de produzir e operacionalizar do SUS, com ações que comprometessem com a vida e direitos sociais, concomitantemente resolutivas frente aos problemas identificados nos usuários e em suas comunidades (MERHY, 1997).

5.2 Princípios da humanização do atendimento

A partir de 2000, através da IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), intensificam-se os debates em torno da importância do acolhimento na perspectiva de humanização da saúde. Nova crise no sistema se instaura, visto que de uma lado encontravam-se os usuários que buscavam atenção com acolhimento e de outro, os profissionais que reivindicavam melhores condições de trabalho (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Em 2003, foi então realizada a XII Conferência Nacional de Saúde, que retoma o debate em torno da universalidade, acesso, acolhimento aos usuários e valorização dos trabalhadores (BRASIL, 2004a). Assim segundo Santos Filho; Barros; Gomes (2009) foi lançada nesse mesmo ano a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual veio afirmar a indissociabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde, assegurando a inclusão dos usuários, trabalhadores e gestão nos serviços de saúde, impulsionando ações para disparar processos no plano das políticas públicas, visando transformação nos modelos de atenção e gestão da saúde vigentes.

Conforme Brasil (2006a) a Política Nacional de Humanização (PNH), denominada de Humaniza SUS foi desenvolvida de modo a qualificar o SUS e estabelecer suas diretrizes. Essa política foi em resposta às evidências do despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado, juntamente com a persistência dos modelos centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu processo de trabalho.

Os princípios norteadores da PNH são apontados em Brasil (2004b) como sendo:

- valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecendo os compromissos com os direitos dos cidadãos, destacando-se o respeito com relação à raça, gênero, etnia, orientação sexual e populações específicas;

- fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, instigando a transversalidade e a grupalidade, qualificando a comunicação no sistema;

- apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e sujeitos;

- construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos da rede SUS;

- co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção à saúde;

- fortalecimento do controle social com caráter participativo nas instâncias do SUS;

- compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização do profissional de saúde, com estímulo aos processos de educação permanente;

Heckert; Passos; Barros (2009) definem humanização como tratar com respeito, carinho, amor, educação, empatia; capacidade de se colocar no lugar do outro e aceitá-lo; acolhimento; diálogo; tolerância; aceitar as diferenças, em suma, resgatar a dimensão humana nas práticas de saúde.

Faiman *et al.* (2003) apontam que o processo de humanização implica em uma transformação da cultura assistencial, a fim de que sejam valorizados os aspectos subjetivos, históricos e culturais não só dos usuários, como também dos profissionais visando melhoraras nas condições de trabalho e qualidade do atendimento.

A humanização representa melhoria da capacidade dialógica entre os sujeitos, acolhimento resolutivo, participação no SUS, corresponsabilidade, co-

gestão, inclusão, ética, oposição à violência, seja ela de qualquer natureza, não discriminação, qualidade como aliança entre o uso de altas tecnologias, o cuidado e o bom relacionamento na assistência e oferecimento de melhores condições de trabalho (DESLANDES, 2004).

De acordo com Pasche (2010) humanizar trata-se de uma política com princípios, diretrizes e dispositivos, acionados por um método caracterizado por uma tríplice inclusão: pessoas, movimentos sociais e pela perturbação e tensão que estas inclusões produzem nas relações entre sujeitos nos processos de gestão e atenção, sendo que essa perturbação que permite a produção de mudanças nos modos de gerir e cuidar e nos processos de formação.

Fortes; Martins (2000) compara humanização com reconhecimento, ou seja, reconhecer o usuário que busca os serviços de saúde, como sujeito de direitos, observando-o em sua individualidade, especificação, ampliando assim as possibilidades para que possa exercer sua autonomia.

Humanizar os serviços de saúde implica em transformar o próprio modo como se concede o usuário, ou seja, de objeto passivo a sujeito; de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço de saúde que garanta ações técnicas, políticas e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis. O enfoque à saúde apresenta-se numa dimensão ampliada, relacionadas às condições de vida inseridas em um contexto sociopolítico e econômico (MARQUES; SOUZA, 2010).

Para a construção de uma política de qualificação do SUS, Pereira *et al* (2010) destacam que a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas mais um programa a ser aplicado nos diversos setores da saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

Com a implementação do atendimento humanizado, pretende-se, segundo Brasil (2004b) consolidar alguns pontos específicos:

- redução das filas e tempo de espera, ampliando o acesso e o acolhimento resolutivo, baseado em critérios de risco;

- os usuários terão ciência de quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
- os serviços de saúde responsabilizar-se-ão pelo seu território de referência;
- as informações aos usuários serão garantidas pelas unidades de saúde;
- as unidades de saúde garantir-se-ão gestão participativa dos trabalhadores e usuários, bem como educação permanente dos trabalhadores;

5.3 O acolhimento como princípio da PNH

Passos (2006) indaga que a PNH se propõe a fomentar princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Um dos dispositivos dessa política é o acolhimento, que compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades, até a atenção resolutiva de seus problemas.

