



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS**

**Faculdade de Medicina - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NESCON**

Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

**O processo de trabalho no acolhimento
na estratégia da saúde da família: revisão de literatura**

Maria Elizabeth Antunes Rocha

**Conselheiro Lafaiete
2010**

MARIA ELIZABETH ANTUNES ROCHA

**O processo de trabalho no acolhimento
na estratégia da saúde da família: revisão de literatura**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG, como parte dos quesitos para conclusão do curso.

Orientadora: Prof^a Dra. Maria José Moraes Antunes

Conselheiro Lafaiete
2010

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autora: **MARIA ELIZABETH ANTUNES ROCHA**

Título: **O processo de trabalho no acolhimento na estratégia da saúde da família:
revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado
em ____/____/____,

com NOTA ____ (____,____), pela comissão julgadora:

(Assinatura)

(Titulação/nome/instituição)

(Assinatura)

(Titulação/nome/instituição)

Coordenador da Comissão de Coordenação do
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da
Família do Núcleo de saúde Coletiva da Faculdade de
Medicina da UFMG,

Agradecimentos

À Comunidade de Ribeirão das Neves, que nos acolheu como Equipe de Saúde.

À Equipe de Saúde Santa Martinha I, que contribuiu para que as mudanças se concretizassem.

Aos usuários da área de abrangência que nos mostraram, no dia-a-dia, a necessidade de desenvolvermos.

Aos organizadores e professores do Curso de Especialização em Atenção Básica de Saúde da Família, que viveram conosco as nossas angústias e alegria da práxis.

À Orientadora Dra. Maria José Moraes Antunes,

Agradeço o apoio, a oportunidade, a troca de conhecimentos e a nova aprendizagem.

"Entrar realmente no mundo do outro, com aceitação, cria um tipo de vínculo muito especial que não se compara a nenhuma outra coisa que eu conheça."

Carl Rogers

RESUMO

A escolha do tema teve por objetivo aprofundar estudos sobre como aprimorar o processo de trabalho para a implementação do acolhimento com sucesso, capaz de torná-lo uma ferramenta eficaz e humana para a equipe e usuários de uma Equipe de Saúde da Família no SUS. Através de extensa revisão bibliográfica sistemática realizada na rede virtual analisou-se a legislação do SUS e os artigos científicos relacionados ao processo de trabalho no acolhimento. Concluiu-se que o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde é mediador da construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços. Pode contribuir para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Além disso, favorece a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira. O acolhimento torna-se, então, um momento privilegiado e intenso na formação de subjetividades dos nossos usuários, uma vez que produzindo relações o usuário pode resgatar a singularidade, autonomia e cidadania. Destaca-se a necessidade da equipe que acolhe ter em mãos informações epidemiológicas sociais atualizadas, assim como prontuários bem estruturados e documentos relacionados aos protocolos das ações que compõem a atenção básica. O acolhimento é um processo dinâmico; na essência, uma ação educativa e, para ser efetivo necessita que os sujeitos que o praticam busquem sempre nas relações interpessoais e ao acolher a comunidade garantir os quatro pilares da educação: aprender a ser, aprender a conviver, aprender a fazer, aprender a aprender saúde.

Palavras chave:

Acolhimento; processo de trabalho em saúde; atenção primária em saúde.

Abstract

The theme aimed to further studies on how to improve the work process for implementing the host successfully, able to make it an effective and humane tool for staff and users of a Family Health Team in SUS. Through extensive systematic literature review conducted in virtual network analyzed the legislation of the public and scientific articles related to the work process in the host. It was concluded that as the host posture and practice in actions of care and management in health units is the mediator of building a relationship of trust and commitment with teams of users and services. Can contribute to promoting a culture of solidarity and to legitimize the public health system. It also supports the possibility of progress in the alliance between users, health workers and managers in the SUS as a defense policy and public key for the Brazilian population. The host becomes, then, a privileged moment in the formation and intense subjectivity of our users, since relations producing the user can redeem the uniqueness, autonomy and citizenship. There is the need of the team that hosts have on hand current social epidemiological information, as well structured records and documents related to the protocols of the shares that make up the primary care. The host is a dynamic process, in essence an educational activity and to be effective requires that individuals who seek to engage in interpersonal relations and always welcome the community to ensure the four pillars of education: learning to be, learning to live together, learn to do, learning to learn health.

Keywords: Host; work process in health, primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNH – Política Nacional de Humanização

MS – Ministério de Saúde

GM – Gabinete Ministerial

SUS – Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESF – Equipe de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

EAD – Educação à Distância

CNS – Conferência Nacional de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

SUMÁRIO

ITENS	PAGINAÇÃO
1 INTRODUÇÃO	1
2 METODOLOGIA	3
3 DESENVOLVIMENTO	5
3.1 Políticas de Implantação do Acolhimento	5
3.1.1 Acolhimento nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde	5
3.1.2 Documentos legais relacionados às palavras chaves “Ministério da Saúde e “Acolhimento” encontradas na rede virtual	7
3.2 Acolhimento e acessos aos serviços de saúde	9
3.3 Acolhimento e profissionais de saúde	10
3.4 Acolhimento e processo de trabalho na saúde da família	12
3.5 Acolhimento e objeto do processo de trabalho na saúde da família	13
3.6 Acolhimento e tecnologias na saúde da família	14
3.7 Acolhimento e experiência exitosa na saúde da família	15
3.8 Acolhimento e cuidado integral na saúde da família	16
3.9 Acolhimento e clínica ampliada na saúde da família	17
3.10 Avaliação do acolhimento pelo usuário da equipe de saúde da família	18
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	21
APÊNDICES	24
APÊNDICE A	24
APÊNDICE B	33

1 INTRODUÇÃO

O vocábulo acolhimento significa ato ou efeito de acolher, atender, receber, tomar em consideração (FERREIRA, 2009).

