

GLEIDES COSTA VAZ DE OLIVEIRA

**ACOLHIMENTO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM CAMINHO PARA O ACESSO,
A INTEGRALIDADE E A HUMANIZAÇÃO**

FORMIGA/MINAS GERAIS

2010

GLEIDES COSTA VAZ DE OLIVEIRA

**ACOLHIMENTO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM CAMINHO PARA O ACESSO,
A INTEGRALIDADE E A HUMANIZAÇÃO**

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: Professora Maria Teresa Amaral

FORMIGA/MINAS GERAIS

2010

GLEIDES COSTA VAZ DE OLIVEIRA

**ACOLHIMENTO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM CAMINHO PARA O ACESSO,
A INTEGRALIDADE E A HUMANIZAÇÃO**

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: Professora Maria Teresa
Amaral

Banca Examinadora

Aprovada em Formiga, ____/____/____

AGRADECIMENTOS

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

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

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

À Orientadora Maria Teresa Amaral,
Pelo interesse e participação.

À Priscyla, mais que colega,
Uma amiga.

RESUMO

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura, através da abordagem qualitativa de artigos de periódicos, livros e materiais disponibilizados na internet. Tem como objetivo compreender a prática do Acolhimento como um caminho para a Integralidade do Atendimento, a Humanização e a facilidade de Acesso aos serviços de saúde, especificamente aos serviços prestados pela Equipe de Saúde da Família, a qual, dia-a-dia vem transformando o processo de trabalho, de forma a estabelecer uma relação de empatia, confiança, compromisso e responsabilidade com o usuário. Nesta perspectiva, o Programa de Saúde da Família (PSF) consolida-se, utilizando novas tecnologias, como o Acolhimento, de forma a implementar e concretizar os princípios e diretrizes propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

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

ABSTRACT

This work it is a literature review, through the qualitative approach to journal articles, books and materials available on the Internet. It aims to understand the practice of Welcoming as a way for the Entire Care, the Humane and ease of access to health services, specifically the services provided by Team Family Health, which, day by day has transformed work process in order to establish a relationship of empathy, trust, commitment and responsibility to the user. Accordingly, the Family Health Program (abbreviated PSF in Portuguese) is consolidated, using new technologies, such as Reception, to implement and realize the principles and guidelines proposed by the Unified Health System (abbreviated SUS in Portuguese).

Keywords: Welcoming; Humanization; Completeness ; Access ; Family Health Program.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
Definição	07
Justificativa	10
Objetivo	11
2. METODOLOGIA	11
3. DESENVOLVIMENTO	12
O Acolhimento no Processo de Trabalho em Saúde	12
Acolhimento e Integralidade	14
Acolhimento, Acesso e Vínculo	16
Acolhimento e Humanização	18
4. Conclusão	21
5. Referências	23

1. INTRODUÇÃO

1.1 Definição

O Programa de Saúde da Família (PSF) constitui-se em uma estratégia para a reorganização da atenção básica, de forma a implementar o Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando a efetivação de seus princípios e diretrizes, tais como a integralidade, humanização e acessibilidade. Para tanto, os profissionais que atuam no PSF devem desenvolver novas tecnologias capazes de viabilizar processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre a equipe e a comunidade.

Com a incorporação de novos processos de trabalho no PSF, o cuidado deve considerar o princípio da integralidade, onde as práticas adotadas devem ser centradas no usuário. Para isso, segundo Merhy (1998), faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar o usuário. É necessário, também, que as práticas sejam baseadas na humanização da assistência, por meio do estabelecimento de vínculo entre profissionais, usuários e famílias, através da criação de estratégias que beneficiem o indivíduo dentro de suas necessidades, e do compromisso da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade.

Em 2002, Merhy inova ao conceber o trabalho em saúde enquanto tecnologias complexas que vão além de equipamentos e procedimentos técnicos. O autor utiliza a imagem de uma caixa de ferramentas, uma espécie de valise, na qual o trabalhador de saúde tem seus recursos tecnológicos de cuidado. Denomina de tecnologias duras as máquinas, os equipamentos que o profissional utiliza (valise de mão). Já o conhecimento, sob a forma de saberes profissionais, estruturados, como “a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem (...) nos permite dizer que há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, e que está sempre presente nas atividades de saúde”. O autor refere-se à tecnologia leve-dura, como saber técnico, próprio de um grupo específico (valise da cabeça). E por fim, uma tecnologia leve (valise das relações), presente no espaço relacional entre usuário e trabalhador, como o acolhimento, entendido pelo autor:

“(...) um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outro, e no qual se opera um jogo de expectativas, com momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado;

momentos de confiabilidade e de esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e de aceitação”. (Merhy, 1998).