O acolhimento ganha discurso oficial do Ministério da Saúde, configurando-se como uma das diretrizes de maior relevância da PNH para operacionalização do SUS; que propõe o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde; a reorganização dos serviços a partir da problematização dos processos de trabalho; além de mudanças estruturais na forma de gestão para ampliar os espaços democráticos de discussão, escuta e decisões coletivas (BRASIL, 2006a).

A PNH propõe o acolhimento como processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde, preocupando-se em incluir a saúde do trabalhador em saúde como parte das metas do SUS e de seus parâmetros de avaliação (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009). O acolhimento implica em responsabilização do profissional pelo usuário, ouvindo-o, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, que permita

analisar sua demanda, impondo os limites necessários, garantindo atenção integral e resolutiva, por meio de articulações de redes internas e externas (BRASIL, 2004c).

O acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana empática e respeitosa ao usuário e concomitantemente identificar riscos e vulnerabilidades, eleger prioridades, perceber necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais. Isso possibilita hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado, ou seja, diferenciar necessidades mais prementes e menos prementes; distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas características (STARFIELD, 2002).

Brehmer; Verdi (2010) caracterizam o acolhimento como uma política de humanização, que traduz a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do ser humano, considerando-o com sujeito histórico, social e cultural. A atitude de acolher pressupõe a mobilização dos sujeitos envolvidos em todos os aspectos das relações que se estabelecem no âmbito da saúde. Para os autores o acolhimento, não se resume à prática de ouvir, tornando um ato mecânico, mas sim a capacidade humana de escutar e de estar atento ao outro.

Para Ramos; Lima (2003) o acolhimento trata-se de um instrumento que humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinados programas, permitindo alterar o modelo exclusivo de pronto atendimento.

A proposta de acolhimento no Brasil sugere formas de atenção à demanda espontânea, que não impliquem simplesmente em aumentar o acesso a consultas médicas, mas propõe-se a servir de elo entre as necessidades dos usuários e as várias possibilidades do cuidado, incluindo, assim, vários profissionais (GUARDINI, 2002). As ideias são retirar do médico o papel de único protagonista do cuidado, ampliar a clínica realizada pelos outros profissionais e incluir outras abordagens e explicações possíveis, que não somente as biomédicas, para o processo de adoecimento e demanda (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Franco *et al.* (1999) discutem o acolhimento como uma diretriz operacional pautada nos princípios do SUS partindo das seguintes diretrizes:

-atender todas as pessoas que procuram os serviços, com garantia à universalidade do acesso; dessa forma o serviço assume sua função precípua de acesso e acolhimento;

-buscar a reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central, centrado na prática médica, para uma equipe multiprofissional, capaz de produzir escuta qualificada, responsável, resolutiva e com formação de vínculo; assim a consulta médica justifica-se para os casos em que realmente há necessidade;

-qualificar as relações de trabalho entre profissionais e usuários, sob os parâmetros de humanização, solidariedade e cidadania. Essa é a argamassa capaz de unir trabalhadores e usuários em prol de um interesse comum: um serviço de saúde de qualidade.

O acolhimento significa a humanização do atendimento, pressupondo garantia de acesso universal dos usuários nos serviços de saúde. Diz respeito a uma escuta qualificada dos seus problemas, visando respostas e co-responsabilizando pela resolução dos mesmos. É mais que uma triagem qualificada ou escuta interessada. Pressupõe um conjunto formado pela escuta, identificação dos problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde responder á demanda dos usuários, reduzindo a centralidade em torno das consultas médicas e ampliando o potencial dos demais profissionais (SOLLA, 2005).

Matumoto (1998) afirma que o acolhimento trata-se de um processo uma vez que deve ser realizado por todos os setores e trabalhadores dos serviços de saúde; não se limita a um discurso verbal, mas sim de uma sequência de atos que se culmina em um processo de trabalho concretizado em ações que respondam às necessidades da população.

Silva Junior e Mascarenhas (2004) identificam quatro dimensões do acolhimento: acesso - geográfico e organizacional -; postura - escuta, atitude profissional/usuário e interação entre a equipe; a técnica – o trabalho em equipe, capacitação de profissionais e aquisição de tecnologias, saberes e práticas; projeto institucional – supervisão e processos de trabalho.

Para esses autores o acolhimento como postura pressupõe uma atitude de equipe de saúde, que permita receber bem os usuários, escutando de forma

adequada e humanizada suas demandas. Dessa maneira torna-se possível a construção de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários. Nessa dimensão, se situam as relações no interior da própria equipe e entre os níveis de hierarquia na gestão.

Franco *et al.* (1999) corroboram que o acolhimento deva alcançar a dimensão da gestão do processo de trabalho, pois sua implantação só será possível se houver uma gestão participativa, baseada em princípios democráticos e equipe interativa. Esses autores também mencionam que o acolhimento está baseado em um direito constitucional dos usuários: o acesso. Portanto, a Atenção Primária à Saúde, como porta de entrada da rede de saúde, deve elaborar estratégias, que garantam esse fácil acesso, o qual é um dos motivos que garantem a efetividade e o sucesso da Atenção Primária.

Malta; Merphy (2002) mencionam que o acolhimento enquanto técnica implica na construção de ferramentas que contribuam para uma escuta e análise, identificando soluções possíveis às demandas apresentadas. A composição da equipe traduziria a incorporação de novos agentes e alterações nos processos de trabalho, relativas às mudanças de como os serviços são organizados.