No Sistema Único de Saúde, o acolhimento é uma das estratégias para implantação da Política Nacional de Humanização - PNH, proposta pelo Ministério da Saúde - MS, para que possa favorecer o vínculo e a responsabilização entre os trabalhadores do sistema e a população adscrita a uma unidade prestadora de serviços de saúde, onde é definido como:

“recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.” (BRASIL, 2010).

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 Sistema Único de Saúde - SUS e com a criação da Estratégia de Saúde da Família – ESF. Problemas que decorrem do modo desorganizado de parte dos serviços de saúde, em que o atendimento é obtido através de marcação de consultas sem dias específicos, com a formação de filas, em que não há qualquer tipo de avaliação de potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento. Tentando romper com este modelo, o MS criou, em 2003, a PNH, ou 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 à população (NASCIMENTO et al, 2008).

No entanto, em 2008, um ano após a implantação do acolhimento pela Equipe de Saúde da Família - ESF Santa Martinha I, município de Ribeirão da Neves, não se observou diferenças das demais Unidades Básicas de Saúde do Município – persistiam grandes filas de usuários para o seu chamado “ACOLHIMENTO”. Acolhimento este que deveria significar escuta qualificada, respeito e dignidade com o ser humano que ali chegava.

A autora do presente trabalho, como os demais profissionais da referida ESF, não sabia como operacionalizar o Processo de Trabalho para o alcance de tal fim.

Então, profissionais cheios de vontade, atuando no acolhimento de forma mecanizada e estressante, sentiam-se frustrados. Em busca de mudanças recorreu-se à Educação Continuada, visando aprimorar os conhecimentos para implantação e/ ou buscando transformações nas ações dos atores do processo de trabalho e, em especial, no acolhimento ao usuário da Unidade Básica de Saúde - UBS Santa Martinha I.

O primeiro Módulo do curso da UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família: Processo de trabalho em saúde foi de suma importância para que pudéssemos refletir a realidade conturbada de afazeres desarticulados, desde o conhecimento do nosso público alvo ao acompanhamento do processo saúde-doença dos usuários de nossa área de abrangência.

A metodologia do curso, Educação à Distância – EAD, trouxe um ganho enorme para a ESF Santa Martinha I, pois, a unidade de saúde tornou-se nosso laboratório nos experimentos, tendo o usuário como objeto e agente do trabalho e o vínculo, através da relação pessoal busca uma ferramenta no processo de trabalho, visando transformações.

Nesta busca, escolheu-se como tema do Trabalho de Conclusão do Curso: **O processo de trabalho no acolhimento na Estratégia da Saúde da Família**, tendo em vista aprofundar estudos sobre como aprimorar o processo de trabalho para a implementação do acolhimento com sucesso para a equipe e usuários de uma ESF. Neste norte, algumas indagações se colocam:

- como propiciar vínculo entre a Equipe de Saúde (sujeitos) e população (sujeito e objeto de trabalho)?
- quais os meios, instrumentos e métodos de trabalho necessários para um acolhimento resolutivo?
- como desencadear o método do cuidado integral e, por fim, como modificar a clínica?

Assim, estudar o processo de trabalho no acolhimento para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos na atenção básica justifica este estudo, através de revisão bibliográfica. O objetivo principal foi analisar as propostas existentes para as transformações necessárias em todos os elementos do processo de trabalho de acolhimento – sujeito, objetos, tecnologias, meios, instrumentos e métodos - para torná-lo uma ferramenta eficaz e humana para quem atende e é atendido no SUS.

2 METODOLOGIA

A metodologia escolhida para desenvolver o presente trabalho, de natureza qualitativa exploratória foi a de revisão documental e bibliográfica, exclusivamente, na rede científica virtual. Foi desenvolvida em dois momentos: o primeiro constou da leitura e síntese das normas e documentos legais relacionados à palavra chave “acolhimento“. Foram encontrados 9 relatórios finais das 11 conferências nacionais de saúde acontecidas no Brasil, disponíveis no site do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2010), onde não constam registros da 2ª e 4ª conferências. Os achados estão contidos nos quadros 1 e 2 (APÊNDICE A) e referem-se, respectivamente, às categorias:

1. Referências ao Acolhimento nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde.
 2. Documentos legais relacionados às palavras-chave “Ministério da Saúde” e “Acolhimento”, encontradas na rede virtual.
- E, são analisados nos subitens 3.1.1 e 3.1.2 do capítulo 3 deste trabalho, intitulado: “Políticas de implantação do acolhimento.”.

O segundo momento, de revisão bibliográfica sistemática, buscou identificar publicações em revistas científicas da área da saúde, relacionadas a reflexões teóricas e práticas do processo de trabalho e suas etapas, desenvolvido por equipes de ESF no Acolhimento, além de relato de experiência exitosa e reflexões produzidas por outros autores. Definiu-se como critério de escolha dos textos:

- 1- estarem disponíveis em revistas científicas na rede virtual;
- 2- terem sido publicados nos últimos 22 anos, ou seja, após a Constituição Federal de 1988 e, subsequente legislação da criação e implantação do SUS no Brasil;

E, seguindo o critério de escolha dos textos, estarem relacionados às seguintes palavras chave, que são também, as categorias de análise e cujos achados compõe o quadros de 3 a 11 (APÊNDICE B), a saber:

- 3- acolhimento e acessos aos serviços de saúde.
- 4- acolhimento e profissionais de saúde.
- 5- acolhimento e processo de trabalho na saúde da família.
- 6- acolhimento e objeto do processo de trabalho na saúde da família.
- 7- acolhimento e tecnologias na saúde da família.
- 8- acolhimento e experiência exitosa na saúde da família.

9- acolhimento e cuidado integral na saúde da família.

