

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

LIDIANE DA CONCEIÇÃO CATARINO

A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

GOVERNADOR VALADARES - MG

2013

LIDIANE DA CONCEIÇÃO CATARINO

A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

GOVERNADOR VALADARES - MG

2013

LIDIANE DA CONCEIÇÃO CATARINO

A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa

Aprovado em Belo Horizonte:26/11/2013

Este trabalho é dedicado a todos os usuários do SUS e a todos os profissionais que, como eu, acredito em uma Saúde Pública mais humana e acessível.

AGRADECIMENTOS

Sempre e primeiramente a Deus, autor e consumidor da minha Fé.

Aos meus pais Maria e Sebastião, juntamente com minhas irmãs e sobrinhos (as) queridos e mui amados que, com carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

A todos os amigos em especial Fernanda e Geovana pela companhia sempre que necessária.

À professora Matilde Meire Miranda Cadete pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

A todos os professores do curso, que foram importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia.

“Motivação é a arte de fazer as pessoas fazerem o que você quer que elas façam porque elas o querem fazer.”

Dwight Eisenhower

RESUMO

No percurso de construção do Sistema Único de Saúde ocorreram grandes avanços referentes às políticas públicas de saúde, mas também alguns conflitos e desafios, impondo uma urgência no aperfeiçoamento do sistema em busca de novos rumos. Na tentativa de reorganizar o sistema de saúde, foi instituída pelo Ministério da Saúde, em 2003, a Política Nacional de Humanização – PNH, formulada a partir da sistematização de experiências do Sistema Único de Saúde. Ela estabelece, aos estados, municípios e serviços de saúde a implantação de práticas de humanização nas ações de atenção e gestão, contribuindo, assim, para legitimação do SUS como política pública. Assim, o presente trabalho objetivou elaborar um plano de ação com vistas à diminuição da demanda reprimida na Unidade de Saúde do bairro Limoeiro. Para tal, foi feita pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde, no SciELO, com os descritores: acolhimento, atenção básica, saúde pública e programa saúde da família. Também foram utilizados os Manuais do Ministério da Saúde, IBGE e DATASUS a fim de se obter maior embasamento teórico/técnico para elaboração do Plano de ação. A leitura e análise da literatura consultada possibilitaram entender o acolhimento aos usuários dos serviços de saúde, como uma estratégia fundamental, pois este se constitui como porta de entrada do serviço de saúde, tendo como foco central a escuta qualificada, com criação de vínculos entre usuários e trabalhadores, bem como o fortalecimento do princípio da integralidade na assistência à saúde. E, finalmente, realizar um plano de ação visando à melhoria da qualidade da assistência prestada pela equipe de trabalhadores do PSF Limoeiro.

Palavras-chave: Atenção Básica. Acolhimento. Programa saúde da família.

ABSTRACT

In the course of construction of the Unique system of Health they happened great progresses regarding the politics publish of health, but also some conflicts and challenges, imposing an urgency in the improvement of the system in search of new directions. In the attempt of reorganizing the system of health, it was instituted by Ministry of Health, in 2003, the National Politics of Humanization - PNH, formulated starting from the systemization of experiences of the Unique system of Health. She establishes to the states, municipal districts and services of health the implantation of humanization practices in the actions of attention and administration, contributing, like this, for legitimation of SUS as public politics. Like this, the present work aimed at to elaborate an action plan with views to the decrease of the demand repressed in the Unit of Health of the neighborhood Lemon tree. For such, it was made research in the Virtual Library in Health, in SciELO, with the descriptors: reception, basic attention, health publishes and it programs health of the family. Also the Manuals of Ministry of Health, IBGE and DATASUS were used in order to if to obtain larger basement Theoretical / technical for elaboration of the action Plan. The reading and analysis of the consulted literature made possible to understand the reception to the users of the services of health, as a fundamental strategy, because this it is constituted as entrance door of the service of health, tends as central focus listens to her qualified, with creation of bonds between users and workers, as well as the invigoration of the I begin of the integrality in the attendance to the health. And, finally, to accomplish an action plan seeking to the improvement of the quality of the attendance rendered by the workers' of PSF Limoeiro team.

Wordkey: Basic attention. Reception. Programs health of the family.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2 | JUSTIFICATIVA..... | 13 |
| 3 | OBJETIVO | 14 |
| 4 | METODOLOGIA | 15 |
| 5 | REVISÃO DA LITERATURA..... | 16 |
| | 5.1 A importância do acolhimento | 16 |
| | 5.2 A Política Nacional de Humanização na Assistência à Saúde | 18 |
| | 5.3 Promoção da saúde , organização dos serviços e acolhimento.... | 23 |
| 6 | PLANO DE AÇÃO..... | 27 |
| | 6.1 Síntese das entrevistas com os informantes-chave..... | 27 |
| | 6.2 Síntese das entrevistas com as ACS's 2012..... | 28 |
| | 6.3 Síntese das entrevistas com as informantes chaves 2012..... | 29 |
| | 6.4 Observações ativa dos principais problemas identificados..... | 31 |
| | 6.5 Plano de ação propriamente dito..... | 32 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 33 |
| | REFERENCIAS..... | 35 |

1 INTRODUÇÃO

Iniciei meu trabalho como enfermeira da Família, pelo Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), na Unidade de Saúde do Limoeiro, município de Timóteo onde permaneci durante um ano. Tinha, como proposta de atuação, realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na Estratégia Saúde da Família (ESF) e, quando indicado ou necessário, realizar assistência nos domicílios e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, dentre outros), em todas as fases do desenvolvimento humano. Outras atividades concretizadas eram referentes à solicitação de exames complementares e prescrição de medicações, conforme protocolo estabelecido pelo gestor municipal. Também participava do planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A Unidade de Saúde do Bairro Limoeiro está situada na Rua Jequitibá, nº 326 , no bairro Limoeiro, localizado na Regional Leste do município de Timóteo , onde foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) que atualmente tem uma população adscrita composta de 2.340 usuários.