Nesse âmbito, o acolhimento pode ser visto como uma nova tecnologia, a ser utilizada pelos profissionais da equipe de saúde da família, para a aplicação dos princípios e diretrizes do SUS, em especial a Integralidade e a Humanização. Segundo a Política Nacional de Humanização do Ministério Saúde (2003), a prática do acolhimento visa:

“prestar um atendimento com resolutividade e reponsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos”.

No PSF onde a autora deste trabalho se encontra inserida, o Acolhimento já é uma realidade. Mesmo quando a equipe de saúde ainda não era capaz de relacionar o seu processo de trabalho ao verdadeiro conceito de “acolher”, algumas mudanças já ocorriam a favor da qualificação da assistência, sendo o usuário considerado o protagonista na relação estabelecida com o profissional de saúde.

A partir de 2005, a equipe começou a notar que o processo de trabalho por ela desenvolvido não favorecia aos usuários tal como deveria e, muito pelo contrário, ocorria um descontentamento da população em relação ao serviço de saúde prestado. Os usuários não eram atendidos satisfatoriamente em suas necessidades. Os profissionais do PSF também não se insatisfeitos com o trabalho, pois não conseguiam perceber resolutividade nas atividades e ações desenvolvidas, era como se estivessem caminhando em círculos onde nunca saíam do mesmo lugar, não havia progressos com o processo de trabalho empregado pela equipe. As filas de madrugada para conseguir atendimento odontológico ainda eram uma realidade presente no nosso cotidiano de trabalho; além disso, existiam fichas e senhas para conseguir atendimento médico, na ausência de qualquer classificação de grau de risco e priorização das necessidades. Era comum depararmos com usuários exaltados; longos períodos de espera por atendimento; e profissionais irritados, apresentando uma visão mecanicista na forma de tratar as necessidades apresentadas.

Após várias reuniões de equipe, com avaliação da satisfação da comunidade através de informações trazidas pelos agentes comunitários de saúde, os profissionais adquiriram uma nova consciência, partindo da transição de uma concepção de processo de trabalho baseado no modelo hospitalocêntrico à concepção da necessidade de praticar uma assistência baseada nos princípios e diretrizes do SUS.

A partir de então, todos se permitiram empenhar para que as mudanças decorrentes dali para frente fossem efetivas e trouxessem resultados positivos, tanto para

a equipe quanto para os usuários. Novas técnicas eram incorporadas, dia-a-dia, de forma que o usuário fosse tratado com mais humanidade, e que seus problemas tivessem sempre uma resposta positiva. Iniciou-se um processo de trabalho baseado na interdisciplinaridade das ações, no compromisso e responsabilidade pelos usuários do SUS.

As consultas passaram a ser agendadas por horários, de forma que cada usuário fosse atendido no horário marcado, evitando assim, longos períodos de espera e tumulto, e contribuindo para a eliminação das filas. Existem horários reservados para a demanda espontânea, ou seja, aqueles usuários que chegam à Unidade em busca de atendimento, sem agendamento prévio. Esta demanda espontânea é atendida segundo a classificação de risco de cada caso, priorizando-se os de urgência.

Todos os profissionais da Unidade estão preparados para prestar informações aos usuários, apontando o caminho mais curto que responda à sua necessidade, viabilizando alternativas para enfrentamento dos problemas de saúde e, sempre que possível, apresentando uma resolutividade imediata capaz de encerrar o caso satisfatoriamente. A médica (autora deste trabalho) divide a responsabilidade de avaliar os usuários com a enfermeira, a qual realiza o acolhimento para definir o que deve ser feito em cada caso. A partir da análise de cada necessidade apresentada, a enfermeira resolve o problema imediatamente ou encaminha o usuário ao profissional mais adequado, que pode ser a médica, a dentista, a nutricionista, o fisioterapeuta ou o auxiliar de enfermagem. Desta forma, o atendimento médico é otimizado, o que possibilita maior qualidade na assistência, e menor demanda desnecessária. Além disso, a demanda pelos demais atendimentos é agilizada, de forma que o usuário não necessite aguardar por muito tempo ou voltar na Unidade em um outro momento com a mesma necessidade de antes.

Com a inclusão da médica e enfermeira no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, promovido pela Universidade Federal de Minas Gerais, a visão sobre acolhimento tornou-se mais ampla na Unidade de Saúde. Empregando-o de forma sistemática, e compartilhando os saberes com toda a equipe, hoje, o acolhimento é visto como uma tecnologia inerente ao processo de trabalho, e não apenas como uma parte dele. Assim, a humanização, a integralidade e a facilidade de acesso se tornaram uma realidade no nosso cotidiano de trabalho. Deste modo, concordamos com Solla (2005), que define o acolhimento como a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas e a garantia da resolutividade, que deve ser o objeto final do trabalho em saúde.