10- acolhimento e clínica ampliada na saúde da família.

11- avaliação do acolhimento pelo usuário da equipe de saúde da família

Foram encontrados 31 artigos científicos cujos títulos, autores, ano de publicação, finalidade e endereço virtual encontram-se disponibilizados nos quadros de 3 a 11 (APÊNDICE B). Na seqüência, passa-se à análise dos textos relacionados a cada quadro e as respectivas categorias definidas neste estudo.

Observamos que em um período de 22 anos não houve um avanço de produção científica, por serem os textos oficiais muito consistentes para a época e, a necessidade de amadurecimento sobre o assunto vem se realizando nesta década, a partir da concretização da 13ª. CNS.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 Políticas de Implantação do acolhimento

3.1.1 Acolhimento e Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde

A análise do conteúdo dos relatórios das conferências nacionais demonstra que, apesar da preocupação com a garantia do atendimento, o acolhimento enquanto proposta da sociedade organizada para melhorar o acesso aos serviços de saúde somente aparece, como proposta política na 12ª CNS, no ano de 2000. No seu relatório (APENDICE A - Quadro 1) são feitas quatro diferentes referências ao acolhimento, vinculando-o a estratégia de gestão, à mudança cultural e ao atendimento diferenciado às vítimas de violência sexual:

“os pressupostos da organização dos serviços são o estabelecimento de processos e práticas que garantam a universalidade do acesso e o **acolhimento** aos usuários; a responsabilização com geração de vínculo entre profissionais e população; (p:77);

“Fortalecer uma nova cultura da atenção ao usuário e das relações e condições de trabalho nos serviços de saúde, garantindo: (...);

III. práticas de **acolhimento**, avaliação de riscos, ampliação do acesso às ações de saúde bucal, mental e do trabalhador, vigilância nutricional e sanitária; (p.88);

“Garantir acesso ao atendimento integral às pessoas vítimas de violência sexual, incluindo o **acolhimento** no protocolo de atendimento.”

No entanto, é no relatório da 13ª CNS que a estratégia do Acolhimento toma vulto e força, uma vez que, as políticas são voltadas para realização de programas intersetoriais e multidisciplinares, ações preventivas, educativas e assistenciais, buscando combater as discriminações, através de campanhas de sensibilização e consolidação de redes de acolhimento e assistência, implementando notificação compulsória.

A CNS em referência versa sobre a realização de atividades de lazer e cultura ou implantação de Centros de acolhimento para crianças e adolescentes em todas as regiões, com equipe multidisciplinar especializada para o atendimento de crianças

e adolescentes, com vistas ao desenvolvimento de atividades educativas, de saúde, esportivas, de lazer e cultura, como forma de prevenção às drogas, violência doméstica e externa e marginalização. Expressa que há necessidade de adequação da oferta de profissionais e equipamentos e elaboração de políticas para a cobertura de grupos de risco e de vulneráveis ao sofrimento mental.

Sugere o fortalecimento, em nível de gestão, de políticas públicas que garantam:

”a qualidade de vida e eqüidade de acesso físico e social às pessoas com deficiências incapacitantes, por meio de políticas afirmativas e programas intersetoriais de inclusão social que atendam às necessidades de comunicação, acesso aos benefícios da seguridade social às pessoas impossibilitadas para o trabalho, filas prioritárias, adaptação física e humana de locais de trabalho, acesso a serviços nas áreas urbana e rural, adaptações nas vias públicas e transporte coletivo adaptado e gratuito, incluindo as com sofrimento psíquico, doentes mentais e seus acompanhantes, além de formar profissionais e produzir materiais educativos apropriados para todos os tipos de necessidades educativas especiais, assegurando atendimento especializado nas áreas de recuperação e reabilitação, com a ética da não-discriminação e do não-preconceito na sua conduta física e moral, capacitando profissionais para o atendimento e o **acolhimento** dessa população”. (Relatório da Conferência Nacional de Saúde – 13ª.p. 21)

Também, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, tanto dos usuários quanto da população, nos três níveis governamentais devem ser implantadas e implementadas ações e serviços à atenção integral à saúde da mulher, contemplando o apoio à Lei Maria da Penha, articulando segurança, assistência social e saúde, e apoiando a implantação das casas de acolhimento para mulheres vítimas de violência (Relatório 13ª, p. 47). Para isto, o texto final da conferencia propõe que

“a educação permanente em saúde se faz necessária, de forma descentralizada para trabalhadores e gestores, em conformidade com as especificidades de cada profissão, ações estas respaldadas pela Portaria MS nº1.996/07, incluindo temáticas estratégicas, envolvendo a atenção e a gestão do SUS, com foco no acolhimento, na humanização, respeito às diferenças culturais, físicas, etnia, gênero, orientação sexual, religião e geração (13ª. CNS - p. 90).

A mesma conferência faz citação à necessidade de criação de programa de integração no ingresso dos trabalhadores no SUS e na promoção de capacitações continuadas e sistemáticas em humanização e acolhimento de todos os profissionais da rede do SUS, qualificando-os com um cuidado respeitoso e digno, com vistas à humanização dos serviços por meio de cursos e encontros sobre relações interpessoais de trabalho, ética profissional e integração intersetorial.(p.95).

Na página 111 determina a implantação do acolhimento com avaliação de risco em todos os serviços da rede hospitalar e em especial nas urgências, dividindo os ambientes de acordo com a gravidade, garantindo assim a agilidade no atendimento às necessidades do usuário a partir do acolhimento com classificação de risco, que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo.

