

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

**VANESSA APARECIDA FREITAS CARVALHO**

**INTERVENÇÃO SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO ATRAVÉS  
DO ACOLHIMENTO NA EQUIPE JOTA EM BRUMADINHO/MG**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2015**

**VANESSA APARECIDA FREITAS CARVALHO**

**INTERVENÇÃO SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO ATRAVÉS  
DO ACOLHIMENTO NA EQUIPE JOTA EM BRUMADINHO/MG**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Virgiane Barbosa de Lima

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2015**

**VANESSA APARECIDA FREITAS CARVALHO**

**INTERVENÇÃO SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO ATRAVÉS  
DO ACOLHIMENTO NA EQUIPE JOTA EM BRUMADINHO/MG**

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

Orientador Prof.<sup>a</sup>: Virgiane Barbosa de Lima

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Prof.<sup>a</sup> Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu esposo e meus pais pelo apoio e carinho.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos que contribuíram para a realização deste trabalho, fica expressa aqui a minha gratidão, especialmente:

À Deus em primeiro lugar.

Ao meu esposo e meus pais pelo apoio e carinho incondicional.

À Professora Virgiane Barbosa de Lima, pela orientação, pelo aprendizado e apoio em todos os momentos necessários.

Aos meus colegas de classe, pela rica troca de experiências.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para esta construção.

## **RESUMO**

A reorganização do processo de trabalho representa um importante instrumento de humanização da atenção à saúde na medida que possibilita ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. O presente estudo aborda a temática intervenção sobre o processo de trabalho através do acolhimento. Utiliza-se como metodologia a revisão de literatura que subsidiou a elaboração de uma proposta de intervenção por meio do método de Planejamento Estratégico Situacional. Seu objetivo foi reorganizar o processo de trabalho através da sensibilização aos profissionais da equipe da área de abrangência do PSF Jota em Brumadinho, Minas Gerais. Conclui-se que o acolhimento possui diferentes olhares e conceitos a serem aplicados e não sendo tarefa fácil de se realizar espera-se implantar na unidade em curto tempo.

**Palavras-Chaves:** Atenção Primária a Saúde. Acolhimento. Processo de Trabalho

## **ABSTRACT**

The reorganization of the work process represents an important instrument of humanization of health care as it allows expansion of user access to health services. The present study addresses the thematic intervention on the work process through the host. It is used as the methodology literature review that guided the development of a proposal for intervention via the Situational strategic planning. Its aim was to reorganize the work process by sensitizing the professionals of the PSF Jota area in Brumadinho, Minas Gerais. It is concluded that the host has different looks and concepts to be applied and not an easy task to accomplish is expected to deploy in the unit in a short time.

**Keywords:** Primary health attention. Greeting. Work process

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente comunitário de Saúde

CEESF - Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa de Saúde da Família

RMBH – Região Metropolitana de Belo Horizonte

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>15</b>
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>16</b>
<b>4 MÉTODOS .....</b>	<b>17</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Brumadinho é um município brasileiro cuja população é de 37314 habitantes, que habita uma área de 639,434 km<sup>2</sup>. Localizado no estado de Minas Gerais, o município pertence à Região Metropolitana de Belo Horizonte(RMBH). De acordo com o censo realizado pelo IBGE em 2014, sua população era de 37.314 habitantes. Seu nome se deve ao fato de o local estar próximo à antiga vila de Brumado Velho, que por sua vez foi assim denominada pelos bandeirantes pela presença das brumas característica de toda a região montanhosa onde está situado o município, especialmente no período da manhã. Os desbravadores da região do Espinhaço Meridional, que atualmente está situado o município eram bandeirantes paulistas, que chefiados por Fernão Dias Paes Leme, fundaram inicialmente um núcleo de abastecimento da bandeira, pousos de repouso de tropas e lugar de levantamento dos mantimentos. De ponto de abastecimento de víveres, passou a pequeno arraial de mineradores (IBGE, 2014).

O município tem suas atividades econômicas voltadas para a mineração, produtos agro industriais e turismo que são bastante significativos para o Estado de Minas gerais. Além disso, está organizado em 14 regiões administrativas e 23 bairros, fazendo limites com as cidade: Ibirité, Sarzedo, Mário Campos, São Joaquim de Bicas, Igarapé, Itatiaiuçu, Rio Manso, Bonfim, Belo Vale, Moeda, Itabirito, Nova Lima e Belo Horizonte. Outro ponto importante da economia de Brumadinho é que além da proximidade do mercado de trabalho de Belo Horizonte, que é onde a população de alta renda trabalha sendo possível para a mesma residir nos condomínios horizontais do município. Além disso, o turismo oferecido em Brumadinho pela beleza natural da região, caracterizada por montanhas, mananciais, vegetação bem preservada e clima mais frio, várias opções gastronômicas e restaurantes de alto padrão, campestres ou localizados nos condomínios promovendo vagas para trabalho.

Em relação ao saneamento básico, no município o abastecimento de água é fornecido pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais COPASA sendo que 36% de recolhimento de esgoto ocorre por rede pública.

Embora Brumadinho tenha boa localização e fazendo parte da RMBH, no setor saúde, sua estrutura encontra-se relativamente inadequada, como por exemplo nos atendimentos de urgência, não existe ambulância de prontidão, além do município não ser contemplado pelo serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O Sistema

Municipal de Saúde atualmente conta com o Programa Saúde da Família (PSF) somando 14 equipes de saúde e 23 pontos de apoio, organizados como uma rede de serviços e funcionando de forma integrada onde uma unidade ou serviço complementa o trabalho de outra unidade.