Para Paidéia (2001), “o acolhimento deve ser realizado por toda a equipe de saúde, em toda relação de saúde-pessoa em cuidado”. Matumoto (1998) lembra que o

acolhimento não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde, o qual se concretiza em ações que respondam às necessidades captadas.

Segundo Franco et.al (1999), “o acolhimento parte de três princípios”: garantir a acessibilidade universal, deslocar o processo de trabalho do médico para a equipe multiprofissional, e qualificar a relação trabalhador/usuário a partir de parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania. Afirma ainda que o acolhimento significa a humanização do atendimento, e diz respeito à escuta do problema de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva.

1.2 Justificativa

O Acolhimento como estratégia para se alcançar a Integralidade, a Humanização e a facilidade de Acesso é o tema escolhido pela autora, pois expõe a importância de se desenvolver um processo de trabalho qualificado, que responda às necessidades dos usuários, através da mudança de comportamento dos profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família. A autora vivenciou a mudança de comportamento da equipe na qual está inserida e obteve uma experiência positiva com a implantação do acolhimento no PSF onde atua. Portanto, é comprovadamente possível que todas as equipes de saúde da família consigam também alicerçar o processo de trabalho em saúde na prática do acolhimento, uma prática do cotidiano, capaz de tornar as ações de saúde mais efetivas, criando uma relação de confiança e empatia com o usuário.

Através do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, a importância do acolhimento foi concretizada na concepção da autora, pois toda a teoria estudada sobre o tema pôde ser aliada à sua prática no cotidiano, comprovando sua real efetividade no processo de trabalho da equipe. Além disso, possibilitou uma sistematização desta prática, o que tornou o serviço ainda mais resolutivo. Por isso, o tema “Acolhimento” tem uma grande relevância para a autora, tanto em seu ambiente de trabalho, quanto em sua formação como especialista em saúde da família. Deste modo, a divulgação do acolhimento através de uma revisão de literatura, pode contribuir para a formação de uma nova concepção nos profissionais da equipe de saúde da família, especialmente os médicos, a fim de propor um novo modelo de atenção no PSF, implementando os princípios e diretrizes do SUS e, ao mesmo tempo, conquistando maior credibilidade dos usuários.

1.3 Objetivo

Proporcionar uma reflexão sobre o acolhimento, a fim de que os leitores possam reconhecê-lo como uma prática indispensável, que deve ser executada com efetividade no cotidiano da Unidade Básica de Saúde, e nas ações desenvolvidas fora dela. Além disso, o trabalho visa contribuir para a compreensão da interligação entre o acolhimento, a integralidade, a humanização e a viabilização do acesso.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura que, segundo Gil (1991), do ponto de vista dos procedimentos técnicos, pode ser classificado em pesquisa bibliográfica, pois foi elaborado a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e materiais disponibilizados na internet. Não envolve pesquisa de campo ou de laboratório, não manipulando, portanto, dados oriundos de experimentos. Para ter acesso às publicações sobre o “Acolhimento no Programa de Saúde da Família como um caminho para o acesso, a integralidade e humanização”, foram acessados os bancos de dados MEDLINE e LILACS na BIREME, que é o Centro Latino-americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde, utilizando as seguintes palavras e termos-chave: Acolhimento; Acolhimento no Programa de Saúde da Família; Acolhimento e Humanização; Acolhimento e Integralidade; Acolhimento e os Princípios do SUS, Acesso e Acessibilidade no Programa de Saúde da Família.

Os artigos encontrados foram lidos e interpretados, e logo em seguida divididos em quatro grupos: a implantação do acolhimento no Programa de Saúde da Família; os objetivos e vantagens da prática do acolhimento; e a interligação entre o acolhimento, a integralidade e humanização.

Para a melhor exposição do tema, o trabalho constará de subtítulos: O Acolhimento no Processo de Trabalho em Saúde; Acolhimento e Integralidade; Acolhimento, Acesso e Vínculo; e Acolhimento e Humanização.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 O Acolhimento no Processo de Trabalho em Saúde

Para Faria (2008), o processo de trabalho é “o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, como realizamos o nosso trabalho”. Para transformar o processo de trabalho, é necessário que o profissional lance mão de ferramentas e desenvolva novas habilidades, as quais incluem o saber ouvir, compreender as necessidades do outro, e dar resolutividade aos problemas apresentados. Nesta perspectiva, o acolhimento se apresenta como uma destas ferramentas, basicamente a mais importante, para transformar o processo de trabalho em saúde, voltado, a princípio, ao modelo hospitalocêntrico, onde a atenção centrava-se basicamente no médico, com enfoque curativo e tecnicista. Para Vasconcelos (2009), o acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da Unidade naquele momento. É reconhecer a demanda como legítima, seja de que forma ela se apresente, e dar uma resposta.