Assim, a sociedade brasileira organizada em seus diversos segmentos aprova o fortalecimento da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, pactuada nos colegiados de gestão por meio de parceria interinstitucional, recomenda os núcleos de educação permanente, em nível regional. Propõe reformas e adequação da rede hospitalar e de todas as instituições que prestam serviço ao SUS, atendendo a um padrão de ambiência, proporcionando conforto, privacidade e segurança ao usuário e ao trabalhador, com sinalização e acessibilidade ao acolhimento ao usuário e no acompanhamento do processo de atendimento ao cidadão, devem ser efetivadas (p.118)

3.1.2 Documentos legais relacionados às palavras chave “Ministério da Saúde; e “Acolhimento” encontradas na rede virtual

A Portaria MS/GM nº 675, de 30/3/2006, publicada no DOU, Seção 1, em 31/3/2006, aprova a Carta do Direito dos Usuários dos SUS, que foi consolidada pela 13ª. Conferência Nacional de Saúde, em (11/2007). Nela, constam seis princípios básicos de cidadania. Juntos, eles asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. São eles:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.

4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Com referência ao acolhimento (palavra chave de nossa pesquisa) a Carta dos direitos dos usuários dos SUS versa:

“Quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o **acolhimento** e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio.”
(p.2)

O MS, no mesmo ano, através da Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. E, referente ao acolhimento da pessoa idosa (com 60 anos ou mais), terá preferência em unidades de saúde, respeitando o critério de risco e, devendo portanto, a unidade de saúde reorganizar o processo de acolhimento, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

Em 2008, o MS - Acolhimento nas práticas de Produção de Saúde define o acolher como:

“ Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS: ética, estética e política.” (p.6)

A experiência de acolhimento nos serviços de saúde do SUS é heterogênea como o próprio SUS e tem pontos positivos e negativos. A noção de colhimento,

tradicionalmente, no campo da saúde tem sido identificada: ora como uma dimensão espacial, que traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. As duas noções têm sua importância. No entanto, isoladamente dos processos de trabalho, se restringem uma ação postural, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. E, neste caso, há filas madrugadoras na porta, em busca de algumas vagas na manhã para consulta médica. Prioriza o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento aos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob a responsabilidade da Equipe de Saúde, no que se refere à importância da existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento. Não há distinção de risco, e pode-se romper o vínculo que é o alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde.

Assim, o MS – Acolhimento nas Práticas de Saúde (2008) define o acolhimento como:

” 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. Uma postura acolhedora implica estar atento e poroso às diversidades cultural, racial e étnica.” (Brasil, 2008, p. 21)

Para essa nova postura há necessidade de construção de alianças éticas com a produção da vida, em que o compromisso singular com os sujeitos (usuários, profissionais de saúde) ganhe centralidade em nossas ações de saúde. Nessas alianças há de se estimular a co-responsabilidade de ambos os sujeitos. Trata-se de incentivar à construção de redes de autonomia e compartilhamento.

3.2 Acolhimento e acessos aos serviços de saúde

Segundo Franco et al, 1999, o acolhimento como diretriz operacional apresenta-se como possibilidade de argüir o processo de produção da relação do

usuário, serviço sob o olhar específico da acessibilidade sobre os momentos nos quais os serviços constituem seus meios de recepção dos usuários, em que local, em que circunstâncias, qual finalidade e resultados.

É preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisões, amparar, orientar, negociar, intervindo em uma dada realidade em seu território de atuação, através de uma relação acolhedora e humanizada.

O acolhimento como tecnologia leve dentro do conceito de Merhy 2002, é um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas solicitações e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização (OLIVEIRA et al, 2008).

Segundo Monteiro e Mota (2009), vínculo é a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de equilíbrio, habilidades e expectativas diferentes, pois o usuário busca a assistência, em estado físico e emocional fragilizados, junto ao profissional de saúde, suspostamente, capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Há envolvimento afetivo, de ajuda e respeito, o que gera autonomia e cidadania e assim, acontece uma negociação, visando à busca do vínculo, que é estabelecido quando o usuário é reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Na construção de relações interpessoais, onde a comunicação entre profissionais se estabelece é importante para um processo de trabalho satisfatório, a prática gerencial como uma ferramenta essencial de transformação do processo de trabalho, devendo ter como um dos instrumentos a construção de relações entre as pessoas, onde a comunicação entre os profissionais, por exemplo, passa a ser um determinante comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação.

3.3 Acolhimento e profissionais de Saúde

Tendo como referência Injosa (2005), a produção da saúde se realiza através das relações humanas estabelecidas entre os sujeitos (usuários e profissionais) utilizando-se as tecnologias científicas e de conhecimento popular.

Nesta relação utilizam-se as potencialidades dos sujeitos, seus limites e seus saberes em todos os aspectos da saúde (promoção ou reabilitação da saúde). Considerando que a produção do processo de trabalho em saúde se efetiva entre indivíduos, entre família e uma equipe de trabalho, entre população e seu sistema público de saúde, ela também se dá na prestação de outros serviços públicos, como o da educação.

O profissional de saúde além de contribuir para recuperar e manter a vida saudável das pessoas em todas as faixas etárias, lida também com a dor, o medo e a morte. No serviço público, os profissionais têm que atuar na observância de normas, regras e limitações operacionais, administrativas e tecnológicas, que são impostas pelo sistema.

O cidadão usuário dos serviços em situação de dor, bem como seus acompanhantes, cheios de tensão e angústia, procuram os profissionais de saúde, com expectativas que podem ser frustradas, quando não são capazes de preencher. São poucos os cidadãos que procuram acompanhar a sua saúde, procurando o serviço de saúde, na maioria das vezes, em caso de doença.