Conforme Brasil (2004c) o acolhimento é uma maneira de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender os usuários que procuram os serviços de saúde, ouvir seus pedidos, e pactuar respostas conforme as necessidades identificadas. Considera-se uma tecnologia leve a ser aplicada em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde. Implica em prestar um atendimento responsável e resolutivo, orientando, se necessário, o paciente e sua família, em relação a outros serviços de saúde, para dar continuidade a sua assistência, estabelecendo articulações para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Trata-se de uma ação técnica-assistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário, passando a reconhecer esse último como sujeito ativo no processo de produção de saúde;

O acolhimento diz respeito à valorização da singularidade e dignidade humana, indo além do cuidado técnico e prescritivo. Este envolve compromisso com o ser humano como um todo, sem distinção de raça, cor, etnia, favorecendo, assim, um vínculo entre cuidador e o ser cuidado. Trata-se de um atendimento diferenciado,

focando a dignidade das pessoas em situações de cuidado e atenção, propondo ações que valorizam e qualificam os serviços de saúde (WALDOW, 1998).

Segundo Lima *et al.* (2007) o acolhimento permite além do empoderamento do usuário pela produção de sua saúde, a responsabilização do profissional pelo estado de saúde do usuário, despertando neste, um sentimento de confiança naquele que lhe presta a assistência.

De acordo com Brasil (2004c) o acolhimento de atenção à saúde, constitui-se de um dispositivo na organização dos processos de trabalho, dos serviços de saúde, portanto deve estar relacionado como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto é passível de ser apreendido em diferentes dimensões (relacionais, técnico, clínica, cidadania) e trabalhado em todo e qualquer encontro entre profissional/usuário, profissional/profissional, equipe de saúde/gestão e usuário e sua rede social.

O acolhimento não se restringe a um espaço ou local, mas uma postura humana. Não pressupõe horário e profissional específico, implica em compartilhar saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Diferencia-se da triagem, por não constituir uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços de saúde (BRASIL, 2004c).

5.4 O acolhimento como prática multiprofissional de organização do acesso

Franco; Bueno; Merhy (1999) enfatizam que em todo local onde ocorre um encontro entre trabalhador de saúde e usuário, seja um profissional médico ou o porteiro do serviço, deve-se desenvolver a prática do acolhimento, a qual segundo os autores trata-se de uma prática clínica, a qual deve ser realizada por quaisquer que sejam os trabalhadores, visando, assim, a produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição de vínculos e em compromissos de projetos de intervenção.

Entendendo que o acolhimento constitui-se em uma prática da Estratégia de Saúde da Família, torna-se relevante que todos os profissionais o realizem, pois o

acolher, embora incorpore a dimensão da clínica, não se restringe a ela. Dessa forma, trabalhadores que não lidam cotidianamente com o saber clínico, pode realizar o acolhimento, ainda que para essa atuação, sejam necessárias discussões com os demais integrantes da equipe a fim de ser definida a melhor conduta para com o usuário (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Campos (2003) menciona a importância do acolhimento se realizado por todos os profissionais de saúde, uma vez que o trabalho em equipe favorece a contribuição dos diferentes saberes, o que não deve eliminar o caráter particular de cada profissional, ou de cada profissão, de modo a assegurar práticas de saúde à população e realização pessoal dos trabalhadores. .

Nenhum profissional detém de todas as ferramentas necessárias para exercer o cuidado; faz-se necessário o trabalho em equipe, afirmam Cavalcante Filho *et al.* (2009). Ceccim (2006) acrescenta que todo profissional, pela sua condição de terapeuta, deve ter com apropriação e acurácia, recursos e instrumentos de intervenção clínica, entretanto, esta só pode ser desenvolvida à perspectiva de compartilhamento e matriciamento.

O acolhimento resolutivo não se limita apenas na clínica, uma vez que ações de consultas médicas, de enfermagem, curativos, orientações, dentre outros baseados na clínica, não são por si só, suficientes para dar todas as respostas às várias dimensões que compõem os problemas e as necessidades de saúde das pessoas, sendo essencial o trabalho envolvendo ações coletivas, que evoquem a intersectorialidade e uma rede de referência e contra-referência eficiente (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Silva e Alves (2008) abordam que o acolhimento colabora para a garantia de um atendimento de qualidade e humanizado, facilita a promoção da assistência integral, de forma que cada profissional possua uma visão holística do ser humano a ser assistido. Essa colaboração somente poderá existir se o acolhimento for entendido como um processo de corresponsabilidade de todos os profissionais pela saúde dos usuários, por meio do trabalho de uma equipe multiprofissional, qualificada e capacitada para tal, da postura acolhedora de todos e da liberdade para que se estabeleça o vínculo dos usuários com o serviço.