O PSF é uma estratégia de assistência à população que consiste em desenvolver ações de promoção, de proteção à saúde e de assistência. A atenção está centrada na família, a partir do seu ambiente físico e social, o que tem possibilitado às equipes maior compreensão do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. O PSF Limoeiro, por estar inserido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), é composto por uma equipe multiprofissional onde se encontram agentes comunitários de saúde, enfermeiro, médico generalista (PSF), auxiliares de enfermagem (UBS e PSF), gerente administrativa, agentes administrativos, auxiliar de serviços gerais, dentistas, auxiliares de dentistas. Compõem também a equipe uma ginecologista (de apoio), pediatra e médico clínico geral.

É importante salientar que o PSF tem por objetivo melhorar o estado de saúde da população por meio da identificação precoce e do tratamento das doenças, bem como da prevenção das mesmas, tendo a família como foco principal do atendimento.

Na Unidade de Saúde da Família atua uma equipe multidisciplinar, minimamente composta por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais como o cirurgião-dentista, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas ou farmacêuticos, poderão ser incorporados nas Unidades de Saúde da Família ou em equipe de supervisão de acordo com as possibilidades e necessidades locais (BUFFON E RODRIGUES, 2005).

Com a criação do PSF, o atendimento ao usuário passou a ser mais objetivo, por meio de métodos como a triagem e o acolhimento, implantados neste sistema. O usuário, ao chegar à Unidade de Saúde será atendido por um profissional administrativo, que por sua vez o encaminhará a um profissional de enfermagem que poderá encaminhá-lo de três formas: Pronto Atendimento, agendamento de consulta programática ou encaminhamento a outro serviço através de marcação de consulta ou até mesmo encaixe do paciente em algum programa. Com a implantação do PSF, esta triagem deve ser feita pelo enfermeiro e/ou auxiliar de enfermagem, para que o mesmo selecione os casos e, assim, ocorra uma maior eficácia no atendimento. A divisão de áreas foi feita respeitando os limites entre os PSFs. A importância de conhecer o território e a adscrição da clientela foram fundamentais para que o processo de trabalho em equipe fosse articulado dentro de ações conjuntas em prol de um trabalho engajado e contínuo.

O PSF do Limoeiro abrange o Bairro Limoeiro e Área de Ocupação, que são divididas da seguinte forma:

- Todas as quadras da Área de Ocupação, Caene;
- Ruas Cerejeira, Oiti, Cajá, Ibiruçu, Jenipapo, Vinlático, Jequitibá, Jacarandá, Bragatinga, Açai e Av. Pinheiro;

- Ruas Peroba, Oliveira, Ipê, Caviúna, Braúna, Louro, Uxi, Marfim, Beco Cinzeiro, Fícus, Guaribus e Castanheira;

A estrutura física da Unidade de Saúde apresenta-se da seguinte forma: recepção, uma sala de curativo, uma sala para dispensação de medicamentos, quatro consultórios destinados ao atendimento da população, uma sala para coleta de material para exames laboratoriais, medicação e nebulização, uma sala de repouso, uma sala de vacina, cozinha, área externa e quatro banheiros, sendo dois de usuários e dois de funcionários.

Dentre os nós críticos identificados no nosso processo de trabalho, por ocasião da atividade do Módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010), percebemos que o acolhimento era um dispositivo que requeria um olhar mais voltado para sua efetividade e humanidade. Assim, neste estudo, o acolhimento tornou-se o tema a ser estudado e aprofundado com vistas à melhoria de sua concretização.

2 JUSTIFICATIVA

O acolhimento é considerado a porta de entrada do usuário ao atendimento de saúde com o intuito de colocá-lo à vontade e se sentindo um cidadão com direitos de cuidados efetivos, humanos e éticos. O acolhimento é, portanto, uma abertura afetiva e profissional que acolhe o usuário e busca responder os problemas que o afligem ou incomodam. Busca, ainda, explorar ao máximo as tecnologias leves disponíveis em nosso saber e em nossas relações.

Nos serviços de saúde, os acolhimentos são considerados como processo de relações humanas e devem ser realizados por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores de atendimento. Não se limita ao ato de receber, mas constitui uma sequência de atos e modos que compõem o trabalho em saúde (FRACOLLI e CAMPOS, 2004).

O acolhimento é mais que um fenômeno verbal, ele possibilita a captação das necessidades de saúde manifestadas pelo usuário, possibilitando a concretização de ações para satisfazer a essas necessidades.

Por mais acolhedoras que sejam as atitudes dos trabalhadores da saúde para com os usuários, elas não podem prescindir da existência de condições concretas para o atendimento das demandas destes. A impossibilidade de acesso a serviços e tecnologias necessárias ao enfrentamento da dor, do mal-estar, enfim, da recuperação da saúde, representam um claro obstáculo a uma atenção humanizada.