Além disso, é necessário considerar a assimetria de conhecimentos e, portanto, de poder entre os sujeitos na relação de saúde. O médico é visto como detentor do conhecimento científico sobre a saúde e doença e, com linguagem técnica, nem sempre é entendida pelo outro. Também, na maioria das vezes, o conhecimento popular não é valorizado pelo profissional de saúde, que ao contrário, desqualifica-o e desvaloriza-o. A dificuldade de compreensão da linguagem profissional sobre sua própria condição de saúde, no serviço público ainda tende a ser maior em função das desigualdades sociais e da escolaridade entre as partes. Considerando que a compreensão é elemento essencial no diálogo, a relação entre os sujeitos poderá ser desrespeitosa entre os sujeitos.

A formação do profissional é insuficiente para a adequada aplicação de vínculo entre os sujeitos e a especialização afasta o profissional da integralidade do ser, levando o paciente com doença grave correr de consultório a consultório, na busca de solução terapêutica.

Na prática temos de um lado alguém com medo, com dor, com ansiedade e, de outro lado alguém bastante pressionado e às vezes endurecido exatamente pelo ofício de lidar com o medo e a dor. É assim que, em muitas ocasiões a oportunidade é perdida. Este par único – quem está sendo atendido e quem atende – nem sempre consegue alcançar a confiança mútua mínima necessária para estabelecer a relação terapêutica.

Quem é atendido quer resolver o problema que sente, ainda que o problema esteja para além das possibilidades de intervenção de quem atende. Quem atende às vezes fecha cuidadosamente o seu coração para não aumentar sua própria angústia diante das limitações humanas e do sistema de saúde. (INJOSA, 2009).

Trata-se, portanto, de um grande desafio propiciar que o encontro entre os cidadãos usuários e os profissionais de saúde sejam, de fato, oportunidade para uma relação de respeito, solidariedade e ajuda mútua, essencial para a produção da saúde.

Pensamos como Matamoto et al (2002) quando afirmam nas considerações finais, que :

“Uma análise indiciária dos diálogos entre trabalhador e usuário pode oferecer material muito rico para refletirmos e analisarmos as relações no trabalho em saúde, se acolhemos ou não, o que estamos produzindo, a quem estão servindo nossas ações, em que contexto. Os indícios podem nos ajudar a repensar o acolhimento nos dando pistas dos sentidos dos discursos e dos movimentos dos sujeitos. Entretanto, no cotidiano do trabalho em saúde tais indícios por si só não promovem a mudança. O agente de mudança são os sujeitos. Precisamos então sensibilizar o trabalhador para essa necessidade. Um caminho possível é o da reflexão pelo próprio trabalhador acerca por exemplo, do seu trabalho, das diferentes posições que tem tomado ao realizar suas ações, de como vem construindo a relação com os usuários; que pode ser disparada através da análise do discurso produzido no encontro trabalhador-usuário, evidenciando os indícios que podem revelar os sentidos ocultos na opacidade”.(p.6)

3.4 Acolhimento e processo de trabalho na saúde da família

O acolhimento é um processo em construção, variando nas Unidades de Saúde da Família em níveis de concepção e estratégias de reorganização cotidiana de trabalho.

Segundo Souza et al (2008), em pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde do município B, o tema acolhimento esteve ausente nas falas dos profissionais e usuários, revelando que o mesmo não faz parte do cotidiano desses serviços:

“Estou doente(...) não arranji consulta e marquei (...) para outubro. Como é que posso passar a minha vida aleijada até outubro? (...) Um posto tem que ter um atendimento diário(...) pra olhar os que estão piores, os que estão melhores (usuários).

“Primeiro, quando o usuário chega, tem um alto falante antes de entrar na fila, já são avisados se o médico vem ou não vem e quantas fichas existem” (profissional). p.4

Já na UBS do município C, Souza (2008) identificou que o acesso à consulta ocorre por ordem de chegada, com critérios burocráticos, sem priorização de riscos. Acolhimento não faz parte da agenda, ocorrendo filas e insatisfações em que parte da população não consegue ser atendida nas suas necessidades.

o acolhimento pode significar não só a resolução completa dos problemas que o usuário apresenta, mas a atenção dispensada, através da escuta, à valorização das queixas e à identificação das necessidades, transformadas em objeto de ação de saúde (TEIXEIRA et al., 2000).

3. 5 Acolhimento e objeto do processo de trabalho na saúde da família

Entendemos que o objeto de trabalho no acolhimento é a vida, o sofrimento de indivíduos e da coletividade. E, a comunicação e a percepção visual são ferramentas para o exercício do acolhimento na unidade de saúde da família.

Conforme foi citado pelas (os) autoras (es) Silveira et al (2004) o acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho que incorpore as relações humanas, apropriado por todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho, não se limitando ao ato de receber. Expressam, ainda que o acolhimento pode significar não só a resolução completa dos problemas que o usuário apresenta, mas a atenção dispensada, através da escuta, à valorização das queixas e à identificação das necessidades, transformadas em objeto de ação de saúde .

Corandi, Azzi e Mendonça (2004) demonstram que determinadas ações em saúde não têm consenso como proposta de mudança, em nenhuma das categorias profissionais, para definir suas competências e afirmou que essa formulação evidenciou fortemente a necessidade da integralidade da atenção e da ampliação da rede assistencial.

Consideramos que não há um modo determinado, prescrito para a efetivação das relações humanas no acolhimento e sim há necessidade dos profissionais desenvolverem maneiras para o atendimento, tendo como fator principal a alteridade, pois a vida, o sofrimento de indivíduos e da coletividade são objetos de nosso processo de trabalho e, sem desconsiderarmos que a dignidade humana faz parte da ética profissional.

3.6 Acolhimento e tecnologias na saúde da família

O que as autoras Marques e Silva (2004), dando ênfase a qualidade devida dos cidadãos usuários do Sistema de Saúde, destacam como tecnologias leves são o acolhimento, a produção de vínculo, a autonomização e a gestão compartilhada de processos de trabalho, como orientadoras das práticas em serviço de saúde.