Nos recursos humanos está uma possível solução das maiores questões de saúde. São eles que, sendo capazes de interferir positivamente na modificação das condições de vida e saúde da população e na expectativa de uma sociedade saudável, influirão diretamente na atenção à saúde e na terapêutica prestados ao indivíduo e coletividade. A saúde exige profissional ético e responsável, na medida em que este passe a reconhecer no usuário um ser repleto de necessidades complexas e nem sempre objetivadas em uma doença (CAMELO *et al.*, 2000)

Brasil (2004c) indaga que a aproximação entre usuário e profissional de saúde promove um encontro, um e outro sendo sujeitos dotados de intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional que deve estar capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Assim, cria-se um vínculo, gerando ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeitos mútuos.

Teixeira (2002) sistematiza que o acolhimento e vínculo entre usuários e trabalhadores têm contribuído para desvelar e problematizar a desumanização do atendimento, determinada principalmente pela tecnificação do cuidado à saúde. Com isso, o foco no cliente e a incorporação de alterações substantivas nos processos de trabalho nos serviços de saúde podem questionar aspectos críticos do modelo médico hegemônico, como a relação médico/paciente ou mesmo os limites dos conhecimentos e tecnologias utilizadas tão intensamente nesse modelo medicocêntrico.

Através do respeito à singularidade humana e do diálogo, promovidos pelo acolhimento, o usuários sentem-se seguros no ambiente onde estão inseridos, aceitando com mais facilidades as orientações dos profissionais (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005). Com isso, afirma Sá *et al.* (2007) há uma maior adesão ao tratamento, seja clínico ou não, devido à criação do vínculo.

Oliveira (2007) também admite a importância da interação entre profissionais de saúde e usuários, para além da atuação técnica, associando aquela à criação e manutenção de vínculos, à adesão aos planos de cuidados e à satisfação dos usuários.

Lima *et al.*(2007) referem que a responsabilização do profissional para com o usuário constitui em um dos elementos que torna o acolhimento efetivo, despertando no usuário um sentimento de confiança em relação ao profissional que lhe acolheu. Esse bom relacionamento, baseado na escuta do usuário acaba por otimizar o processo de assistência, proporcionando aos profissionais conhecerem os seus clientes e as prioridades de cada um, facilitando-lhes o acesso.

O acolhimento mesmo de difícil execução ajuda na organização do processo de trabalho e do acesso dos usuários. Produz na equipe uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde dos usuários que vão além da identificação nosológica dos agravos e carências correlacionadas, muitas vezes, imperceptíveis, numa abordagem fria, restrita a sinais e sintomas. Esses, passíveis de serem aliviados por gestos de atenção e respeito, exigem ações que se estendem além dos limites dos serviços de saúde (SOUZA *et al.*, 2008).

Coelho e Jorge (2009) mencionam a importância do estabelecimento de um diálogo entre o trabalhador e o usuário, pois pode-se encontrar a solução para muitos problemas de saúde, já que no desabafo, muitas vezes são encontradas respostas para determinadas dificuldades enfrentadas pelo ser cuidado. Concomitantemente, trabalha-se com o conhecimento popular, o qual nunca deve ser desprezado pelo profissional, mas sim trabalhado junto ao seu saber acadêmico.

5.5 Desafios à implantação do acolhimento

O acolhimento é de grande importância para organizar os serviços de saúde, entretanto exige esforços e dedicação por parte dos profissionais. A pressão dos usuários pelo atendimento imediato e a recusa de ser acolhido por outro profissional, se não o médico (atenção curativa), refletem-se na equipe como cansaço, estresse e busca por solução, o que acaba por limitar a implantação dessa prática (SOUZA, *et al.*, 2008).

Queiroz (2007) afirma que o linguajar baseado em termos técnicos e científicos, a negligência das informações, o fato de muitas não serem repassadas

por escrito, assim como algumas dessas não serem a mesma entre os próprios profissionais, o que por si só demonstra um trabalho individual, com desencontros, culminando em descrédito do serviço de saúde, acaba por dificultar a prática do acolhimento. Coelho e Jorge (2009) acrescentam que a falta de comunicação dentro da própria unidade dificulta as relações entre trabalhadores e entre estes e os usuários, gerando erros e conflitos pessoais. Com a comunicação ineficaz, os sujeitos (profissionais e usuários) ficam excluídos da dinâmica do serviço.

Colomé e Lima (2006) relatam que o acesso e acolhimento são imprescindíveis para atendimento em saúde. Entretanto a área física inadequada, material insuficiente, falta de equipamentos adequados para atendimento, recursos humanos insuficientes e despreparados para a realidade da clientela, podem dificultar a implantação dessas diretrizes.

Pereira *et al.*, (2010) apontam como fatores limitantes do acolhimento a remuneração inadequada dos funcionários, a falta de tempo, número insuficiente de profissionais, modelo medicocêntrico das unidades, as quais exaltam o uso de tecnologias duras, ações em termos de procedimentos, quantidade à qualidade, observando-se, assim, uma insatisfação dos usuários, bem como dos profissionais.

Pinheiro e Lopes (1993) corroboram com Pereira *et al.*(2010) acrescentando como fatores dificultadores à prática do acolhimento: dificuldade em conciliar vida familiar e profissional; jornadas de trabalho dupla ou tripla, ocasionando sobrecargas de trabalho e cansaço; ambiente de trabalho desfavorável devido ao constante contato com pessoas sob tensão; falta de motivação e aperfeiçoamento do profissional.