O Programa de Saúde da Família(PSF) Jota é uma das equipes que completam as 14 equipes de saúde da família que prestam serviços à população de Brumadinho e tem seu endereço próximo ao Centro da Cidade, no bairro Jota, número 200 e presta atendimento a 3500 famílias. A equipe é composta por 02 médicos, 02 enfermeiros (01 do próprio município e outro do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) desde marco de 2014), 03 técnicos em enfermagem, 02 auxiliares de enfermagem, 02 auxiliares administrativos, 01 auxiliar de serviços gerais e 07 Agentes Comunitários de Saúde. Assim, o PSF Jota e as demais equipes de saúde da família funcionam de forma integrada onde uma unidade ou serviço complementa o trabalho de outra unidade. O laboratório de análises clínicas, por exemplo, fica localizado na policlínica e complementa o trabalho das unidades de saúde realizando exames solicitados pelos profissionais. Quando o exame não é realizado no laboratório citado, o mesmo é agendado em outro laboratório conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Brumadinho em atividade complementar. Já o serviço de raio X do hospital da cidade atende a todas as unidades de saúde. Quando um profissional da Equipe de Saúde da Família vê a necessidade de uma consulta ou exame especializado para complementar o cuidado de um paciente ele solicita esta consulta ou exame que é realizado em outras unidades de saúde. Os serviços de vigilância à saúde realizam ações de prevenção e promoção da saúde e complementam as ações curativas realizadas pelas unidades de saúde. O serviço de urgência e emergência atende os casos mais graves encaminhados pelas unidades de saúde ou que o cidadão procura diretamente.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é constituído por uma equipe de profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam em conjunto com as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2012). Em Brumadinho, o NASF presta assistência às equipes de Saúde da Família sendo formado por profissionais de educação física, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, entre outros. Os atendimentos são realizados nas Unidades de Saúde da Família (USF) de acordo com um cronograma acordado entre a equipe do NASF e as equipes do PSF. O CAPS é destinado a adultos portadores de transtorno mental (psicoses, neuroses graves e demais quadros). Este centro

oferece tratamento psiquiátrico, psicológico, farmacêutico e assistência social, além de atendimentos de permanência-dia, quando necessário. O ambulatório CAPSAD atende à clientela de usuários crônicos de álcool e outras drogas; egressos de hospitais por complicações devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas; pacientes em crise psiquiátrica desencadeada por uso de álcool e outras drogas; Pacientes com severas perdas dos vínculos sociais, familiares e de trabalho; Crianças e adolescentes em situação de dependência e em risco pessoal e social no município de Brumadinho.

O Sistema de Referência e Contra referência é realizado para atendimentos especializados e de urgência solicitados pelas equipes de saúde da família e são realizados através da Policlínica. Esta, oferece tratamentos especializados, realização de exames (ultrassonografia, eletrocardiograma, exames laboratoriais, exames oftalmológicos básicos e exames odontológicos), distribuição de medicamentos especiais, assistência social e vacinação.

O PSF Jota passou por uma avaliação institucional e assistencial, onde ocorreu aplicação de um questionário com o intuito de descobrir as necessidades de melhorias dos trabalhos prestados pela equipe à população. Como atividade da disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF), oferecido pelo NESCON, foi aproveitada a oportunidade de aplicar o conteúdo da disciplina e através da realização da análise situacional no território da equipe Jota, percebeu-se alguns problemas de saúde como os problemas cardiovasculares, respiratórios, doenças mentais e drogas ilícitas. Tendo sido feita a observação ativa daquele território, notou-se ainda a presença que de vários dos problemas intermediários estavam relacionados à falta de intervenções em situações consideradas modificáveis, como por exemplo atividades de prevenção. Um exemplo é o número significativo de pessoas com pressão arterial descompensada que são atendidas no cotidiano da equipe de saúde e que embora tenham sido atendidas pelo médico da equipe e suas prescrições realizadas, não existe melhoria na situação de saúde daquele usuário. Observa-se que não estão sendo consideradas as opiniões de profissionais de saúde de grande importância para a equipe de saúde que é a orientação do farmacêutico, envolver este usuário nos trabalhos de grupos, avaliação nutricional, física, etc.

Outro aspecto observado na análise situacional, foi que a equipe Jota vem valorizando o modelo biomédico e o usuário que chega à unidade é acolhido por um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. O médico escuta as necessidades do

usuário e procura resolver seus problemas centrados apenas na patologia apresentada e não no indivíduo como um todo, enquanto os outros profissionais envolvidos não tem oportunidade de exercer atividades de prevenção, orientação medicamentosa, monitoramentos variados, conferir cartão de vacina, realizar exames preventivos, dentre outras, além disso, não se verifica nenhum tipo de classificação de risco. Como consequência, a equipe trabalha exaustivamente tentando resolver a demanda espontânea e o resultado são longas filas demandando consultas médicas, sendo algumas desnecessárias resultando em vários usuários sem o devido cuidado e portanto insatisfeito com o serviço prestado. Assim, observando os vários problemas encontrados, a equipe selecionou como primeiro problema a ser enfrentado a falta da prática do acolhimento como foco de intervenção, uma vez que neste momento seria problema de maior relevância para o PSF Jota. Através da análise da governabilidade sobre o problema, foi possível pensar nesta intervenção baseada no que é preconizado pelo Ministério da Saúde, e que o produto seria a transformação do processo de trabalho através do acolhimento ideal a fim de melhorar a realidade local em benefício ao usuário.

Diante do maior problema enfrentado pela equipe Jota, proposto um projeto de intervenção baseado na criação de um plano de ação para garantir melhor assistência aos usuários, com uma proposta que ainda não são desenvolvidas pela equipe na tentativa de modificar e enfrentar o maior problema encontrado naquele território (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Embora exista resistência por parte de alguns funcionários em relação à esta proposta, observou-se que parte significativa dos profissionais estão ávidos pela transformação desta realidade. É importante considerar a visão de todos, inclusive dos agentes comunitários de saúde (ACS), uma vez que atores importantes no processo de trabalho e finalmente todos devem participar da roda de conversa na tentativa de resolver os problemas. Com isso a apresentação desta proposta visou sensibilizar todos os funcionários PSF Jota a melhorar a qualidade do acolhimento e reorganização do processo de trabalho da equipe com estabelecimento de vínculo entre estes profissionais de saúde e usuários.