Estes autores acreditam que se houver mudança significativa, tanto nas relações entre profissionais, usuários e comunidades, quanto na noção de cura, será possível uma assistência de melhor qualidade, buscando novos elementos norteadores das práticas de saúde.

Semelhantes afirmações são realizadas por Nery (2009), ao afirmar que tecnologias leves envolvem nas relações de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão como forma de governar processos de trabalho. (NERY et al, 2009). Entendemos que o vínculo é um processo em construção e o mesmo se dá de forma lenta e gradual. Ele reflete responsabilidade e compromisso dos sujeitos do processo de trabalho (usuários e profissionais). E, se é um processo de reflexão exige ética.

Nery et al (2009) cita Franco et al, que em 2003 consideravam que o acolhimento modifica, radicalmente, o processo de trabalho, em especial, os profissionais não médicos que realizam assistência, visto que a organização do serviço passa a ter a “equipe de acolhimento” como central de acolhimento aos usuários. Abre-se, supostamente, a possibilidade para que esses profissionais lancem mão de todas as tecnologias de sua “caixa de ferramentas” para receber, escutar e solucionar problemas de saúde trazidos pelos usuários.

A participação dos profissionais na tomada de decisão e na responsabilização por uma assistência de qualidade, deve ser primordial, de forma a colocar toda a tecnologia disponível a serviço do usuário, em qualquer nível de atendimento, primando pela humanização da assistência, reconstruindo a dignidade tanto do trabalhador como a do usuário.

“ (...) Embora tenhamos claro que apesar de todo o esforço, dificilmente conseguiremos a perfeição nas nossas ações, acreditamos que a utilização das tecnologias leves poderá auxiliar os trabalhadores, as equipes, as unidades de saúde e a rede de serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que os procuram podendo, assim, delinear uma nova ética na Saúde!(Marques e Silva, 2004).

3.7 Acolhimento e relato de uma experiência exitosa na saúde da família.

O relato apresentado a seguir descreve a experiência vivida pela autora e foi aqui colocado para divulgar um trabalho que graças ao comprometimento de todos os envolvidos melhorou substancialmente a qualidade dado atendimento oferecido na unidade.

A Equipe de Saúde Santa Martinha I, inserida no Programa de Saúde – Unidade Básica de Saúde, de Ribeirão das Neves, 2008 problematizou o acolhimento aplicado naquela unidade de saúde, o qual causava estresse, tanto para os profissionais de saúde, quanto para os seus usuários e, em reuniões internas (roda) tiveram oportunidade de discutirem o processo de trabalho que a referida Equipe vinha desenvolvendo, buscando implementar um acolhimento humanizador, inovador, tanto para os profissionais quanto para os seus 3.521 usuários cadastrados e os demais não cadastrados, distribuídos em 07 micro-áreas de abrangência de seu território.

Foram realizadas várias reuniões, avaliação e acompanhamento do processo de trabalho do acolhimento, buscando entender as etapas de trabalho e a satisfação tanto do profissional, quanto do usuário, no ponto de vista da resolução de suas necessidades. Vale ressaltar que a palavra Triagem nunca foi adotada pela Equipe de Saúde do Santa Martinha I.

Na primeira reunião realizada foram colocadas as insatisfações da própria equipe, como por exemplo: uma única recepção para todos os atendimentos, o volume de atendimento/dia que causavam cansaço e a escuta não qualificada. Assim, toda a equipe realizava um atendimento mecanizado. Outras reuniões foram sendo realizadas e a cada uma delas, nova(s) idéias iam surgindo e, finalmente, o acolhimento foi formalmente estruturado. No entanto, houve necessidade de se informatizar, internamente, além dos dados enviados ao SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica, mantendo ao alcance de todos os profissionais da Equipe uma listagem da relação de usuários cadastrados e seu número de cadastro correspondente, para a agilidade do processo e um atendimento personalizado.

Como estrutura formal de atendimento ao acolhimento ficou estabelecido, de forma democrática, que cada micro-área atenderia em um dia da semana, sendo que 2 micro-áreas seriam atendidas em 2 dias na mesma semana. Os ACS teriam acesso aos prontuários para análise de confronto com as informações dos usuários. A recepção seria permanente, visando o acultramento das mudanças dos usuários que

ainda não conheciam a nova metodologia adotada, além do atendimento ao usuário que por ventura procurasse o acesso à unidade básica de saúde fora do seu dia de atendimento.

Durante os acolhimentos, cujas necessidades extrapolavam a competência dos profissionais acolhedores, os Agentes Comunitários de Saúde, procuravam a Enfermeira ou o médico para o atendimento, ou o agendamento era realizado (Consulta médica ou de enfermagem, visita domiciliar). A agenda teve que ser reestruturada para marcação semanal.

Em reuniões subseqüentes, a equipe avaliou o processo e as mudanças que, por ventura, foram ocorrendo e elaboram propostas de mudanças. Desta forma, em um mesmo dia, conforme a necessidade do usuário, o paciente passava por todos os profissionais visando a complementação do acolhimento. Os profissionais trocam experiências, diariamente, fator que favorece o crescimento pessoal e profissional, tendo como objeto de trabalho a necessidade do outro. O diálogo é estruturado e, nessa ferramenta de trabalho que é o acolher, a Equipe de Saúde tem a oportunidade de oferecer um atendimento integral.

3. 8 Acolhimento e cuidado integral.

O acolhimento, após a implantação do SUS, com o Programa de Saúde da Família, chega como uma estratégia para redefinir a lógica do processo de trabalho em saúde, criando um campo fértil para mudanças.

Para os autores Souza et al (2008) acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado (homem, como ser integral – dimensões: biológico, emocional e social) Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Com a expansão e estruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em que os municípios têm assumido a responsabilidade pela atenção à saúde de seus municípios, sobretudo, da rede de Atenção Básica, o debate sobre o acesso a essas ações e serviços ganhou nuances qualitativas.