A demanda expressiva de usuários aliada à oferta de profissionais aquém do desejável para um atendimento de real efeito para usuários reflete negativamente nos trabalhadores, pois a exaustão, o cansaço, a incapacidade de atender todos os usuários e cumprir todas as exigências do sistema de saúde, torna o profissional insatisfeito. Pensar unilateralmente na satisfação dos usuários é efêmero; quem está no exercício se sua profissão carece de respaldo para sua boa atuação (BREHMER; VERDI, 2010).

Um dos principais problemas, para a implantação do acolhimento junto ao SUS são os recursos humanos, principalmente no campo de sua preparação, relativos à integração ensino-serviço e à qualificação do pessoal. No campo da administração dos recursos humanos, os problemas estão relacionados à: inadequação de composição das equipes, frente às demandas sociais e epidemiológicas; inexistência de um sistema de informação de recursos humanos que subsidie a definição de diretrizes e implantação de políticas e inexistência de planos de carreiras para trabalhadores (CAMELO *et al.*, 2000).

Cunha (2010) alerta que à medida que o profissional incorpora o acolhimento como uma ferramenta de rotina, acaba por esquecer ou não reconhecer sua motivação e seus fundamentos conceituais, passando a executá-la de maneira acrítica. Esta alienação pode ter consequências para a saúde dos trabalhadores e para a eficácia dos serviços de saúde. Assim, Tesser; Poli Neto; Campos (2010) concluem que quanto menos ritualizadas as ações, mais flexíveis os profissionais e o trabalho em equipe, maior é a possibilidade de troca de saberes e consequentemente, mais efetivo torna-se o acolhimento. Isto requer a comunicação interpretação, negociação entre trabalhadores e usuários, visando estímulo à formação de vínculos, acalmando ansiedades e buscando soluções aos problemas.

Dentro dessa lógica, o acolhimento corre o risco de se transformar em mais uma atividade, mais uma tecnologia com instrumentos, lugares, agentes e saberes próprios, enfim, mais um serviço oferecido pelas ESF's e não uma forma de mudar as relações entre trabalhadores e usuários e de reorganizar os serviços para oferecer melhor qualidade na atenção à saúde (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004). Atentam-se ao risco de a ESF se tornar um Pronto Atendimento (PA); não se quer com isso, anular a importância do PA como um recurso a mais de acolhimento, entretanto alertar para que as EFS's não se reduzam a um lugar no qual se faz Pronto Atendimento.

Takemoto e Silva (2007) alertam que a atribuição exclusiva do acolhimento a um grupo de profissionais, como recepcionistas, por exemplo, acaba por gerar sobrecarga de trabalho e pouca adesão dos demais profissionais a essa prática; daí a importância do acolhimento ser realizado por toda a equipe.

Para Fernandes e Vaz (1999) as dificuldades de implantação do acolhimento remonta ao processo de ensino aprendizagem dos profissionais. Na relação professor/estudante, é cobrado que o discente estabeleça uma relação sujeito-sujeito com o aluno, o que nem sempre acontece, mantendo relação aluno/professor, ou seja, sujeito/objeto; dessa forma o aluno não vivencia essa prática de humanização na escola, o que acarreta dificuldades em implantá-la em sua vivência profissional.

Trigo; Teng; Hallak (2007) mencionam que o acolhimento pode desencadear a síndrome de burnout e que esta pode comprometer a qualidade do acolhimento. O burnout é considerado um risco ocupacional, para profissionais de saúde, iniciado com excessivos e prolongados estados de tensão no ambiente de trabalho. Suas manifestações incluem: exaustão emocional, comprometendo assim, a implantação do acolhimento, visto à perda da qualidade do trabalho, perda de interesse em práticas profissionais inovadoras e distanciamento das relações interpessoais.

O sofrimento no trabalho pode ser mantido pelo desenvolvimento de estratégias defensivas que garantam a normalidade aparente e insensibilizam com o sofrimento, como as demandas lançadas ao trabalhador para construir um ambiente de humanização dentro de um sistema que nega a subjetividade do trabalhador e do usuário. Esse trabalhador protege sua saúde, de modo a tornar tolerável o sofrimento ético que experimenta ao infligir um sofrimento indevido ao outro, objetivando-o e a si mesmo num processo de produção de procedimentos, e não de saúde (DEJOURS, 1999).

Casate; Correa (2005) confrontam o acolhimento com o desenvolvimento tecnológico. Consideram que os avanços tecnológicos dificultam as relações humanas, tornando-as, frias, objetivas, individualistas e calculistas. Não obstante, para Feldman (1973) mesmo com esse confronto, não existe incompatibilidade ou antagonismo entre a ciência e humanização, devendo, pois, procurar crescente adequação da ciência ou racionalidade, como meio de se atingir um mundo cada vez mais humano.