Com base nesses pressupostos, nossa intenção é a de que os moradores do bairro Limoeiro e adjacências sejam acolhidos, de fato, sentindo-se cidadãos proativos, com direitos e deveres. O acolhimento feito dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde tornará o cuidado mais humano, ético e eficaz.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação com vistas à diminuição da demanda reprimida na Unidade de Saúde do bairro Limoeiro.

4 METODOLOGIA

Trata-se da proposição de um plano de ação a ser realizado com a participação de todos os profissionais da equipe de saúde da família do bairro Limoeiro.

A preparação desse plano de ação seguiu dois nortes imprescindíveis: a análise situacional do território onde atuamos e a pesquisa bibliográfica narrativa, em periódicos nacionais e escritos em português.

A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO), com os descritores: acolhimento, atenção básica, saúde publica, programa saúde da família.

Além dessa base, foram utilizados os Manuais do Ministério da Saúde, IBGE, DATASUS a fim de se obter maior embasamento teórico/técnico para elaboração do Plano.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 A importância do acolhimento

Para reorganizar os serviços de saúde no nível de Atenção Primária, surge a Estratégia Saúde da Família que está estruturada na atenção básica à saúde e que, além de gerar novo modelo das práticas de saúde, trabalha com a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde.

Segundo Fracolli e Campos (2004), no Programa Saúde da Família os profissionais necessitam desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma relação entre profissionais de saúde e comunidade, efetivadas pelo desenvolvimento de ações humanizadas multiprofissionais e interdisciplinares. Observa-se que sem a realização do acolhimento e vínculo é impossível efetivar um atendimento de qualidade, a partir dessa afirmação os serviços de saúde, especificamente o PSF instituem como base para o seu processo de trabalho a realização do acolhimento.

No percurso de construção do Sistema Único de Saúde ocorreram grandes avanços referentes às políticas públicas de saúde, mas também alguns conflitos e desafios, impondo uma urgência no aperfeiçoamento do sistema em busca de novos rumos. O padrão de acolhida aos usuários dos serviços de saúde é um desses desafios, pois este funciona como porta de entrada do serviço de saúde, tendo como foco central a escuta qualificada com criação de vínculos entre usuários e trabalhadores (BRASIL, 2011).

Assim, nos serviços de saúde os acolhimentos são considerados como processo de relações humanas e devem ser realizados por todos os trabalhadores de saúde, em todos os setores de atendimento, não se limitando ao ato de receber, mas constitui uma sequência de atos e modos que compõem o trabalho em saúde (FRACOLLI e CAMPOS, 2004).

O acolhimento é, portanto, mais do que um fenômeno verbal, ele permite a apreensão das necessidades de saúde manifestadas pelo usuário, possibilitando a concretização de ações para satisfazer essas necessidades.

Para Fracolli e Campos (2004), o PSF, na sua concepção teórica, traz dentro de si as potencialidades para se transformar em uma proposta de intervenções em saúde, buscando uma atuação transformadora de sujeitos. Ao optar pela instituição do acolhimento como um processo de trabalho nas unidades de Saúde da Família incrementa essa potencialidade inicial.

Por meio da avaliação do acolhimento é possível apreender tanto a qualidade da recepção das demandas expressas pelo usuário como os critérios e condições de acesso a diferentes pontos do sistema. “A persistência de filas para o atendimento básico e a precariedade do acesso a laboratórios, consultas especializadas e ao atendimento hospitalar” foram limitações observadas no acolhimento no PSF baiano (TRAD e DESLANDES, 2006, p. 190).

De acordo com Carvalho e Cunha (2006), os serviços de saúde que privilegiam a produção de procedimentos nos dias de hoje utilizam-se da forma hegemônica de produção de cuidados em saúde. Nesses serviços, é comum encontrar profissionais atarefados e até mesmo exaustos de tanto realizar atividades, mas que não conseguem avaliar e interferir nelas. Portanto, há necessidade de organizar o atendimento prestado nas unidades, hospitais e pronto atendimento de saúde.

Enfim, o acolhimento é uma porta de entrada do usuário ao atendimento a saúde e o nosso papel, como funcionários e prestadores de serviço, é não barrar e limitar o atendimento e sim responder aos problemas que ai aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações.

Para tanto, agindo dessa forma, haverá diminuição da demanda reprimida na rede básica evidenciada pelas grandes filas, reclamações cotidianas, pelo grande

afluxo aos serviços de atendimento de pacientes com problemas não emergenciais e pelas queixas da população.

5.2 A Política Nacional de Humanização na Assistência à Saúde

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL,2006), apesar dos avanços e das conquistas do SUS, nos seus dezesseis anos de existência, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública. Várias pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas.

O acolhimento, portanto, segundo o Ministério da saúde (BRASIL, 2006, p. 12) “é uma das diretrizes que contribui para alterar essa situação, na medida em que incorpora a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS” .

Segundo Nascimento (2008), a proposta do acolhimento surge como uma resposta aos problemas históricos referentes ao acesso aos serviços de saúde pública no Brasil que persistiam mesmo com os avanços e conquistas do SUS e com a criação da Estratégia de Saúde da Família - ESF. Salientamos que eram inúmeros os problemas decorrentes do modo de organização de parte dos serviços de saúde, em que o atendimento era alcançado por meio de marcação de consultas em dias específicos, com a formação de filas, em que não havia qualquer tipo de avaliação de potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento. Com o intuito de dar respostas a esta problemática, o Ministério da Saúde criou, em 2003, a Política Nacional de Humanização - PNH – o HumanizaSus cuja proposta, enfatiza a necessidade de assegurar atenção integral, através da garantia de acolhimento e acesso aos usuários como instrumentos de transformação das formas de produzir e prestar serviços (BRASIL, 2006).