Conforme o Ministério da Saúde, (Brasil, 2009) a prática do acolhimento é de extrema relevância, pois constitui uma tecnologia fundamental para a reorganização do processo de trabalho, possibilitando exercer um serviço efetivo com otimização das atividades, garantindo a humanização do atendimento e a resolutividade das ações

desenvolvidas, proporcionando aos usuários uma resposta imediata à sua demanda no momento em que procura o serviço de saúde. Dessa forma, espera-se que equipe do PSF Jota tentem obter um novo olhar para o acolhimento produzindo uma assistência mais humanizada modificando a ideia de que o acolhimento é uma consulta médica.

Com a reorganização do processo de trabalho a transformação da relação profissional-usuário, no sentido de efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS) como política em defesa da vida, garantindo assim, a equidade e integralidade da atenção.

A escolha do tema se deu com o início do Programa Saúde na Escola em marco de 2014 onde constatou-se o convívio diário com as falhas no acolhimento e suas consequências para o usuário e para os funcionários envolvidos.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Justifica-se a escolha do tema deste trabalho, pela ausência do acolhimento e organização do serviço que se apresenta com baixa resolutividade e eficácia na construção do cuidado, na tentativa de garantir melhorias em relação ao atendimento dos usuários adscritos à Equipe de saúde da Família Jota, localizada no município Brumadinho/MG.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar uma proposta de intervenção visando reorganizar o processo de trabalho através do acolhimento na área de abrangência do PSF Jota em Brumadinho, Minas Gerais.

## **4 METODOLOGIA**

Trata-se de uma proposta de intervenção sobre o processo de trabalho através do acolhimento, na ESF Jota, no município de Brumadinho/MG. O trabalho foi estruturado a partir de Revisão da Literatura, e pela utilização do método de Planejamento Estratégico Situacional(PES), estudado no módulo de Planejamento e avaliação das Ações em saúde do Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família(CEESF). Além disso, foi realizada a análise situacional da área de abrangência da equipe, sendo possível conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas relacionados à saúde e enfrentados pela ESF. Para enfrentar o problema foram planejadas algumas estratégias, baseadas nos dados que foram observados nos registros da unidade, entrevistas e observação ativa da comunidade na tentativa de transformar o processo de trabalho visando o acolhimento, para melhorar a assistência.

A Revisão da Literatura envolveu trabalhos sobre o tema de interesse, procurando contextualizar o problema através dos descritores: Atenção primária a saúde, acolhimento e processo de trabalho nos portais Medline, Scielo e documentos do Ministério da Saúde na língua portuguesa e com datas recentes.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para sentir-se acolhido o usuário deve estar confortável, seguro e amparado pela instituição existindo oportunidade de se expressar e manter sua autonomia. Para isto, a equipe de saúde deve reorganizar seu processo de trabalho, evitando ações centradas no modelo biomédico tornando-se apta para acolher (SCHNEIDER et. al., 2008). De acordo com Nascimento et. al.(2008) a proposta do acolhimento, aparece como alternativa para antigos problemas relacionados ao acesso aos serviços de saúde pública no Brasil, embora diante de vários avanços e conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma tecnologia voltada para reorganização dos serviços de saúde visando o acesso universal e atendimento humanizado, através da escuta de todos os pacientes, procurando resolver os problemas de saúde daquele usuário. Além disso, a descentralização do atendimento até então centrada no profissional médico, passa a ser de toda a equipe aumentando a oferta de serviços, evitando problemas decorrentes da organização de serviços de saúde, cujo atendimento é realizado pela marcação de consultas em dias específicos, com a formação de filas, sem avaliação de potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento.

O acolhimento é capaz de modificar o processo de trabalho, pois, reorganiza o serviço na Unidade de saúde e a assistência deixa de ser feita somente pelo médico e passa a ser feita pelos demais profissionais da equipe. e o acolhimento passa a ser o centro da atividade no atendimento aos usuários, pois, novas tecnologias e conhecimento para a assistência, "na escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela população usuária dos serviços da Unidade"(FRANCO et. al., 1999). Assim Schneider et. al.(2008), em seu trabalho considera que:

[...]O relacionamento interpessoal entre os trabalhadores da saúde e paciente/família deve ser considerado na sua totalidade, pois o estado emocional destes pode, na maioria das vezes, estar tão comprometido quanto o seu físico. É necessário que os trabalhadores da saúde demonstrem não só os conhecimentos técnicos e científicos mas, também, habilidade e sensibilidade ao lidar com situações de sobrecarga emocional, o que requer solidariedade. Usar tais ferramentas seria colocar em prática as tecnologias relacionais, ou seja, responsabilizar-se pelo outro, pelo cuidado humanizado.

Seguindo ainda as ideias de Brasil (2006), dentro da política proposta pelo Ministério da Saúde, o acolhimento é incluído como uma das responsabilidades da equipe de saúde da família, a qual deve implementar esta prática como uma diretriz do SUS, sendo portanto, fundamental na organização do processo de trabalho em saúde.

Para Medeiros (2010), inserido no contexto de integralidade, o acolhimento surge como uma diretriz operacional que consiste em: atender todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, garantido a acessibilidade universal assumindo a função de acolher, escutar dando uma resposta positiva que responde a necessidade do usuário; reorganizar o processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para a equipe que realiza o acolhimento, sendo este voltado à escuta e resolução do problema do usuário, neste sentido Fracoli e Zoboli (2004), afirmam que “a consulta médica é requisitada só para os casos que ela se justifica”, ou seja, quando está fora da área de atribuição ou não é de competência do profissional que está no acolhimento naquele instante. Já Shimith e Lima (2004) descrevem que,

[...] a demanda única para o médico, de atendimentos clínicos, contribui para a falta de acesso e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe. A pouca movimentação na unidade quando o médico está ausente, confirma esse achado, o que caracteriza o modelo médico hegemônico, consequência da organização do processo de trabalho que direciona a demanda clínica para o médico na unidade básica.