Em 1994, o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da atenção básica, apostando no “estabelecimento de vínculo e criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e população” (Brasil, 1997). Nesta lógica, o acolhimento caracteriza-se como estratégia fundamental para efetivar a proposta do Ministério da Saúde, onde o acesso ao serviço de saúde deve ser permeado pelos princípios da integralidade e humanização, proporcionando ao usuário uma resposta imediata à sua necessidade. Assim, o processo de trabalho deve ser reorientado pela prática do acolhimento, o qual “não pode ser caracterizado, necessariamente, como uma atividade em si, mas como conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários” (Teixeira, 2003).

Silva & Mascarenhas (2004) denominam o acolhimento como postura, que pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários. Ainda de acordo com os mesmos autores, o acolhimento, entendido como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e

oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

Franco et al. (2003) entende o acolhimento como a possibilidade de olhar para o processo de produção da relação entre usuário e serviço por intermédio da questão da acessibilidade, das ações de recepção dos usuários no serviço de saúde. O mesmo autor considera ainda que o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam assistência, visto que a organização do serviço passa a ter a “equipe de acolhimento”, como central no atendimento aos usuários. Campos (1997), quando discute a organização do processo de trabalho em equipes de saúde, propõe a possibilidade de se trabalhar com a noção campo e núcleo de conhecimento. No campo, teríamos os saberes e responsabilidades comuns a vários profissionais e especialidades e, no núcleo, os específicos. Desta forma, faz-se necessário que todos os profissionais da equipe de saúde da família estejam aptos a praticar o acolhimento, de forma interdisciplinar, onde todos conheçam o funcionamento da Unidade de Saúde, e sejam capazes de solucionar os problemas e dúvidas apresentados pelos usuários, no que se refere à organização do sistema de saúde. Ao mesmo tempo, deve haver conhecimento sobre as funções e atribuições de cada profissional, possibilitando assim um adequado encaminhamento do usuário frente à sua necessidade no momento.

Malta et al. (2000) apontam para o acolhimento como a possibilidade de mudança do processo de trabalho a fim de atender a todos que procuram o serviço de saúde.

Com a implantação do acolhimento no Programa de Saúde da Família, deve haver uma diminuição significativa da procura pelo Pronto Atendimento, pois os profissionais da equipe serão capazes de solucionar o que é de competência da rede básica, independente da hora de chegada na Unidade. Busca-se, através da implantação do acolhimento, a diminuição e até mesmo a eliminação das filas de espera, o fim das fichas e senhas.

“Ao abrirmos um espaço para o diálogo com o usuário, por mais reduzido que ele seja, abrimos uma porta para que a vida lá fora entre na dinâmica do trabalho na Unidade” (Takemoto & Silva, 2007). A partir da instauração do acolhimento, todas as pessoas que buscam a Unidade de Saúde passam a ser ouvidas e têm a oportunidade de falar de seus problemas com um profissional da equipe, a fim de encontrar a solução mais viável.

Lopes et al. (1999) salientam que, através da escuta ativa, o profissional mostra ao outro que o compreende; através da aceitação do outro, aceita o outro de forma compreensiva; através da empatia compreende os sentimentos do outro e não apenas

suas idéias; através da confiança possibilita a tomada de consciência das próprias emoções e do manejo adequado; e com a conduta de ausência de julgamento, evita o julgamento negativo que desencadeia atitudes inadequadas e, frequentemente, a não adesão à terapêutica.

Para que haja um acolhimento efetivo e realmente resolutivo, faz-se necessário a responsabilização e compromisso dos profissionais para com os usuários. Além disso, é imprescindível que se esforcem para a construção de um vínculo, onde profissional e usuário mantenham uma relação de respeito, confiança e empatia. Merhy (1994) afirma que o usuário espera que a relação que possa se estabelecer entre ele e o profissional de saúde seja capaz de gerar um acolhimento que permita uma atuação sobre o seu sofrimento; e há uma grande expectativa de que haja uma resposta resolutiva para o seu problema. Desta forma, segundo Miranda & Miranda (1990), “o ajudador precisa ter disponibilidade interna para ajudar o outro e para amá-lo no decorrer do processo”.

3.2 Acolhimento e Integralidade

Segundo o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, Integralidade significa “qualidade, condição ou atributo do que é integral; totalidade”.