O acolhimento é entendido como ato ou efeito de acolher, receber, admitir, escutar, expressando uma ação de aproximação, ou seja, uma atitude de inclusão. É uma das diretrizes de grande relevância da Política Nacional de

Humanização do SUS, pois refere ao compromisso do reconhecimento do outro, valorizando as relações interpessoais como estratégias que contribuem para dignificação da vida (BRASIL, 2006).

Verifica-se que na sociedade administrada por um sistema capitalista e com crescentes avanços das tecnologias, ocorre como consequência a precarização das relações e encontros, prejudicando, assim, o acolhimento em nossas práticas cotidianas. Há uma crescente indiferença diante do outro em relação às suas necessidades e diferenças culturais, enfraquecendo assim os laços coletivos.

Apesar dos avanços e conquistas do SUS, existem lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços referente ao acesso e ao modo como os usuários são acolhidos nos serviços de saúde pública, evidenciando uma escuta pouco qualificada e as relações nada solidária exercida (BRASIL, 2008, p. 10).

Nesse contexto, o grande desafio na construção e efetivação dessa política de humanização é transpor os princípios aprovados nos textos constitucionais para aplicá-los nas práticas de trabalho da atenção e da gestão em saúde. É necessária a responsabilização das instâncias públicas pela saúde do cidadão, estimulando os profissionais na realização de uma assistência humanizada, com a constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população (BRASIL, 2006).

Ressalta-se que a triagem era usada antes do acolhimento e servia para separar e diminuir as demandas das unidades de saúde, sempre usando critérios técnicos. Em contrapartida, o acolhimento consiste no uso de fluxogramas e protocolos clínicos e junto a eles uma escuta qualificada ao paciente. Sendo assim, a equipe de acolhimento passa a ter a responsabilidade de reorganizar a chegada e recepção do paciente para poder oferecer-lhe atendimento ou encaminhá-lo a outro setor. Nem sempre o paciente se sentirá satisfeito com a resposta dada, pois geralmente chega com a perspectiva de solucionar o problema imediatamente, o que vez ou outra não será possível. Há que se ter em mente que a função da porta de entrada agora se limita a oferecer um

atendimento de modo a resolver o problema de modo criativo, procurando, ao máximo, explorar os artifícios que se possui (ESMERALDO *et al.*, 2008).

Observa - se, ainda, que o acolhimento é um processo dinâmico, inacabado, não estando, portanto, totalmente pronto. Desse modo, faz se necessário que haja um processo de avaliação e reorientação permanente.

Para Carvalho e Cunha (2006, p. 859), a ideia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS. Mencionam que tal experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos. “Desta forma, reconhecer a história do acolhimento no SUS nos permite tanto reconhecer o impacto da proposta nos serviços de saúde que a construíram de forma adequada, como também distingui – lá das experiências menos exitosas”

No campo da saúde, atualmente, o entendimento de humanizar e realizar acolhimento é vista como uma dimensão espacial significando recepção administrativa, ambiente confortável, triagem de consultas e atendimentos, bem como o repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Entretanto, essa situação sinaliza uma visão fechada, fragmentária e descomprometida acerca do processo de acolhimento e, com isso, muitos serviços de saúde convivem com filas de espera para realização de atendimentos e uma crescente demanda reprimida de usuários insatisfeitos com o sistema de saúde. Destaca-se, também, que parte dos serviços de saúde se apoia no desenvolvimento do trabalho cotidiano, objetivando o repasse do problema, com enfoque na doença e não no sujeito e suas necessidades (FRACOLLI e CAMPOS, 2004).

Essas práticas, além de comprometer a eficácia da assistência e credibilidade nos serviços ofertados, ocasionam transtornos aos trabalhadores, usuários e gestores, ferindo os princípios do SUS. Para superar as dificuldades torna-se necessário a articulação dos saberes profissionais, incorporando equipes multiprofissionais, criando programas de capacitações e formação para os trabalhadores e vinculando a participação da população num processo contínuo de cogestão (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o acolhimento é considerado um modo de materializar os processos de trabalho em saúde, realizando a assistência à demanda espontânea, com escuta qualificada e prestação de um atendimento com resolutividade e responsabilização e estabelecendo articulações entre todos os níveis de assistência à saúde garantindo a eficácia e satisfação do usuário dos serviços.

Dessa forma, a efetivação da proposta de acolhimento nos serviços de saúde, além de ser necessária, garante o acesso dos usuários aos serviços, humaniza as relações e, sobretudo, concretiza uma abordagem integral ao usuário. Soma-se, também, o aperfeiçoamento do trabalho em equipe, a responsabilização dos profissionais, bem como assegurar uma estrutura física adequada e organizada, garantindo assim o conforto e privacidade aos que buscam os serviços (BRASIL, 2008).

Como estratégia de qualificação da atenção no SUS é indispensável o desenvolvimento de campanhas de comunicação acerca do grande significado e importância do acolhimento, garantindo os direitos dos usuários e uma utilização adequada dos serviços de saúde pública. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o acolhimento surge como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo, assim, para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Possibilitam, também, avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira.