5.6 Medidas essenciais para implantação do acolhimento

Para implementação do acolhimento, Tesser; Poli Neto; Campos (2010) exaltam a necessidade de compatibilizar as agendas médicas e de enfermagem para essa demanda, uma vez que esses profissionais são importantes para supervisão, negociação e prosseguimento do cuidado. Essa proposta depende de um compartilhamento de responsabilidades e decisões, flexibilizando os rituais típicos de consultas e procedimentos, de decisões clínicas e avaliação de risco/vulnerabilidade. Quanto mais flexíveis e versáteis os profissionais, quanto mais diversificadas e menos ritualizadas suas ações, quanto mais trabalho em equipe, quanto mais aberto e acessível o serviço para a demanda, maior a possibilidade de a equipe imergir no mundo sociocultural de sua área adscrita. O que não significa deixar de lado os grupos operativos, busca ativa, vigilância e promoção da saúde.

Schneider *et al.*(2008) relatam que para acolher, faz-se necessidade de ser acolhido, reorganizando o próprio processo de trabalho cujas ações ainda se mantêm centradas no modelo biomédico. O relacionamento interpessoal entre trabalhadores e usuários/família de ser considerado em sua totalidade, pois o estado emocional deste pode estar tão comprometido quanto o físico. Os trabalhadores devem demonstrar não somente os conhecimentos técnicos, mas habilidade e sensibilidade ao lidar com situações de sobrecarga emocional, colocando-se assim, em prática as tecnologias leves.

De acordo Tesser; Poli Neto; Campos (2010) o apoio gerencial e a existência de profissionais em número suficiente são necessários e essenciais para a implementação do acolhimento, ainda que essa prática não garanta erradicar a desmedicalização. Trata-se de uma construção e de um aprendizado difíceis, entretanto podem ser facilitados e induzidos, dependendo dos profissionais. A habilidade clínica é um fator importante, mas o trabalho em equipe, a construção de projetos terapêuticos e a própria discussão sobre o sistema de saúde, podem contribuir para o acolhimento.

Faz-se necessária a construção de ações educativas nos serviços de saúde, desde a formação profissional, até a produção da educação permanente, visando o estabelecimento de uma nova cultura, voltada para compromissos sociais e em responder às necessidades da população, a partir de soluções individuais e coletivas, investindo-se, assim, na qualificação desse trabalhador (CAMPOS *et al.*,

2006). Ceccim (2005) aponta que uma política de educação permanente no SUS precisa envolver não somente os profissionais de saúde que se encontram na ativa, mas também a gestão, criando-se uma política intersetorial.

KLOCK, *et al.*(2007) destacam que para transformar a cultura assistencial baseada em princípios de humanização é necessária uma investigação do processo de trabalho enquanto instrumento que proporcionará informações para assuntos pertinentes. Modificar a cultura requer compromisso dos profissionais envolvidos no cuidar, com estímulo à criatividade e iniciativas individuais. Logo, é necessidade iminente repensar no conceito da saúde além da biologia e principalmente a valorização de uma política de cuidado integral em uma dimensão física, psíquica, social e espiritual.

Criar uma cultura de humanização, com base em práticas acolhedoras, implica em profunda valorização do potencial humano e uma compreensão de equipe, na qual todos os membros da coletividade sentem-se beneficiados e beneficiários. Isso demonstra que o atendimento humanizado para com os usuários deve ser paralelo ao atendimento humanizado ao profissional. Nota-se assim a premência de estimular um ambiente de cuidado que envolva gestão, equipes de saúde e usuários, em suma, um ambiente onde todos cuidam, mas também são cuidados (PEREIRA *et al.*, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do desenvolvimento desse trabalho, pode-se perceber que ao longo de sua história, o SUS promoveu claros avanços, ainda que esses não tenham sido suficientes para modificar o modelo de atenção ainda voltado para a prática curativa, centrada nas consultas médicas e na doença.

A criação do Programa de Saúde da Família, em 1994, traz na sua concepção as potencialidades para transformar esse modelo medicocêntrico em um modelo centrado no trabalho em equipe, voltado para as práticas de promoção, prevenção, curativa e reabilitação e no coletivo. Ao optar pela humanização da assistência por meio do acolhimento, acaba por incrementar essa potencialidade inicial.

Assim a articulação entre saúde da família, vigilância em saúde, promoção da saúde e acolhimento, trata-se de uma proposta possível, desejável e necessária para construir um modelo de atenção coerente com os princípios e diretrizes do SUS.

Uma vez que o Programa de Saúde da Família se propõe a ser estratégia do Ministério da Saúde para reorganizar a Atenção Básica, é imprescindível que os profissionais de saúde aprendam a reconhecer quais são os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e das famílias sob sua responsabilidade, e ao reconhecê-los, consigam traçar propostas de intervenção, identificando que as ações de saúde sob sua responsabilidade atendem a uma parcela dos problemas presentes e que a outra depende da articulação intersetorial.

O acolhimento, ao ampliar o acesso os usuários ao SUS, na Atenção primária à Saúde (APS), quando associado à presença de profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às suas demandas, possibilita autonomia, cidadania e a corresponsabilidade na produção do cuidado à saúde. Além disso, pode contribuir para a superação do mito de que serviços de saúde prestados pelos serviços públicos são de má qualidade e seus profissionais desqualificados.

O acolhimento, orientado por princípios e posturas éticas, torna-se um campo fértil para a formação de sujeitos completamente autônomos, protege a saúde individual e coletiva, bem como legitima uma política social.