As análises e alternativas de soluções para o problema de acesso, em bases estritamente quantitativas, como número de atendimentos e rendimento profissional, deslocam-se para tendências que buscam qualificá-lo no ato da recepção do usuário.

A questão não se restringe a quantas portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, interroga-se sua qualidade. Portanto, o acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência do acesso, propiciar vínculo entre a equipe e a população, trabalhador e usuário, questionando o processo de trabalho de forma permanente.

O processo de interação na área da saúde favorece a ação propedêutica e terapêutica, através do diálogo, escuta sensível, identificando problemas e necessidades. (BRASIL,2006).

3. 9 Acolhimento e clínica ampliada na saúde da família .

Nascimento (2004) menciona que a clínica ampliada/clínica do sujeito, é o “novo” paradigma, onde a relação trabalhador de saúde – usuário é essencial, pois nesta relação um não existe sem o outro.

Citando Franco e Merhy (2003) a autora afirma que na clinica do sujeito deverá sempre haver uma aproximação nas relações dos usuários dos serviços e trabalhadores de saúde, onde:

“haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador que comporta um conjunto de “ações clínicas” – aqui entendidas no sentido “do encontro das necessidades com processos de intervenção tecnologicamente orientado, que visam ‘operar’ sobre o campo das necessidades que se faz presente neste encontro na busca da perseguição de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de andar a vida”.(p.37)

É no espaço intercessor da clinica ampliada e que ocorrem os encontros inter individuais, numa dimensão tecnológica do trabalho em saúde, que se sustenta na tecnologia das relações, definida por Nascimento, (2004) como tecnologias de ações que se configuram em processo de intenção em ato.

Ou em um processo de relação de interação, de vínculo, de escuta, de inter subjetividade, configurando-se no acolhimento realizado não só na entrada mas durante todo o tempo em que o usuário interage com a equipe de saúde, buscando a solução dos seus problemas e necessidades.

É no momento da relação, enquanto trabalho de saúde (trabalhador e usuário) ocorrem à produção de tecnologias, como escutas e responsabilização, que se articulam com a constituição de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções.

Estes processos intercessores são atributos de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador de saúde.

Se a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, é claro que a clínica tem que se ampliar para poder dar conta desta abrangência:

Assim, o pressuposto implícito e aprendido pelos profissionais de que a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia vê-se abalado na Atenção Básica. Neste nível da assistência, o diagnóstico e a respectiva conduta, quando acontecem, são apenas uma parte do projeto terapêutico. A assimetria entre profissionais e usuários produzida nas instituições hospitalares não é a mesma que ocorre na Atenção Básica. A submissão do usuário é infinitamente menor, já que a aplicação das condutas depende dele mesmo, longe do profissional e do serviço de saúde. O usuário está com mais liberdade, mais controle autônomo de seu cuidado. Por isso, torna-se impossível cuidar e intervir nos problemas de saúde sem a participação e compreensão das pessoas, e esta tem de ser conquistada e cultivada, o que implica disposição atitudinal e preparo técnico para a escuta e diálogo. (Zaboli, 2009 p.200)

Concordando com esta afirmação conclui-se que é através do acolhimento praticado na sua real concepção que esta relação de participação e respeito mútuo entre profissional de saúde e usuário pode ser construída.

3.10 Avaliação do acolhimento pelo usuário da equipe de saúde da família

O único artigo científico encontrado relacionado à avaliação do acolhimento pelo usuário, foi um estudo quantiquantitativo. (COOTA et al, 2005).

Como resultado da pesquisa de campo realizada, as autoras encontraram um elevado grau de satisfação dos usuários do PSF no município estudado.

Para elas esta satisfação está relacionada, entre outros fatores, ao cuidado oferecido pelas equipes de saúde local, em especial à relação “profissionais – usuários”, destacando-se o “estabelecimento de vínculo e reconhecimento do outro como sujeito protagonista da atenção e do cuidado à saúde, entre a equipe multiprofissional do PSF e a população”, ou seja ao sucesso do acolhimento implantado na unidade estudada, principal eixo da atenção, centrada no usuário. Na página 228 menciona a percepção dos usuários sobre a prática do PSF ser de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência do mesmo e

deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde. A avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade adstrita.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde é mediador da construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira. O acolhimento torna-se, então, um momento privilegiado e intenso na formação de subjetividades dos nossos usuários, uma vez que produzindo relações o usuário pode resgatar a singularidade, autonomia e cidadania.

Acredita-se que a organização gerencial garantindo a oferta adequada dos meios e instrumentos de trabalho necessários para execução do processo de trabalho do acolhimento, é de suma importância para o envolvimento de toda a equipe e resolutividade do procedimento.

Destaca-se a necessidade da equipe que acolhe ter em mãos informações epidemiológicas sociais atualizadas, assim como prontuários bem estruturados e documentos relacionados aos protocolos das ações que compõe a atenção básica.

Com isso tomam conhecimento da situação de cada um dos seus usuários, tem mais agilidade da execução do processo de trabalho, inclusive e principalmente no Acolhimento.

O acolhimento não é um processo estático. Ao contrário, apresenta-se de forma dinâmica, na essência uma ação educativa e para ser efetivo necessita que os sujeitos que o praticam busquem sempre garantir nas relações interpessoais e ao acolher a comunidade, garantir os quatro pilares da educação: aprender a ser, aprender a conviver, aprender a fazer, aprender a aprender saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, Relatório. 13ª. Conferência Nacional de Saúde – Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_13.pdf> Acesso em 30/05/2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399 - 22 de fev. 2006. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2> Acesso em 23 de abr de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 675 – 31 de mar. 2006b. DOU, Seção 1, Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf> Acesso em 3 de mai de 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2006c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf> Acesso em 3 de abr de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed.pdf> Acesso em 15/12/2009 e 30/05/2010

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Conferências Nacionais de saúde. Relatórios. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm> Acesso em 15 de mai de 2010.