Fracoli e Zoboli em 2004 enfatizaram que nos serviços de saúde, o acolhimento sido considerado como um processo de relações humanas, pois todos os trabalhadores da equipe de saúde e em todos os setores do atendimento devem estar aptos a realiza-lo, onde além do ato de receber, realiza as etapas do processo de trabalho em saúde, invertendo a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde.

O acolhimento deve ocorrer em todos os espaços do serviço, mediante a uma atitude ética dentro de uma perspectiva à atenção integral. Portanto cabe ao profissional de saúde prestar uma assistência humanizada, preocupando - se com o indivíduo como um todo e não visando apenas a doença, isto independe do local que ocorra o encontro entre profissional usuário (BRASIL, 2004 apud ESMERALDO et. al., 2009). Assim, o processo de trabalho em saúde precisa ser estruturado de forma a garantir a resolutividade das ações desenvolvidas pela equipe, visando a satisfação do usuário, com organização e articulação entre os profissionais da equipe, para se alcançar os objetivos desejados (FARIA et. al., 2009).

O trabalho da equipe de saúde para atender um grande número de usuários que vivem em um território, por vezes dispersos e outras concentradas numa região deve ser conjunto e colaborativo envolvendo todos os membros da equipe, onde cada irá exercer seu trabalho específico. Quando se fala das atribuições de todos os profissionais e do ponto de vista organizacional, integrantes da equipe devem participar do processo de territorialização, identificando situações de risco e vulnerabilidades, realizando busca ativa

e notificando doenças e agravos de notificação compulsória; cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde do grupo populacional da área de abrangência, de forma inter disciplinar, com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada, para planejamento e avaliação das ações. Além disso o acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos com efetivação do vínculo entre a equipe e os usuários sendo realizado além do âmbito da Unidade de Saúde, como nos domicílios ou em diferentes locais do território, complementando o cuidado. O serviço prestado deve ser efetivo, garantindo ao sujeito ao qual se prestou o serviço, que posteriormente venha ser capaz de gerir sua forma de conduzir sua vida e a de sua família, de forma autônoma e saudável. Para isto, devem ser propostas ações educativas, capazes de interferir no processo de saúde-doença incentivando a mobilização e à participação da comunidade, a fim de efetivar o controle social (BRASIL, 2011; BASTOS, 2006; NASCIMENTO et al., 2008). Outra afirmativa é obtida na cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS:

[...]O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, 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 (BRASIL, 2010, p. 21).

De acordo com Medeiros et al., (2010) o ato de acolher tem seu início no primeiro instante de contato entre as pessoas. Trata-se de uma relação de escuta, atenção e respeito ao prestar e receber o serviço, resultando em troca de saberes e passíveis de mudanças, de acordo com a necessidades de cada usuário. Assim, o "acolhimento pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade a partir de uma escuta qualificada que permita identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário "(MACHADO, 2005 apud SHOLZE et al., 2006; BRASIL, 2006).

Reforçando a fala dos autores, o trabalho de Solla, em relação ao acolhimento observa que:

[...]a incorporação da proposta de 'acolhimento' pode contribuir para uma efetiva responsabilização clínica e sanitária por parte do sistema de saúde e construir

vínculos entre usuários e trabalhadores. Isso implica em incorporar esta diretriz na construção das políticas de saúde, na implantação dos sistemas municipais de saúde, viabilizando os diversos pontos de atenção e recursos tecnológicos adequados na rede básica, na rede de urgência/emergência, nas unidades ambulatoriais especializadas (de acesso direto e de acesso mediado por centrais de regulação), na rede Hospitalar, implantando centrais de regulação e serviços de apoio terapêutico e social, e constituindo e fortalecendo espaços de controle social (SOLLA, 2005, p. 497).

Acolher o usuário numa unidade de saúde é diferente da triagem, pois neste caso, o usuário é encaminhado para cuidados médicos após a identificação de uma queixa pontual. Assim, a Cartilha da PNH Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco traz que:

[...]O acolhimento como dispositivo tecnoassistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2004, p. 24)

A triagem é uma técnica utilizada para filtrar o atendimento e reduzir a demanda da unidade de saúde, sendo utilizados somente critérios técnicos e se ao utilizar determinado artefato clínico associado a subjetividade e o contexto do usuário, conseguido através de uma escuta qualificada, passa-se a exercer acolhimento (ESMERALDO et al., 2009; SILVA, ALVES, 2008).

Nascimento et al., (2008), descreve que embora existam avanços e conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS) além da criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ainda é possível, observar problemas decorrentes da forma de se organizar por parte dos serviços de saúde, onde o usuário é atendido "mediante à marcação de consultas em dias específicos, com a formação de filas, em não há qualquer tipo de avaliação de grau de risco" (NASCIMENTO et al., 2008. p. 32).

Silva, Alves (2008) descrevem que parte do acolhimento ocorre quando o usuário ao procurar o serviço de saúde, este deve expressar suas necessidades e queixas e sendo ouvido pelo profissional técnico, este estabelecerá diagnóstico após agrupar as queixas conforme seu campo de atuação. Se o problema for resolvido dentro de sua área de atribuições, traça-se o plano terapêutico ou assistencial e em seguida se avaliam os resultados. Caso contrário o profissional responsável pelo usuário deve optar pelo

encaminhamento adequado deste indivíduo. Por outro lado, na realidade dos serviços de saúde, os usuários procuram as instituições buscando resolver seus problemas, não vem encontrando a valorização das suas queixas por alguns profissionais, que ainda possuem posturas de “detentores do saber”, não consideram que o usuário traz conhecimentos a respeito da sua própria saúde, estimulando o usuário a perder sua autonomia. Por este motivo. À capacitação da equipe multiprofissional para implantar o acolhimento faz -se necessária nos níveis nível de atenção primária, secundária ou terciária a fim de resolver os problemas de forma ideal.