5.3 Promoção da saúde, organização dos serviços e acolhimento

Segundo Ramos (2003), as ações de promoção da saúde devem ser empreendidas por meio de políticas sociais que respondam aos problemas dos grupos populacionais nos diversos países. Dentro dessa abordagem, a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde.

Observa-se que desde a implantação da ESF até os dias atuais é notável a eficácia desse modelo de organização da saúde, sendo visto como inovador e fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro.

Dentre as ações da ESF, surgem as ações educativas como instrumento essencial para impulsionar a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias, cogitando a possibilidade de mudanças dentro dos PSF's. Com isso, é possível, por meio das parcerias entre vários setores e profissionais trabalhando em equipe, articular ações interdisciplinares de assistência com a promoção de saúde e prevenção de doenças. Na visão de Araújo (2004), a educação continuada dos profissionais de saúde é a garantia de uma nova organização podendo assim atribuir aos mesmos o papel de facilitadores e agentes de mudanças dentro do contexto e atenção a família. A necessidade de constituir táticas de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca de conhecimentos, é preciso entre os integrantes da equipe, procurando enxergar o ser humano de forma holística, partindo assim, do princípio da integralidade, seja na forma de prestação de serviço ou produção de conhecimentos.

Araújo (2004) prossegue afirmando que o campo da saúde não é exclusivo de profissionais específicos e sim de um saber fazer em equipe, pois o cuidar de pessoas se estabelece em espaço de escuta qualificada, acolhimento, diálogo e, por último, e não menos importante, o estabelecimento de uma relação ética entre os participantes.

A importância de abordar a assistência de forma integrada está fundamentada na articulação de todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde, com a proposta de mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado, evitando-se, assim, a sua fragmentação. Nesse modelo, cada usuário deverá ser acompanhado segundo determinado projeto terapêutico instituído, comandado por um processo de trabalho cuidador, e não por uma lógica de consumo (MALTA *et al.*, 2004).

Ainda conforme explicitam Pinheiro e Luz (2003), observa-se que essa lógica de pensamento contesta o dia a dia dos serviços de saúde, onde ocorre, constantemente, confronto entre os profissionais que atuam ou que deveriam atuar com o mesmo objetivo, ou seja, o bem-estar do cliente e o desenvolvimento de ações curativas ou preventivas no processo de saúde/doença.

É importante que a integralidade esteja inserida tanto na consciência crítica dos profissionais de saúde quanto da comunidade, para que, partindo de um contexto complexo, alcancem ações transformadoras integralizadas e mútuas.

Em saúde, o acolhimento consiste também em uma tecnologia para reorganização dos serviços que visa ao acesso universal, à resolubilidade e ao atendimento humanizado. Baseia-se na escuta de todos os pacientes, no intuito de oferecer uma resposta positiva aos seus problemas de saúde. Além disso, visa à descentralização do atendimento, classicamente centrado na figura do médico, estendendo-o para toda a equipe, o que aumenta a oferta de serviços (NASCIMENTO, 2008).

Segundo o Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa (FERREIRA, 2000), o termo acolhimento está relacionado ao:

Ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho. E acolher significa dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a. (FERREIRA, 2000,p.12).

Portanto, por acolhimento, entende-se que é uma relação mais humanizada entre trabalhadores, serviços de saúde e usuários. Significa receber o usuário de maneira organizada, procurando ouvi-lo e responder o seu problema de saúde, buscando, ainda, a construção de sua autonomia, isto é, proporcionando-lhe tomar iniciativas mais produtivas e amadurecidas em relação à doença, à prevenção de saúde e estabelecer uma relação participativa junto aos profissionais e instituições de saúde (RIZZOTTO, 2002). Determina, ainda, o uso

de todos os recursos tecnológicos disponíveis, no sentido de dar uma resposta positiva ao usuário.

De acordo com Merhy (1994 *apud* CARVALHO E CUNHA, 2006, p.863), os principais recursos tecnológicos estão centrados:

Em nossos conhecimentos de como trabalhar a relação de cidadania entre usuário e o serviço, o usuário e o trabalhador e as atividades de grupos de gestão, estas tecnologias são quase todas do tipo soft [relacionais], isto é, estão muito mais em nossa sabedoria, experiências, atitudes, compromissos, responsabilidades, etc., do que em equipamentos, espaços físicos, entre outros apesar de também dependerem destes de alguma maneira, mas secundariamente.

No entanto, acolher bem ao usuário é ter uma atitude que garanta a escuta qualificada das demandas com o objetivo de ofertar o máximo de tecnologia, saberes materiais e não materiais que procuram ler o mundo a partir de um determinado conceito de saúde e de doença e produzir procedimentos eficazes para que se produza saúde individual e coletiva (CARVALHO E CUNHA, 2006).

Para Franco (1999, p.347), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- 1 - Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- 2 - Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- 3 - Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

O acolhimento deve ser entendido como estratégia de reorganização do processo de trabalho das equipes das Unidades de Saúde, de forma a ampliar e melhorar a porta de entrada dos serviços, acolhendo, escutando, encaminhando soluções para as demandas dos usuários.

Segundo Carvalho e Cunha (2006), o arranjo acolhimento/ porta de entrada vem procurando intervir na relação de acesso da clientela, buscando organizar uma nova “porta” que acolha a todas as pessoas que cheguem á Unidade de Saúde. “A função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento, e sim responder aos problemas que aí aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber em nossas relações” (MERHY, 1994, p.117).