No texto constitucional brasileiro, a integralidade da assistência é descrita como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990). Em 2005, o Ministério da Saúde publica ratificando os dispositivos da atenção integral, onde inclui “o acolhimento de todos os usuários e a produção de vínculo entre eles e a equipe de saúde”, como aspectos fundamentais do modelo de cuidado desejado pelo SUS (Brasil, 2005).

Houaiss, em 2005, inclui pela primeira vez o vocábulo integralidade no dicionário, indicando seu sentido léxico, como “qualidade do que é integral; reunião de todas as partes que formam um todo, totalidade, completude, aquilo que não sofreu nenhuma diminuição ou restrição”. De acordo com Pinheiro e Mattos (2005), a integralidade é ainda um conceito em construção, mas que já sinaliza estar alicerçada no acolhimento, enquanto relação de compromisso ético-político, responsabilidade e confiança entre trabalhadores de saúde e usuários dos serviços.

A prática do acolhimento aos usuários, realizado pelos profissionais nos serviços de saúde, vem sendo tomada como um componente fundamental da integralidade. Merhy

e Onocko (1997) definem acolhimento como “uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, tem que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação impessoal, fria e distante que impera no cotidiano dos serviços de saúde”. Desta forma, a integralidade deve ser concebida como um valor que se expressa no modo como os usuários são tratados quando procuram pelos serviços do profissional de saúde, os quais devem manter uma postura adequada a cada momento, não apresentando um dispositivo puramente mecanicista.

Silva e Mascarenhas (2006) afirmam que o acolhimento é também um dispositivo disparador de reflexões e gerador de mudanças na forma como se organizam os serviços e as práticas dos trabalhadores. Ao estudarem aspectos da integralidade, os autores trazem três dimensões do acolhimento: a primeira como postura, a segunda como técnica, e a terceira como um princípio de reorientação dos serviços. A primeira pressupõe “a atitude por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas (...), estabelecendo uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio”.

Para Teixeira (2003), a reflexão sobre a produção da integralidade inclui a relação de poder que se estabelece no encontro entre usuário e profissional de saúde, e a urgente integração do outro (usuário) nessa relação. A rede de atenção em saúde, formada pelos serviços e suas equipes, é tomada por Teixeira (2003) e Merhy (2005) como uma rede de conversações, de trocas e de cooperação entre todos os que dela participam. Para os autores, o acolhimento assume uma perspectiva essencialmente comunicacional, de diálogo, sendo a conversa a ferramenta principal das atividades de um serviço de saúde e tomada como uma tecnologia leve de produção de cuidado.

O princípio da integralidade deve ser visto ainda sob uma dimensão de cuidado na produção de saúde, que se opõe ao descaso, ao descuido. Para Boff (2000), o cuidado é “uma atitude de preocupação, ocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Luz (2006) também entende o cuidado como uma ação integral, com respeito às diferenças e a garantia da participação do usuário na decisão sobre sua saúde, o cuidado “é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento”.

3.3 Acolhimento, Acesso e Vínculo

“Acolhimento e vínculo dependem do modo de produção do trabalho em saúde” (Merhy, 1997). O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. A satisfação do usuário possibilita a criação de vínculo com o profissional, o que estimula sua autonomia e cidadania.

Acesso e acolhimento complementam-se na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado, pois, na medida em que é estabelecida uma relação entre o serviço e usuário com escuta qualificada, se torna possível desvelar as necessidades dos que buscam a Unidade Básica de Saúde e, conseqüentemente, produzir um cuidado com responsabilidade, solidariedade e compromisso. Para isso, se faz necessário perceber o usuário que adentra a Unidade de Saúde a partir de suas necessidades, das suas condições de vida, do seu vínculo com o profissional de saúde, de sua queixa biológica e de sua singularidade como pessoa. Nesta perspectiva, para Carvalho & Campos (2000), o acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar a todos, resolver os problemas mais simples, e/ou referenciá-los se necessário. Franco et al. (1999) afirmam que o acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos, constituindo-se assim, uma tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia do acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. O acolhimento prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor responder às necessidades do usuário, adequando-as a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária (Campos, 1997). Ainda, segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, que julga e deseja. Para Ramos & Lima (2003), ao sentir-se acolhida, a população procura, além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos.

Merhy (1997) afirma que acolhimento e vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato. O trabalho vivo é o trabalho em ação, que está em processo de construção. Durante o trabalho vivo em ato,

o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, dentro de um objetivo que se pretende atingir.

Matumoto (1998) apresenta o acesso aos serviços como uma “primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde”. A partir das relações que se estabelecem no atendimento, surge o acolhimento relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários.