O "Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde"(ROSA e LABATE, 2005, p.1028). Ainda para as autoras a busca de novos modelos de assistência se deve ao modelo hospitalocêntrico que passou a não atender mais necessidade de mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente o mesmo ocorreu com as necessidades de saúde das pessoas. O PSF apresenta-se como a nova maneira de trabalhar a saúde cujo foco é a família e não somente o indivíduo doente, surgindo então nova maneira de se prestar o cuidado através de intervenções em saúde com ações preventivas baseadas em um novo modelo de atenção (ROSA e LABATE, 2005).

Conforme o trabalho de Carneiro et al (2008) o SUS foi desenvolvido sobre os pilares da universalidade, equidade, igualdade e descentralização, priorizando ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.

Silva (2008) afirma que a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios: a universalidade que declara que todo indivíduo tem direito ao atendimento, independente de status, condições econômicas, sociais ou religiosas; a equidade enfoca que os serviços de saúde devem considerar cada indivíduo como único, pois cada indivíduo vive de forma diferente, possui problemas específicos, tem diferença no modo de viver e de adoecer, portanto necessita de uma assistência individualizada; a integralidade que se baseia que o atendimento deve ser feito para saúde do indivíduo não somente para sua doença, e as ações de promoção, prevenção, e reabilitação formam um conjunto indivisível, não podendo ser compartimentadas. Assim, Carneiro et al., em seu trabalho considera que,

[...]No entanto, as políticas públicas não vêm favorecendo de modo efetivo, o estabelecimento de um modelo de atenção integral, mas vêm contribuindo para a disseminação da ideia de que a saúde se concretiza, exclusivamente ou prioritariamente, mediante o acesso a serviços, em especial ao tratamento médico, resultando conseqüentemente, numa assistência baseada em ações

curativas e, portanto, quando a doença já está instalada (POLIGNANO, 2007 apud CARNEIRO et al, 2008).

Para proporcionar o cuidado, (Teixeira, 2002 apud Solla, 2005, p. 496) afirma que a identificação dos limites dos modelos de atenção à saúde hegemônicos no Brasil e de experiências que têm buscado sua superação e a construção de intervenções que concretizem os princípios e diretrizes do SUS. E ainda de acordo com o mesmo autor, a saúde da família tem se configurado como a principal estratégia impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS e que apesar das dificuldades encontradas, principalmente nos grandes centros urbanos, tem demonstrado grande potencial de fortalecer a implantação do acolhimento na rede básica.

O SUS no Brasil, mesmo após aproximadamente 17 anos de existência ainda se encontra em construção, onde a assistência à população segue modelos de promoção, proteção e recuperação da saúde e para se tornar efetivo, depende da eficiência e eficácia dos trabalhos prestados (SILVA; ALVES, 2008).

Ayres mostra que “o PSF em sua atual concepção foi criado no país na década de 1990, inspirado em experiências advindas de outros países como Cuba, Inglaterra e Canadá onde a saúde pública alcançou níveis interessantes de qualidade de vida”. (AYRES et al, 2006, p.308).

[...]O Ministério da Saúde propôs o PSF como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial a partir da organização da atenção básica, apostando no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população (AYRES et al, 2006).

Carneiro em seu trabalho considera que, “o PSF tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde, de forma integral e contínua levando-as para mais perto da família, e com isso melhorar a qualidade de vida dos brasileiros”. (BRASIL, 2004 apud CARNEIRO, et al, 2008, p. 359)

Monteiro (2009), afirma que o atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório) na unidade de saúde ou nos domicílios. Assim, “essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos da saúde dos indivíduos da família e da comunidade”. (MONTEIRO et al, 2009).

Além disso, o autor supracitado ainda afirma que as formações do vínculo entre os profissionais da unidade básica e usuários garantem laços de confiança no trabalho dos profissionais junto ao usuário representando ferramenta indispensável ao PSF.

[...]No Programa de saúde da Família, temos a família e a comunidade como porta de entrada deste sistema, cuja capacidade se propõe a cuidar da população e não somente da doença, assegurando a construção de um modelo assistencial que priorize a cidadania de todos, intersetorial, universal, equitativo a todos os níveis necessários à atenção integral à saúde da família. (CARNEIRO et al, 2008).

## **6 PLANO DE AÇÃO**

### **Primeiro passo: definição dos problemas**

Antes de propor um planejamento de uma ação, é necessário identificar o problema que se pretende enfrentar. Assim, um problema pode ser descrito pela insatisfação de um ator em relação ao componente da realidade que ele quer e pode modificar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após a análise situacional no território da equipe Jota em Brumadinho, foi possível identificar alguns problemas, dentre eles: O alto índice de demanda espontânea; Risco cardiovascular; Doenças mentais e Processo de trabalho da equipe insuficiente para resolver os problemas dos usuários, incluindo aqui o acolhimento.

### **Segundo passo: priorização de problemas**

Através do trabalho na equipe Jota e a observação direta da ESF Jota, foi possível diagnosticar alguns problemas relacionados tanto ao acolhimento dos problemas dos usuários adscritos quanto a prevalência de doenças que acomete os usuários na área de abrangência. Assim, considerando a relevância do problema, urgência em resolvê-lo e capacidade de enfrentamento pela equipe, foi selecionada a ordem de prioridade para resolver ou minimizar os problemas expostos.

Dessa forma, após analisar todos os problemas observados na ESF Jota, a falta da prática do acolhimento foi escolhido como o primeiro problema a ser enfrentado em decorrência de sua urgência, importância e capacidade de enfrentamento pela ESF Jota.