O acolhimento é também um facilitador da relação entre os profissionais que prestam serviços de saúde e o usuário, procurando dessa forma, dar maior resolutividade ao seu problema. Sendo assim, pode proporcionar ao usuário uma participação mais ativa na organização da assistência contribuindo para a construção da cidadania. Para tanto, é preciso que todos os trabalhadores se envolvam com o acolhimento, de forma madura, buscando estabelecer vínculos entre usuários e equipe.

O acolhimento para a Política Nacional de Humanização é uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação profissional / usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

Contudo, para que se efetivem mudanças, é necessário o envolvimento de todos os profissionais com a intenção de mudar o cotidiano do seu modo de realizar o trabalho no interior dos serviços de saúde. No caminho percorrido em um serviço de saúde, o usuário está em busca de alguém que possa conduzi-lo à solução de seus problemas, deseja ser acolhido, compreendido em suas necessidades e sentir-se confiante da atenção e responsabilização dos profissionais em manter, recuperar ou restabelecer seu bem estar.

É importante voltar os olhos para o usuário não como um indivíduo que busca o serviço de maneira passiva e, sim, buscar estabelecer uma relação empática entre usuário e trabalhador com o objetivo de construir a autonomia do primeiro e não sua dependência, fazendo-o participar das decisões no que se refere à sua saúde, sua vida.

Enfim, é integrar-se e interagir com o outro, com a comunidade, com os grupos, tornando-se referência para o individual e coletivo, com o objetivo de proporcionar melhoria na qualidade da prestação de saúde pública e, conseqüentemente, maior resolutividade às demandas do usuário.

6 PLANO DE AÇÃO

A realização deste plano de ação se fundamentou no diagnóstico situacional elaborado por ocasião da disciplina de planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS, FARIAS E SANTOS, 2010)

6.1 Síntese das entrevistas com os informantes-chave

Para a elaboração da entrevista com os informantes-chaves foram formuladas as seguintes perguntas:

- Nome
- Função
- Data de nascimento
- Quais os fatores que se observa dentro da comunidade do Limoeiro que podem ser considerados fatores de risco para a saúde e comunidade.

Cronograma para a realização das entrevistas

| ENTREVISTADOR | DATA | TEMPO ESTIMADO | INFORMANTE CHAVE | TIPO DE ATIVIDADE |
|---------------------|-------------------------------|----------------|---|--|
| Enfermeiro (PROVAB) | 03/10/2012 a 20/10/2012 | 4 a 6 horas | Agente Comunitário de Saúde | Entrevista |
| Enfermeiro (PROVAB) | 12/10/2012 a 16/10/2012 | 2 horas | Informante chave | Observar e descrever em sua comunidade pontos que prejudicam a comunidade e sugestões para os achados. |
| Enfermeiro (PROVAB) | 13/10/2012 | 30 minutos | Líder comunitário | Entrevista |
| Enfermeiro (PROVAB) | 13/10/2012 | 30 minutos | Diretor, psicóloga ou Coordenadora de escola. | Entrevista |

| | | | | |
|----------------------------|------------|------------|--|--|
| Enfermeiro (PROVAB) | 13/10/2012 | 30 minutos | Pastores ou Sacerdotes | Entrevista |
| Enfermeiro (PROVAB) | 16/10/2012 | 30 minutos | Comerciante | Entrevista |
| Enfermeiro (PROVAB) | 17/10/2012 | 30 minutos | Idoso que conhece a comunidade | Entrevista |
| Enfermeiro (PROVAB) | 18/10/2012 | 30 minutos | Enfermeiro da rede pública que trabalha na UNIDADE | Pontos que prejudicam a comunidade e plano de Ação para os achados |
| Enfermeiro (PROVAB) | 18/10/2012 | 30 minutos | Ex presidente da junta de saúde da comunidade | Entrevista |

Posteriormente, foram realizadas entrevistas com os Agentes Comunitários de saúde conforme quadro a seguir.

6.2 Síntese das entrevistas com as ACS'S, 2012

| NOME | PROBLEMAS | SUGESTÕES |
|--------------|--|---|
| ACS 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de saneamento básico infraestrutura da unidade; • Droga; • Gravidez na adolescência. | Ações educativas com a participação da comunidade e eleição de um líder comunitário efetivo. Patrulhamento. |
| ACS 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Saneamento básico • Falta de lazer; • Falta de escolas com período integral. | Intervenção da comunidade em um projeto para construir praças de lazer e levar projetos a prefeitura que se referem à pavimentação. |
| ACS 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Saneamento básico; • Falta de lazer; • Droga; • Atendimento (acolhimento) | Criar um espaço para ocupar o tempo e para a prática de esportes. Palestras educativas. |
| ACS 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Droga; • Gravidez na adolescência. | Reunião para a conscientização da |

| | | |
|--------------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento (acolhimento) | <p>comunidade. Patrulhamento.</p> |
| ACS 5 | <ul style="list-style-type: none"> • Droga; • Saneamento; • Criminalidade. • Atendimento(acolhimento) | <p>Ações educativas com a participação da comunidade, eleger um líder comunitário efetivo. Patrulhamento.</p> |
| ACS 6 | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de saneamento; • Infraestrutura da unidade de saúde. • Demora nos agendamentos de exames. • Acolhimento | <p>Reuniões e palestras com a comunidade. Eleger um líder comunitário para a elaboração de projetos, visando a melhoria da infraestrutura.</p> |
| ACS 7 | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de lazer; • Droga; • Gravidez na adolescência. • Acolhimento | <p>Reuniões e palestras com a comunidade. Eleger um líder comunitário para a elaboração de projetos, visando a melhoria da infraestrutura.</p> |