Quando o acolhimento é tomado como pronto atendimento, rotina e triagem pode vir a perpetuar a exclusão dos usuários e das comunidades do SUS, dificultando a adesão ao projeto terapêutico, à formação do vínculo e da corresponsabilidade.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender às exigências de acesso, propiciar vínculo entre a equipe e a população, profissional e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira é preciso qualificar todos os profissionais, para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar. Trata-se de um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, dentro de seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde em nível individual e coletivo.

Assim sendo, o acolhimento em suas diferentes vertentes destaca-se como um processo ainda em construção no SUS, que deve ser capaz de incluir os usuários nos serviços e, ao mesmo tempo, potencializar os profissionais de saúde e gestores na construção de espaços democráticos, éticos e reflexivos para construção de um novo modelo assistencial, capaz de produzir sujeitos, cuidado e saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-832.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *In*: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr, C. E. A. (orgs). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 91-108.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; Construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n.3, p. 427-434, jul./set, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n.17, p. 398-406, mar./ago, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sérgio Arouca. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a. 232 p. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf >. Acesso em 24 jul.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Boletim da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Ed. Brasília: DF, 1986. 52 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Saude%20como%20direito%20de%20todos%20e%20dever%20do%20Estado.pdf >. Acesso em 02 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 20 jun.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção da Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf >. Acesso em 20 jun.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b.

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. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servicos_2009.pdf>. Acesso em: 24 jun.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004 c. Disponível em: < <http://www.google.com.br/url?sa=f&rct=j&url=http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf&q=n%C3%BAcleo+t%C3%A9cnico+da+pol%C3%ADtica+nacional+de+humaniza%C3%A7%C3%A3o.+humanizasus:+acolhimento+com+avalia%C3%A7%C3%A3o+e+classifica%C3%A7%C3%A3o+de+risco&ei=T134Udr-Ecr4qAH694C4Aw&usq=AFQjCNH8HTuDs319ABmTSNbgm8qSAMbYbA>>. Acesso em: 22 jul.2013.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.3, p. 3569-3577, nov.2010.

CAMELO, S. H. H. *et al.* Acolhimento À Clientela: Estudo em Unidades Básicas de Saúde no Município de Ribeirão Preto, **Revista latino americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n.4, p.39-37, ago, 2000.

CAMPOS, E. F. *et al.* Os desafios atuais para educação permanente no SUS. *In:* Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e na Educação da Saúde. Cadernos de RH Saúde. **Recursos Humanos em Saúde.** Brasília: MS, 2006. p. 39-43.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.301-307, mar./abr, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000200002&script=sci_arttext >. Acesso em 22 jun.2013.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 185p.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem.** São Paulo, v. 13, n.1, p. 105-111, jan./fev., 2005.

CAVALCANTE FILHO, J. B.*et al.* Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n.31, p. 315-28, out./dez, 2009.

CECCIM, R, B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p. 973-986, out./dez., 2005.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** 3.ed. Rio de janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2006. p. 259-278.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p. 469-475, jul./set. 1997.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007. P. 60-61.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl.1, p. 1532-1531, set./out., 2009.

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 27, n. 4, p. 548-556, dez. 2006.

CORDEIRO, H. Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: contribuição à História do SUS. **Physis- Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 343-362, jul./dez, 2004.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

DEJOURS, C. A. O trabalho entre sofrimento e lazer. *In*: DEJOURS C. A. **A banalização da injustiça social**. 1.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999, p. 27-36.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 25 jun.2013.

DUARTE, M. S. M.; SILVINO, Z.R. Acreditação hospital x qualidade dos serviços de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental on line**, Rio de Janeiro, v.2 (supl), p. 182-5, out./dez, 2010. Acesso em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/858/pdf_112> Acesso em: 24 jun.2013.

FAIMAN, C. S. *et al.* Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais de saúde. **Mundo Saúde**, São Paulo, v.27, n.2, p.254-257, abr./jun, 2003.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A universalização excludente: reflexões sobre tendências do sistema de saúde. **Dados- Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 33, n.2, p. 257-283, 1999.

FELDMANN, M.A. *et al.* Aspectos de humanização do serviço de enfermagem do hospital do servidor público estadual de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.26, n.6, p.515-526, out./dez., 1973.

FERNANDES, G. F. M.; VAZ, M. R. C. Processo de avaliação humanizado e participativo nos estágios supervisionados de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.8, n.1, p. 106-121, jan./abr., 1999.

FLEURY, S. A questão da democracia na saúde. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. *In*: Fleury, S. (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-41. Disponível em: <http://www.fasi.edu.br/files/biblioteca/biomedicina/Sade_e_Democracia_-_A_Luta_do_CEBES_inte1.pdf>. Acesso em 01 jul 2013.