O acolhimento é capaz de modificar o processo de trabalho, pois, reorganiza o trabalho na Unidade de saúde e a assistência deixa de ser feita somente pelo médico e passa a ser feita pelos demais profissionais da equipe e o acolhimento passa a ser o centro da atividade no atendimento aos usuários, pois, novas tecnologias e conhecimento para a assistência, "na escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela população usuária dos serviços da Unidade"(FRANCO et. al., 1999). Assim Schneider et. al.(2008, p. 84), em seu trabalho considera que:

[...]O relacionamento interpessoal entre os trabalhadores da saúde e paciente/família deve ser considerado na sua totalidade, pois o estado emocional destes pode, na maioria das vezes, estar tão comprometido quanto o seu físico. É necessário que os trabalhadores da saúde demonstrem não só os conhecimentos técnicos e científicos mas, também, habilidade e sensibilidade ao lidar com

situações de sobrecarga emocional, o que requer solidariedade. Usar tais ferramentas seria colocar em prática as tecnologias relacionais, ou seja, responsabilizar-se pelo outro, pelo cuidado humanizado.

<b>Classificação de prioridades para os problemas identificados na área de abrangência na equipe Jota em Brumadinho/MG</b>				
Principais problemas	Importância (Alta, média, ou baixa)	Urgência (0 a 10)	Capacidade de enfrentamento (Dentro, parcial ou fora)	Seleção (Ordem de prioridade)
Risco cardiovascular	Alta	5	Parcial	2
Doenças mentais	Média	5	Fora	3
Falta do acolhimento	Alta	8	Parcial	1
<b>Descritores do problema falta do acolhimento</b>				
Descritores	Valores		Fontes	
Acolhimento por dia	Média de 150 pessoas/dia		Registro da equipe	
Hipertensos	200		Registro da equipe	
Sobrepeso	55		Registro da equipe	
Sedentários	100		Registro da equipe	
Diabéticos	75		Registro da equipe	

### **Terceiro passo: descrição do problema selecionado**

O problema foi observado através dos registros da equipe Jota e principalmente durante a realização do serviço na equipe Jota, onde observou-se a falta do vínculo entre a equipe e os usuários alto volume de consultas médicas e consequente número de visitas domiciliares reduzido e senhas acomodando filas de espera. Para descrição do problema priorizado foi observado o processo de trabalho da equipe.

### **Quarto passo: explicação do problema**

A equipe Jota vem valorizando o modelo biomédico e o usuário que chega à unidade é acolhido por um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. O médico escuta as necessidades do usuário e procura resolver seus problemas centrados apenas na patologia apresentada e não no indivíduo como um todo, enquanto os outros profissionais envolvidos não tem oportunidade de exercer atividades de prevenção, orientação

medicamentosa, monitoramentos variados, conferir cartão de vacina, realizar exames preventivos, dentre outras, além disso, não se verifica nenhum tipo de classificação de risco. Como consequência, a equipe trabalha exaustivamente tentando resolver a demanda espontânea e o resultado são longas filas demandando consultas médicas, sendo algumas desnecessárias resultando em vários usuários sem o devido cuidado e portanto insatisfeito com o serviço prestado. Assim, observando os vários problemas encontrados, a equipe selecionou como primeiro problema a ser enfrentado a falta da prática do acolhimento como foco de intervenção, uma vez que neste momento seria problema de maior relevância para o PSF Jota.

#### **Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

Na equipe Jota, o processo de trabalho vem sendo alterado pelos seguintes "nós críticos":

- Demanda espontânea.
- Falta de escuta qualificada.
- Baixa resolubilidade dos problemas do usuário.

#### **Sexto passo: desenho das operações**

Depois de explicado o problema da falta do acolhimento na equipe e identificadas as causas consideradas as mais importantes, foram propostas alternativas e estratégias para o enfrentamento do problema, através da elaboração do plano de ação. Para isto o primeiro momento será caracterizado por reuniões com a equipe, discussão dos pontos principais a serem considerados e a dinâmica aplicada aos atendimentos na equipe a fim de atuar sobre o problema. Além disso, seria necessário buscar pedir ajuda do gestor no sentido de reorganizar espaços dentro da unidade, como uma nova sala para reunião com o usuário separada da sala de espera e finalmente faz-se necessária a capacitação dos elementos da equipe.

Desenho de operações para os nós críticos do problema falta de acolhimento na área de abrangência da equipe Jota em Brumadinho - MG				
Nós críticos	Operação	Resultados Esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Demanda espontânea	<b>"Posso ajudar?"</b> Receber o usuário; Informar e orientar sobre o trabalho da equipe.	Minimizar a fila, reduzir o tempo de espera; Reorganização da agenda incluindo visitas domiciliares em dia específico da semana no prazo de 6 meses	Equipe articulada para atender a fila. Abordagem inicial pelos elementos que trabalham na equipe; Enfermagem nas situações de urgência e classificação de riscos; Apoio dos profissionais do NASF com palestras no local;	Organizacional: para organizar as reuniões da equipe e os elementos para abordagem inicial Cognitivo: informação sobre um tema por dia Político: conseguir conversar com as pessoas e chamá-las pelo nome. Financeiro: para aquisição faixas para recados.
Falta de escuta qualificada	<b>" Como vai?"</b> Membros da equipe que chamam o usuário pelo nome em voz baixa e quando se tratar de assuntos particulares conversar sozinhos se na Unidade em sala reservada, se em	Melhorar o fluxo de informações sobre o usuário, procurando conhecer sua aflições, motivos e queixas.	Usuários que procuram a unidade e conseguem através do vínculo com a equipe expor suas queixas e necessidades; Encaminhamentos mais rápidos, exames agendados com maior precisão	Organizacional: organizar horários de reuniões com os pacientes Político: Evitar "marcar" acolhimento em determinada hora e acolhimento fazê-lo em todo o momento quando necessário Financeiro:

	visita domiciliar em local apropriado			Carões e cartilhas informativas com dicas de saúde.
Baixa resolubilidade dos problemas do usuário.	<b>"Ajudar"</b> Equipe em sintonia, onde cada um que receber um usuário souber onde levá-lo naquele momento para resolver seu problema/ Se não for impossível encaminha-los ao responsável	Reduzir as faltas em consultas especializadas avisando em duas vezes o usuário; Minimizar a fila e os assuntos administrativos serem tratados com a secretária; Resolver o máximo das demandas ao dia evitando mandar o usuário voltar no dia seguinte	Usuários informados do fluxo da equipe; usuário que tem seus problemas resolvidos o mais breve possível evitando voltar à unidade mais de uma vez para resolver o mesmo problema; Usuários informados sobre horários de comparecimento em consultas pelos membros da equipe	Político: Conseguir sensibilizar todos os profissionais da equipe; Financeiro: para realização dos avisos e formulários.