6.3 Síntese das entrevistas com os informantes chave, 2012

| NOME | PROBLEMAS | SUGESTÕES |
|---|--|--|
| <p>J.A.I DN:20/08/39 EX PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO DE BAIRRO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de saneamento básico e • área de lazer; • Infraestrutura da unidade; • Droga; | <p>Ações educativas com a participação da comunidade, eleger um líder comunitário efetivo.</p> |
| <p>R.A.S DN:18/12/69 LIDER COMUNITARIO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de lazer; • Falta de escolas com período integral. • Lixo a céu aberto | <p>Intervenção da comunidade em um projeto para construir praças de lazer e levar projetos à prefeitura que se referem à pavimentação,</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | | colocação de caçambas. |
| M.L.C.P DN:24/09/70 PASTOR | <ul style="list-style-type: none"> • Saneamento básico; • Falta de lazer; • Área de encostas • Atendimento (acolhimento) | Criar um espaço para ocupar o tempo e para a prática de esportes, palestras educativas, construção de área de lazer. Fornecer moradias em áreas que não sejam de risco. |
| S.P.D DN:18/03/70 PASTORA | <ul style="list-style-type: none"> • Droga; • Gravidez na adolescência. • Atendimento da recepção (acolhimento) | Reunião para a conscientização da comunidade, palestras educativas nas escolas. |
| G.R.M.S DN:18/09/61 MERCADORA | <ul style="list-style-type: none"> • Droga; • Saneamento; • Criminalidade. • Área de lazer • Acolhimento | Ações educativas com a participação da comunidade, eleger um líder comunitário efetivo, patrulhamento, construção de área de lazer. |
| S.A.P DN:09/09/85 FUNCIONÁRIA DA CRECHE | <ul style="list-style-type: none"> • Drogas • Gravidez na adolescência • Área de encostas onde já ocorreu desabamento • Lixo a céu aberto • Atendimento(recepção) | Ações educativas com a participação da comunidade, Reunião para a conscientização da comunidade, palestras educativas nas escolas, caçambas. |
| S.C.A DN:24/11/79 MORADORA DO BAIRRO 18 ANOS | <ul style="list-style-type: none"> • Pavimentação • Rede de esgoto • Criminalidade • Recepção (acolhimento) | Elaboração de um documento, que contenha a assinatura do maior número possível de pessoas, para levar a prefeitura a necessidade de pavimentação e melhoria nas redes do bairro. |

O quadro apresenta o compilado dos quadros anteriores, ou seja, os resultados oriundos das pesquisas/entrevistas com 14 pessoas, sendo que sete agentes de saúde, que moram no bairro há mais de oito anos, e outras sete representantes da comunidade, que nasceram no bairro desde a sua fundação. Foram selecionados os problemas mais citados por eles por ordem quantitativa.

6.4 Observações ativa dos principais problemas identificados

Síntese das entrevistas e observações com ACS e informantes chave da comunidade

| PROBLEMA | INDICADORES | FONTES |
|-------------------------------------|-------------|-----------------------|
| Acolhimento (atendimento) | 10 | entrevista/observação |
| Saneamento/esgoto/Lixo a céu aberto | 9 | entrevista/observação |
| Droga | 9 | entrevista/observação |
| Área de lazer | 7 | entrevista/observação |
| Gravidez na adolescência | 5 | entrevista/observação |
| Infraestrutura da unidade | 3 | entrevista/observação |
| Criminalidade | 3 | entrevista/observação |
| Pavimentação | 1 | entrevista/observação |

Após a análise dos resultados, houve um primeiro momento onde a capacitação teórica dos profissionais envolvidos foi realizada, para assim poder diferenciar triagem de acolhimento e responder as dúvidas dos mesmos quanto ao acolhimento. Posteriormente, em uma reunião após a capacitação foi acordado uma escala entre os agentes comunitários de saúde onde, uma vez na semana, eles usariam um colete com o slogan “Posso te ajudar” e se colocariam na entrada da unidade de saúde para sanar dúvidas e direcionar pacientes deslocados dentro da Unidade. Foi acordado que nenhum usuário poderia voltar para casa sem ter um atendimento por parte de qualquer um dos funcionários da equipe. Também foi colocada na recepção uma caixa de sugestões, que ao final de cada semana era aberta e discutida com toda equipe.

6.5 Plano de ação propriamente dito

Conforme mencionado anteriormente, os nós críticos apontados pelos ACS e informantes chave da comunidade deram origem às oficinas e busca de conhecimento de como os usuários percebem o acolhimento, semanalmente, com vistas à melhoria deste acolhimento.