Com base em Franco et al. (1999) e Matumoto (1998), entende-se por acesso a distância entre a casa do usuário e a Unidade de Saúde; o tempo e os meios utilizados para deslocamentos, as dificuldades enfrentadas para a obtenção do atendimento, o tratamento recebido pelo usuário, a priorização das situações de risco, as urgências e as possibilidades de agendamento prévio. Já Souza et al (2008). entendem o acesso como a possibilidade da consecução do cuidado, que produz resolutividade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços. Por acolhimento, entende-se a postura do trabalhador e sua disposição para atender às necessidades apresentadas pelo usuário, ou direcioná-lo a outro ponto do sistema quando necessário. Para Starfield (2004) acesso e acessibilidade, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis; seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

São vários os problemas emergentes quando se discute acesso em uma Unidade Básica de Saúde. As longas filas de espera para atendimento e o número reduzido de profissionais de saúde são exemplos clássicos. Entretanto, na maioria das vezes, a questão não se restringe a quantas oportunidades e facilidades o usuário se dispõe, mas sobretudo, interroga-se a qualidade do atendimento prestado. Segundo Stein (1998), o acesso aos serviços de saúde tanto pode ser determinado, quanto medido pelo uso regular de uma fonte de atendimento. A facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde, juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário com o profissional e, portanto, contribui, muitas vezes, para otimizar o tempo de utilização do serviço e para reduzir a frequência de procura pelo mesmo atendimento. Para Merhy et al. (1994), a facilidade de acesso aliada ao acolhimento, desperta no usuário um interesse de se tornar cada vez mais autônomo, isto é, adquirir conhecimentos que lhe permitam cada vez mais resolver seus problemas de saúde. Esse interesse é compatível com o vínculo que vai se consolidando entre o usuário e sua família, com os profissionais e serviços de saúde.

O acolhimento como diretriz operacional apresenta-se como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Desta forma, segundo Fagundes (2004), é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. Para Ortiz (2004), o acolhimento é um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo.

3.4 Acolhimento e Humanização

Na construção do novo modelo de atenção básica, a humanização constitui-se um pilar, o qual a proposta do PSF tem por objetivo contemplar, por meio do estabelecimento de vínculo entre profissionais/usuários/famílias, e através da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade.

Nesse âmbito, a estratégia do acolhimento deve ser implantada, visando o alcance do objetivo de oferecer serviços de saúde a partir de critérios técnicos, éticos e humanísticos. O acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre após ultrapassada a etapa do acesso. Nesse encontro entre profissionais e usuários, “dá-se uma negociação visando à identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto a sua saúde” (Sassi, 2008). Para que isso ocorra, o usuário deve ser tratado de forma singular, através de uma relação de escuta e responsabilização, onde o atendimento seja baseado em parâmetros humanitários e de solidariedade.

Para Pessini (apud Backes, 2005), a humanização significa considerar a essência do ser humano, o respeito à individualidade e as diferenças profissionais, a fim de legitimar o aspecto humano de todas as pessoas envolvidas na assistência.

Ao pensar em práticas ou atitudes humanizadoras, ou em humanização das ações de saúde, não se pode considerar o trabalho de apenas uma categoria profissional, ou que haja um único responsável na equipe de saúde por essas práticas. Percebe-se então que a humanização é um processo necessariamente interdisciplinar, com ações decorrentes de uma problemática e de uma necessidade comum, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações entre os

envolvidos (Vasconcelos, apud Backes, 2005). Leite et al. (1999) afirmam que, para humanizar a relação serviço X profissional de saúde X usuário, não basta considerar a questão da responsabilidade, do respeito, pressupostos para a realização da assistência. “É necessário ultrapassar essa visão afetuosa da atenção e discutir o modo como os trabalhadores se relacionam com seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento de indivíduos e da coletividade”.

De acordo com Simões et al. (2007), a humanização do atendimento implica em transformações políticas, administrativas e subjetivas, necessitando da transformação do próprio modo de ver o usuário, de objeto passivo a sujeito; do necessitado de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta qualidade e segurança, prestado por trabalhadores responsáveis. Benevides & Passos (2005) defendem a humanização como uma estratégia de interferência nas práticas de saúde, onde há a produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo.

Para Piancastelli et al. (2000), o Programa de Saúde da Família propõe mudanças que vêm se aliando ao desenho de um novo perfil de profissionais, que se encontram mais sensíveis para perceber as reais necessidades da população, produzindo uma atenção capaz de gerar satisfação social e excelência técnica, de forma resolutiva, para as pessoas e a sociedade. Nesta perspectiva, o PSF foge da concepção usual dos programas tradicionais do Ministério da Saúde, pois objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados de forma articulada e perene.