- FORTES, P. A. C.; MARTINS, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v.53, n.especial, p. 31-39, dez., 2000.
- FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise de acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 143-151, jun., 2004.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p.345-353, abr./jun, 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>> Acesso em: 22 jul.2013.
- GARCIA, M. A. A.; FERREIRA, F. P. R.; FERRONATO, F. A. Experiências de humanização por estudantes de medicina. **Trabalho, educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.87-106, mar./jun. 2012.
- 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**, Rio de Janeiro, v.9, n.17, p. 287-301, mar./ago, 2005.
- GUARDINI, R. Ética do Acolhimento. **Revista Thot**, São Paulo, v.77, p.63-69, 2002. Disponível em: < http://www.palathena.org.br/revista_thot.php>. Acesso em 12 jul.2013.
- HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl.1, p.493-502, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500002>. Acesso em: 25 jun.2013.
- HORTALE, V. A.; COMIL, E. M. PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 79-88, jan./mar., 1999.
- KLOCK, P. *et al.* O cuidado como produto de múltiplas interações humanas: importando-se com o outro. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 12, n.4, p. 452-459, out./dez.2007.
- LECHAINCHE, X. É preciso humanizar o hospital. **Revista Paulista de Hospitais**. São Paulo, v. 10, n.5, p. 7-10, maio, 1962
- LIMA, M. A. D. S. *et al.* Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.1, p. 12-7, jan./mar, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100003>. Acesso em 22 jul.2013.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS**: produção científica doutorado e mestrado. Brasília (DF), 2002, p. 69-101.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.1, p.141-4, jan./fev 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a24.pdf> > Acesso em: 22 jul. 2013.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. 226 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 1998. Disponível em:<http://www.google.com.br/?gws_rd=cr#sclient=psy-ab&q=matumoto+s.+o+acolhimento+um+estudo+sobre+seus&oq=%22Matumoto%2C+s.&gs_l=hp.1.1.0i30l3.635.7731.1.14258.6.6.0.0.0.391.1612.2-5j1.6.0....0.0..1c.1.20.psy-ab.62_jRryMYnl&pbx=1&bav=on.2,or.r_qf.&bvm=bv.49967636%2Cd.dmg%2Cpv.xjs.en_US.iOYpRj4zMA.O&fp=7540762103467882&biw=1366&bih=667>Acesso em 22 jul.2013.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sob o nível local. *In*: MENDES, E.V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 359 p.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão da lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. *In*: Fleury, S. (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141. Disponível em: < http://www.fasi.edu.br/files/biblioteca/biomedicina/Sade_e_Democracia_-_A_Luta_do_CEBES_inte1.pdf >. Acesso em 22 jul. 2013.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 8, p. 2-71-2085, ago., 2012.

OLIVEIRA, A. *et al.* A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.12, n. 27, p. 749-762, out./dez, 2008.

PASCHE, D. F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS: formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf > Acesso em 25 jun.2013. 242.p.

PASSOS, E. (Org.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, A. D. A. *et al.* Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n.1, p. 55-61, mar., 2010.

PINHEIRO, M. C. D; LOPES, G. T. A influência do brinquedo na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 46, n.2, p. 117-129, abr./jun., 1993.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p. 65-112.

QUEIROZ, M. V. O. *et al*. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseado na satisfação das puérperas. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n. 3, p. 479-487, jul./set, 2008.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev., 2003.

ROSSI, F.R.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 58, n.3, p. 305-10, maio./jun. 2005.

SÁ, L. D. *et al*. Tratamento de tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n.4, p.712-718, out./dez, 2007.

SANTOS, A. M. *et al*. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de programa de saúde bucal do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 1, p. 75-85, jan.,2007.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, supl.1, p.603-613, 2009.

SCHENEIDER, D. G. *et al*. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n.1, p. 81-89, jan./mar, 2008.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária á saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu v. 13, n.31, p. 303-314, out./dez., 2009.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. 320p.

SILVA, G. R. O SUS e a crise atual do setor público de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 15-21, 1995.

SILVA, L. G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n.1, p. 74-84,

jan./mar, 2008. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/074-084.pdf>>. Acesso em 22 jul.2013.

SILVA, L. M. V. *et al.* Avaliação da implantação de programa voltado paea melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, supl.1, p. 5131-5143, nov, 2010.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n.4, p. 493-503, out./dez, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768>>. Acesso em 22 de julho de 2013.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl1, p. 5100-5110, 2008.

SOUZA, S. P. S. **A inserção dos médicos no serviço público de saúde**: um olhar focalizado no Programa de saúde da Família. 2001. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de medicina Social, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726 p. 2002. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>> Acesso em 23 jun.2013.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.23, n.2, p. 331-340, fev. 2007.

TAVARES, E.C. **Sobre revisão narrativa, integrativa e sistemática**. Belo Horizonte, 2010.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias da saúde. *In*: TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: CEPS.ISC, 2002. p.79-99.

TESSER, C. D. Medicalização social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.19, p.61-76, jan./jun, 2006.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.3, p. 3615-3624, nov, 2010.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.4, p. 975-986, oct./dez, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400019&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 jun. 2013.

TRIGO, T.R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n.5, p. 223-233, 2007.

VASCONCELOS, C. M. **Paradoxos da mudança no SUS**. 2005. 259f. Tese (Doutorado em saúde coletiva)-Faculdades de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=vtls000351668>. Acesso em 24 jun. 2013.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. A reforma em saúde no Brasil: Programa de Saúde da família no Brasil. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p.17-38, 1998. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_259565392.pdf> Acesso em 04 jul. 2013.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998. 202 p.