**Sétimo passo: identificação dos recursos críticos**

<b>Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento do problema falta de acolhimento na área de abrangência da equipe Jota em Brumadinho - MG</b>	
<b>Operação/projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
"Posso ajudar?" Receber o usuário; Informar e orientar sobre o trabalho da	Político: Organizacional: para organizar as reuniões da equipe e os elementos para abordagem inicial

equipe.	Financeiro: para aquisição faixas para recados.
<b>" Como vai?"</b> Membros da equipe que chamam o usuário pelo nome em voz baixa e quando se tratar de assuntos particulares conversar sozinhos se na Unidade em sala reservada, se em visita domiciliar em local apropriado	Cognitivo: Evitar "marcar" acolhimento em determinada hora e acolhimento fazê-lo em todo o momento quando necessário
<b>"Ajudar"</b> Equipe em sintonia, onde cada um que receber um usuário souber onde levá-lo naquele momento para resolver seu problema/ Se não for impossível encaminha-los ao responsável	Político: Conseguir sensibilizar todos os profissionais da equipe

### Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

<b>Análise e viabilidade do plano para o enfrentamento do problema falta de acolhimento na área de abrangência da equipe Jota em Brumadinho - MG</b>				
<b>Operações/ Projetos</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>		<b>Ação estratégica</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	
<b>"Posso ajudar?"</b> Receber o usuário; Informar e orientar sobre o trabalho da equipe.	Organizacional: para organizar as reuniões da equipe e os elementos para abordagem inicial Financeiro: para aquisição faixas para recados.	Coordenador da atenção básica e enfermeiros da equipe	Favorável  Favorável	Não é necessária
<b>" Como vai?"</b>	Cognitivo: Evitar	Todos os	Favorável	

Membros da equipe que chamam o usuário pelo nome em voz baixa e quando se tratar de assuntos particulares conversar sozinhos se na Unidade em sala reservada, se em visita domiciliar em local apropriado	"marcar" acolhimento em determinada hora e acolhimento fazê-lo em todo o momento quando necessário	profissionais da equipe	Parcial/ Favorável Conscientizar os profissionais que ainda não aderiram à intervenção	
"Ajudar" Equipe em sintonia, onde cada um que receber um usuário souber onde levá-lo naquele momento para resolver seu problema/ Se não for impossível encaminha-los ao responsável	Político: Conseguir sensibilizar todos os profissionais da equipe	Enfermeiros e Coordenador da atenção básica	Favorável  Favorável	Apresentar projeto  Para todos os profissionais

### Nono passo: elaboração do plano operativo

<b>Plano operativo para o enfrentamento do problema falta de acolhimento na área de abrangência da equipe Jota em Brumadinho - MG</b>					
<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
"Posso ajudar?"	Minimizar a fila, reduzir o tempo	Equipe articulada para	Apresentar o projeto para o	Enfermeiro	03 meses

Receber o usuário; Informar e orientar sobre o trabalho da equipe.	de espera; Reorganização da agenda incluindo visitas domiciliares em dia específico da semana no prazo de 6 meses	atender a fila. Abordagem inicial pelos elementos que trabalham na equipe; Enfermagem nas situações de urgência e classificação de riscos; Apoio dos profissionais do NASF com palestras no local;	NASF.		
<b>" Como vai?"</b> Membros da equipe que chamam o usuário pelo nome em voz baixa e quando se tratar de assuntos particulares conversar sozinhos se na Unidade em sala reservada, se em visita domiciliar em local apropriado	Melhorar o fluxo de informações sobre o usuário, procurando conhecer sua aflições, motivos e queixas.	Usuários que procuram a unidade e conseguem através do vínculo com a equipe expor suas queixas e necessidades; Encaminhamentos mais rápidos, exames agendados com maior precisão	Apresentar o projeto para a Coordenação da Atenção Primária à Saúde	Enfermeiro	03 meses
<b>"Ajudar"</b> Equipe em sintonia, onde	Reduzir as faltas em consultas especializadas	Usuários informados do fluxo da	Apresentar o projeto para a Coordenação	Coordenadora da Atenção	03 meses

<p>cada um que receber um usuário souber onde levá-lo naquele momento para resolver seu problema/ Se não for impossível encaminha-los ao responsável</p>	<p>avisando em duas vezes o usuário; Minimizar a fila e os assuntos administrativos serem tratados com a secretária; Resolver o máximo das demandas ao dia evitando mandar o usuário voltar no dia seguinte</p>	<p>equipe; usuário que tem seus problemas resolvidos o mais breve possível evitando voltar à unidade mais de uma vez para resolver o mesmo problema; Usuários informados sobre horários de comparecimento em consultas pelos membros da equipe</p>	<p>Municipal da Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Básica e enfermeiro</p>	
--	---	--	--	----------------------------	--

**Décimo passo: gestão do plano**

<p><b>Planilha de acompanhamento das operações/projeto para o enfrentamento do problema falta de acolhimento na área de abrangência da equipe Jota em Brumadinho - MG</b></p>					
<p><b>Operação "Posso ajudar?"</b></p>					
<p><b>Gerente de operação: Enfermeiro.</b></p>			<p><b>Avaliação: após 06 meses do início do projeto</b></p>		
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Equipe articulada para atender a fila.	Enfermeiro	03 meses	Programa atrasado	Ainda não foi possível agendar reunião com todos os profissionais	-