Segundo Santos et al. (2000), é no cotidiano, no concreto do espaço da família, que os profissionais do sistema, em interação com esta, buscam a construção da saúde, priorizando a proteção, a promoção do auto cuidado, a troca solidária, procurando dessa maneira, sair do modelo biomédico dependente, centrado na doença. Percebe-se, assim, que a filosofia que o perpassa é mais do que uma simples extensão de serviços, pois enseja uma prática que oportunize críticas, mudanças e construção de saber. É neste contexto, que a prática do acolhimento traz benefícios, os quais podem ser mensurados através da avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Ainda assim, Fracolli & Bertolozzi (2003), lembram que acolher não significa resolver completamente os problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e sua transformação em objeto das ações da saúde. Deste modo, conclui-se que acolhimento e humanização se

complementam na execução das ações de saúde, sejam elas realizadas dentro da Unidade Básica ou nos domicílios, e viabilizam o respeito e confiança entre equipe e usuário.

4. CONCLUSÃO

O acolhimento pode ser compreendido como uma forma de organização do trabalho em saúde, bem como uma atitude desejável no fazer de todos os profissionais da equipe de saúde da família.

Estruturando-se o trabalho em saúde no PSF a partir do acolhimento, possibilita-se concretizar os princípios do Sistema Único de Saúde, em especial a integralidade, acessibilidade e humanização.

Para que o acolhimento seja implantado com efetividade, se faz necessário a sensibilização de todos os profissionais envolvidos no Programa de Saúde da Família, de forma que haja interdisciplinaridade das ações de saúde, sejam elas desenvolvidas dentro ou fora da Unidade. A forma multiprofissional, não mais centrada na figura do médico, juntamente com a responsabilização e compromisso com o usuário, deve imperar no processo de trabalho em saúde. Esta nova forma de agir em serviço somente será alcançada quando os profissionais obtiverem uma nova e correta concepção de acolhimento.

Com o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, os profissionais do PSF compreenderam o acolhimento como uma tecnologia fundamental para o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, na medida em que permite a otimização das ações e atividades desenvolvidas pela equipe, e possibilita que todos os usuários sejam atendidos e correspondidos em suas expectativas. Compreendemos que o acolhimento não é apenas uma atividade, e nem uma parte do processo de trabalho, mas sim uma diretriz, que deve ser concretizada a todo momento, em toda relação profissional-usuário. Ao compreendermos o verdadeiro sentido da palavra acolher, fomos capazes de transformar o processo de trabalho, alicerçando-o na humanização, na integralidade e na facilidade de acesso. Criamos um vínculo mais estreito com os usuários, os quais se sentem mais valorizados e mais confiantes ao buscar por atendimento na Unidade de Saúde, e ao receber os profissionais em suas casas durante as visitas domiciliares. Para que isto ocorresse, não tivemos gastos financeiros e também não foi necessário que mudássemos para uma Unidade espaçosa com uma estrutura mais adequada. Foi necessário apenas refletir sobre como realizávamos nosso processo de trabalho e quais os resultados estávamos obtendo. A partir daí, optamos pela qualificação da assistência, através de um atendimento humanizado, oportunizando o acesso aos serviços prestados, e reconhecendo o usuário em sua singularidade, com valorização de suas queixas e necessidades.

Por toda teoria estudada e vivência em uma prática que deu certo, conclui-se que com sua implantação no Programa de Saúde da Família, o acolhimento viabilizará, conseqüentemente, um vínculo mais estreito na relação profissional/usuário, e possibilitará a estruturação de um atendimento humanizado, mais resolutivo e de fácil acesso. Com isso, a confiança e a credibilidade dos usuários no sistema de saúde poderá ser vivenciada no cotidiano de trabalho da equipe de saúde da família.

5. REFERÊNCIAS

1. BACKS, D.S; LUNARDI FILHO, W.D; LUNARDI, V.L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. In: VASCONCELOS, M. Dissertação de Mestrado em Enfermagem: **A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar**. FURG, 2005. 15 p.
2. BENEVIDES, R. & PASSOS. Humanização na Saúde: um novo modismo? **Interface**, v.9, n.17, São Paulo: Botucatu, 2005.
3. BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
4. BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios com relação à política de saúde. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 1990.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento nas Práticas de Produção em Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília, Distrito Federal, 2003. disponível em <http://www.saude.gov.br/humanizassus/acolhimentonaspraticas.pdf> Acesso em: 20 ago. 2009.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde**. Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2005.
8. CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R., organizadores. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p.229-66.
9. CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência da rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Caderno de Saúde Pública**, 2000, 16: 507-15.