Desenho de operações para os nós críticos relacionados ao problema “acolhimento”

| Nó crítico | Operação/ Projeto | Resultados esperados | Recursos necessários | Respon sável | Prazo |
|--|----------------------------------|---|--|----------------------|---------------|
| Falta de clareza do que seja acolhimento/triagem | Oficina 1 | Membros da equipe de saúde com conhecimento a respeito de acolhimento /triagem e suas ferramentas de ação | Papel craft, pinceis e canetas | Enfermeira da equipe | 15 dias |
| Acolhimento e seus fundamentos | Oficina 2 | Membros da equipe de saúde com conhecimento a respeito de acolhimento /triagem e suas ferramentas de ação | Papel craft, pinceis e canetas Caderno do Ministério da saúde “Humaniza SUS | Enfermeira da equipe | 30 dias |
| Usuários sem saber para onde se dirigirem quando chegam à unidade | Oficina 3 | Todos os ACS capacitados para o encontro efetivo com os usuários e conscientes do que significa do “Posso ajudar” | Papel craft, pinceis e canetas. Camiseta Posso ajudar | Enfermeira da equipe | Indeterminado |
| Desconhecimento do pensar dos usuários a respeito da recepção na unidade | Conhecendo o pensar dos usuários | Busca de solução para os nós críticos apontados pelos usuários | Caixa forrada e com abertura para receber sugestões | Equipe de saúde | Indeterminado |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento é um dispositivo indispensável para o funcionamento do atendimento qualificado na Atenção Básica à Saúde. De acordo com a revisão bibliográfica realizada, percebe-se que há uma defasagem na organização dos atendimentos prestados pelas unidades básicas de saúde, devido ao quadro incompleto de funcionários e espaços para a realização dos atendimentos, além da falta de materiais e investimentos em infraestrutura e equipamentos necessários para a realização dos mesmos.

O compromisso com o acolhimento das demandas e necessidade dos usuários e a constituição de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde são princípios indispensáveis em um projeto de humanização em saúde.

Para que se efetive o acolhimento nos trabalhos desenvolvidos na saúde e principalmente nos PSFs, é necessário organizar as unidades de saúde com os princípios de responsabilidade territorial, a descrição de clientela, vínculo com responsabilização clínico-sanitária, trabalho em equipe e gestão participativa, além da educação continuada, entendendo-se o acolhimento como prática essencial ao exercício profissional em saúde.

Essas medidas podem propiciar a construção de vínculos entre todos os trabalhadores, entre usuários e usuários e entre estes e os trabalhadores de saúde. É de suma importância que se amplie a qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, de modo a estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade, bem como o reconhecimento e a atuação em problemas de saúde de natureza aguda ou relevante para a saúde pública.

De acordo com a cartilha PNH (BRASIL, 2008), a elaboração de protocolos, sob a ótica da intervenção multi e interprofissional na qualificação da assistência, legitima a inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência na identificação de risco e definição de prioridades, contribuindo, assim, para a formação e o fortalecimento da equipe.

O acolhimento é responsável pela entrada do usuário ao atendimento à saúde e é um dispositivo de aproximação do usuário com o profissional de saúde. Onde estará sendo feito um pré - atendimento e evitando o acúmulo de demanda reprimida.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Ruben de Mattos. A integralidade na prática ou a prática da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**. v.20, n.5. Rio de Janeiro: UERJ. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultas Profissionais (CBO)**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp>. Acesso em: 15 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF, 2004. Acesso em: 01 ago. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. Material de Apoio. Documento base para gestores. 3ª ed. Brasília, 2006. Acesso em: 07 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2. ed. Brasília, 2008. Acesso em: 15 abr 2012.

BUFFON, Marilene da Cruz M; RODRIGUES, Cathleen Kojo. A saúde da família como enfoque estratégico para a organização da atenção primária em saúde. *Visão Acadêmica*, Curitiba, v.6, n.2, Jul. - Dez./2005.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, A. M. Planejamento e avaliação das ações de saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.837-68.

ESMERALDO, Geordany Rose de Oliveira Viana et al. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, 2008.

FARIA et.al. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde** 2 ed.- Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010.

FERREIRA, Jaqueline. O Programa de Humanização da Saúde: Dilemas entre o Relacional e o Técnico. **Saúde e Sociedade**. v.17 n.4, out./dez. 2008.

FERREIRA, Aurélio B. de Holanda. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p.12, 2000.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L. Descrição e análise de “acolhimento”: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.38, n. 2, p. 143, 2004.

FRANCO, T. B., 1997. **Acolhimento: Diretriz do Modelo Tecno-Assistencial em Defesa da Vida**. Trabalho apresentado à Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul, Fundação Oswaldo Cruz.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo 2010. Brasília. 2010.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MALTA, D.C.; CECILIO, L.C.O.; MERFHI, E.E.; FRANCO, T.B, JORGE,A.O.; COSTA, M;A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **C S Col**. v.7, n.1, p.61-66, 2004

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec,p.60-117, 1994.

NASCIMENTO, Camila Cristina Pires et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 746-51, 2008.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMÓTEO Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB. Prefeitura Municipal de Timóteo, Minas Gerais, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMÓTEO Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB Prefeitura Municipal de Timóteo, Minas Gerais, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMÓTEO. **Informações do Município.** Disponível em: <<http://www.timoteo.mg.gov.br/pagina/index.php?> Acesso em: 18 set. 2012.

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. **Cad. Saúde Pública.** v. 19, N. 1, P. 27-34, 2003

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. As políticas de saúde e a humanização da assistência **Rev. bras. enferm** . v .55, n.2, p. 196-199, 2002

TRAD, Leny Alves Bomfim,. DESLANDES, Suely F. "**Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica.**" *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro. Fiocruz. (2006).