Abordagem inicial pelos elementos que trabalham na equipe; Enfermagem nas situações de urgência e classificação de riscos; Apoio dos profissionais do NASF com palestras no local;				da equipe para a realização do programa	
<p><b>Operação "Ajudar"</b>  <b>Gerente de operação:</b> enfermeiro <b>Avaliação:</b> após 01 ano do início do projeto</p>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Usuários informados do fluxo da equipe; usuário que tem seus problemas resolvidos o mais breve possível evitando voltar à unidade mais de uma vez para resolver o mesmo problema;	Enfermeiro	3 meses	-	-	-

Usuários informados sobre horários de comparecimento em consultas pelos membros da equipe					
<p><b>Operação " Como vai?"</b>  <b>Gerente de operação:</b> Enfermeiro. <b>Avaliação:</b> após 03 meses do início do projeto</p>					
<b>Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Usuários que procuram a unidade e conseguem através do vínculo com a equipe expor suas queixas e necessidades; Encaminhamentos mais rápidos, exames agendados com maior precisão	Enfermeiro	03 meses	-	-	-

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O acolhimento possui diferentes olhares e conceitos a serem aplicados e não sendo tarefa fácil de se realizar espera-se implantar na unidade em curto tempo.

Ao refletir nesse momento de mudanças de paradigmas, espera-se que a necessidade de conhecimento sobre o processo de acolhimento configura-se em um convite para sensibilizar os membros da equipe Jota sobre a necessidade de se prestar serviço de qualidade para o usuário.

Espera-se que a equipe inicie seus momentos de reflexão para implantação do novo processo para que além do crescimento profissional, esteja o usuário que é carente dos

serviços de saúde e que enfrentar mudanças é aprender e proporcionar aprendizado acerca dos direitos de cada um.

Através do acolhimento, pretende-se levar o usuário a um novo modelo de saúde, estimulando atividades preventivas, recuperação e reabilitação a fim de promover a melhoria da qualidade de vida dos usuários aos quais a equipe presta serviços.

## REFERÊNCIAS

AYRES, Regina Celi Vieira et al. **Acolhimento no PSF: Humanização e solidariedade.** O Mundo da Saúde. São Paulo. P.306 – 311.2006. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/35/acolhimento\\_psf.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/acolhimento_psf.pdf)>. Acesso em: 22 out.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas praticas de produção de saúde.** Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: **acolhimento com classificação de risco.**

Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª. ed. v.5. 44 p. Brasília. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.p.56.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010

CARNEIRO. A.D. et al. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos, éticos e legais. **Rev.eletr.Enf.** 2008. P.756-765. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/10n3a21.htm>. Acesso em 28 jul.2015.

CARVALHO, S.; CAMPOS, G.W.S. **Modelo de atenção à saúde**: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Caderno de Saúde Pública. 2000.

COELHO, M. O.; JORGE, Maria Salete Bessa. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo**. Fortaleza (CE); p. 1524-31. 2008.

Disponível em: [http://bvsmms.saúde.gov.br/sus/publicações/acolhimento\\_classificacao\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saúde.gov.br/sus/publicações/acolhimento_classificacao_servico_urgencia.pdf). Acessado em outubro de 2014.

ESMERALDO et al. Análise do acolhimento na estratégia da saúde da família sob perspectiva do usuário. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v.12, n.2, p.119-130, abr/jun.2009.

FARIA H.; WERNECK, M.; SANTOS, M.A; TEIXEIRA, P.F. **Processo de trabalho em**

**saúde da família.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, editora UFMG, 2008. P19-22.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**; 38(2): 143-51. 2004. Disponível em: < [WWW.ee.usp.br/re USP/](http://WWW.ee.usp.br/re USP/) > Acesso em 27 jul. 2015.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, Apr. 1999.

GIL, Cecília Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. P.1172 – 1181.2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>. Acesso >em: 22 Out. 2014.

IBGE. Censo Demográfico 2014

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.

MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista saúde pública**. Bogotá.v.12, n. 3, Mai/Jun,2010.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. **Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 43(2): 358-64. 2009. Disponível em: <[WWW.ee.usp.br/re USP/](http://WWW.ee.usp.br/re USP/)>. Acesso em 25 out. 2014.

MOTA, Priscyla de Paula. **O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do processo de trabalho no programa saúde da família:** relato de experiência.

NASCIMENTO, Paula Thais Ávila do. TESSER, Charles Dalcanale. Neto, Paulo Poli.

**Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis.**

Arquivos Catarinense de Medicina. Vol.37, nº.4. P.32 – 34.2008. Disponível em: <  
<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/607.pdf> >. Acesso em 28 Jul.2015.

PEREIRA, Audrey Vidal. **O acolhimento em grupos com pessoas soropositivas:** a visão de profissionais de saúde. Revista de Atenção Primária a Saúde. v.12, n.1, p.4-15, jan/mar.2009.

ROSA, W. A. G. LABATE, CURI, R. Programa saúde da família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev.Latino em Enfermagem.** São Paulo. P.1028 -1033.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em 23 Out.2014.

SCHIMITH, Maria Denise and. Lima, Maria Alice Dias da Silva Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública,** Dez 2004, vol.20, no.6, p.1487-1494.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto contexto - enfermagem.** Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 81-89, Mar. 2008

SCHOLZE, A.S; ÁVILA, L.H; SILVA, M.M; DACOREGGIO, S.T.K. **A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família.** Revista espaço para saúde, Londrina, v.8, nº1, p.7-12, dezembro 2006.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramentas de praticas inclusivas de saúde. **Revista de Atenção Primária a Saúde,** v.11, n.1, p.74-84, jan/mar.2008.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.,** Dez 2005, vol.5, no.4, p.493-503

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise de percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Publica.** Rio de Janeiro. 24 Sup. P.100 -110.2008. Disponível Em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf> > Acesso em 23 Out.2014.

TAKEMOTO, Maíra Libertada Soligo. SILVA Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro.** P 331- 340.2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/09.pdf> >. Acesso em 23 Out. 2014.

TEIXEIRA, R.R. **O acolhimento no serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** Rio de Janeiro. IMS, ABRASCO. p. 89-111, 2003.