10. FAGUNDES, S. Apresentação. In: ORTIZ, J.N.; BORDIGNON, M.O.; GRALHA, R.S.; FAGUNDES, S.; CORADINI, S.R. Organizadores. **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004. p 11 e 12.
11. FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. **Processo de Trabalho em Saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Editora UFMG, 2008. p.19
12. FERREIRA, A.B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.
13. FRACOLLI, L.A.; BERTOLOZZI, M.R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo: **Manual de Enfermagem**, Janeiro de 2003. Disponível em: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem> Acesso em agosto de 2009.
14. FRANCO, T.; MERHY, E.E.; BUENO, W. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1997.
15. FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 1999; 15: 345-53.
16. FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY E.E.; MAGALHÃES Jr.H.M.; RIMOLI J.; FRANCO T.B.; BUENO, W.S., organizadores. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. p.37-54.
17. GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/04-4%20Relatórios%20de%20pesquisa%20nas%20ciências%20sociais> Acesso em Setembro de 2009.
18. HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005. 2048p.
19. LEITE, J.C.A. et al. Acolhimento: Perspectiva de Reorganização da Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.2, p.161-168, 1999.

20. LOPES, M.J.M, SILVEIRA, D.T, FERREIRA, S.R. **Educação em saúde nas doenças crônico-degenerativas e a promoção da qualidade de vida: relato de experiência. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento.** Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 1999; p.121-30.
21. LUZ, M.T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. **Cuidado: As fronteiras da Integralidade.** Rio de Janeiro, RJ: UERJ, ABRASCO, 2006. p. 9-20.
22. MALTA, D.C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.21-34, set/dez. 2000.
23. MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre os seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde.** Ribeirão Preto. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1998.
24. MERHY, E.E. & ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo, SP: Hucitec, 1997.
25. MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos, C. R., organizador. **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Editora Xamã, 1998. p. 103-20.
26. MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: o serviço de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde.) In: CECÍLIO, L.G.O., organizador. **Inventando a mudança na saúde.** 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p.117-60.
27. MERHY, E.E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro, RJ: UERJ, IMS, ABRASCO, 2005, p. 195 – 206.
28. MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo, SP: Hucitec, 2002.
29. MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S. & CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo, SP: Hucitec, 1994.
30. MIRANDA, C.F.; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda.** 6. ed. Belo Horizonte: Editora Crescer, 1990.

31. ORTIZ, J.N.; BORDIGNON, M.O.; GRALHA, R.S.; FAGUNDES, S.; CORADINI, S. R. **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004.
32. PAIDÉIA. **Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Campinas**, 2001. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br> Acesso em Agosto de 2009.
33. PIANCASTELLI, C.H. ET AL. Saúde da Família e desenvolvimento de recursos humanos. **Saúde para Debate**, n.21, p.44-48, 2000.
34. PINHEIRO, R & MATTOS, R.A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, IMS, ABRASCO, 2005.
35. RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e Acolhimento aos usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 2003, 19: 27-34.
36. SANTOS, B.R.L. et al. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.esp., p.49-59, 2000.
37. SASSI, A.P. **Acolhimento e Processo de Trabalho em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, RS: Relato de Experiência**. Trabalho para Especialização em Saúde Pública. Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2008. 41p. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/15425> Acesso em Agosto de 2009.
38. SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (6): 1487-1494, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf> Acesso em agosto de 2009.
39. SCHOLZE, A.S. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, 2006. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_2.pdf Acesso em Agosto de 2009.
40. SILVA JÚNIOR, A.G. & MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006. p. 241 – 57.

41. SILVEIRA, M.F.A. et al. **Acolhimento no Programa de Saúde da Família: Um caminho para a humanização da atenção à saúde**. Artigo para graduação em enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba, 2008. Disponível em: <http://www.calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/.../1415> Acesso em Agosto de 2009.
42. SIMÕES, A.L.A et al. Humanização na Saúde: enfoque na atenção primária. **Texto e Contexto na Enfermagem**. Florianópolis, 2007. 16 (3), p. 439-44.
43. SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, v.5, n.4, p.493-503, out/dez. 2005.
44. SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise de percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.24. Rio de Janeiro (RJ), 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>. Acesso em Agosto de 2009.
45. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde**, 2004.
46. STEIN, A.T. **Acesso a atendimento médico continuado: Uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência**. Tese de Doutorado. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.
47. TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil, 2007. **Caderno de Saúde Pública**, 23 (2). P.331-340.
48. TEIXEIRA, R.R. O acolhimento no serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 89 - 111.
49. VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Editora UFMG, 2009. p.37.