CORADINI, S. R.; AZZI, M. W. MENDONÇA, C. S. **Processo de Trabalho no Programa Saúde da Família em Porto Alegre: A Discussão das Competências profissionais como proposta de mudança. (2004)**. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1_15procestrabalho.pdf - Acesso em: 06/05/2010, 31/05/2010 e 06/06/2010(2004)

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 7ª edição Curitiba: Editora Positivo. 2009.

INJOSA, Rose Marie. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública; **Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários.** , Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005. Disponível em: http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf Acesso em 21/05/2010 e 30/05/2010.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M.A.D.da S.. **As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde,** 2004. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1707/1415>. Acesso em 30 de mai de 2010

MARTINS, J.de J.; ALBUQUERQUE, G.L. de. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. **Cienc Cuid Saude** 2007 Jul/Set;6(3):351-356. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4068/2725>

MATAMOTO, Silvia; MARTINS, Silvana Martins Mishima; FORTUNA, Cinira Magali. **An. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm. May. 2002: Acolhimento: uma reflexão acerca da alteridade na relação entre trabalhador e usuários no trabalho da rede básica de saúde, 2002. Disponível em:** http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100044&script=sci_arttext Acesso em 11 de mar de 2010.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva; MACHADO, Maria de Fátima Antero Souza. Revista da Escola de Enfermagem da USP: **Formação de vínculo na implantação do Programa Saúde numa Unidade Básica de Saúde.** vol.43, nº 2, SP. Jun.2009 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-6342009000200015&lng=pt&nrm=iso – Acesso em 15/12/2009 e 30/05/2010 Acesso em 01 de mai de 210.

NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do- Revista APS, v.7, n.2, p.104-109, jul./dez. 2004. O desafio da clínica na saúde da família. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/DesafioPSF.pdf> Acesso em: 05/05/2010,31/05/2010 e 06/06/2010

NASCIMENTO, Paula Thais Avila do; TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis: ACM arq. catarin. med;37(4):32-34, set.-dez. 2008. Disponível em <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/607.pdf> Acesso em 22 de abr de 2010.

NERY, Sônia Regina et al. Ciência & Saúde Coletiva: **Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família.** Vol.14. supl.1. RJ, set./out. 2009.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800014&lng=pt&nrm=iso - Acesso em 15/12/2009 e 30/05/2010 Acesso em 4 de abr de 2010.

OLIVEIRA, Adriano et al. Interface - Comunicação, Saúde Educação: **A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP,** vol. 12, nº 27, Botucatu. out./dez-2008 Disponível:http://sielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400006&lng=pt&nrm=iso - Acesso em 15/12/2009 e 30/05/2010

PINHO, Leandro Barbosa de et al A integralidade no cuidado em saúde: um resgate da parte da produção científica da área. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a22.pdf>. Acesso em: 06/05/2010, 31/06/2010 e 06/06/2010

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo et al. **Acolhimento no Programa Saúde da Família: Um caminho para a Humanização da Atenção à Saúde. 2004** Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1707/1415> - Acesso em 06/05/2010, 31/05/2010 e 06/06/2010

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de et al. Caderno de Saúde Pública: **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**.v. 24, supl.1.Rio de Janeiro, 2008. http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf. Acesso em:06/05/2010, 31/05/2010 e 06/06/2010

HZABOLI, Elma Lourdes Campos Pavone Bioética e atenção básica: uma clínica ampliada, uma bioética clínica ampliada – 2009. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/67/195a204.pdf Acesso em: 05/05/2010,31/05/2010 e 06/06/2010

APÊNDICES

APÊNDICE A:

QUADRO 1: REFERENCIAS A ACOLHIMENTO NOS RELATÓRIOS DAS CONFERENCIAS NACIONAIS DE SAÚDE.

Confere ncias	Órgão de origem	Ano de divulgação	Referencia a acesso e acolhimento	Acesso em 15 de mai de 2010. Disponível em
1ª	Ministério da Educação e Saúde	1941	Não se identificou nenhuma referência	http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf
2ª	Não localizado	?	?	?
3ª	Ministério da saúde	1963	Não se identificou nenhuma referência	http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf
4ª	Não localizado	?	?	?
5ª	Ministérioda Saúde	1975	Não se identificou nenhuma referência	http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf
6ª .	Ministérioda Saúde	1977	Não se identificou nenhuma referência	http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf
7ª .	Ministério da Saúde	1980	Não se identificou nenhuma referência	http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf
8ª .	Ministério da Saúde	1986	Não se identificou nenhuma referência	http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

9ª .	Ministério da Saúde	1992	Não se identificou nenhuma referência	http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf
10ª .	Conselho Nacional de Saúde	1998	Não se identificou nenhuma referência	http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf
11 .	Conselho Nacional de Saúde	2000	(pagina 55) “ A discussão realizada nesta 11a CNS sobre a Atenção à Saúde e a gestão do SUS destaca a necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada tratamento.”	http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf
12 .	Conselho Nacional de Saúde	2004	(Pagina 77) “Os pressupostos da organização dos serviços são o estabelecimento de processos e práticas que garantam a universalidade do acesso e o acolhimento aos usuários; a responsabilização com geração de vínculo entre profissionais e população; a integralidade na atenção, considerando as diversidades de gênero, idade, raciais, étnicas e culturais; o aumento da resolutividade; e a democratização com ampla participação de trabalhadores e usuários na gestão. Além disso, deve-se observar a estratégia da hierarquização e regionalização conformando redes de serviços, a descentralização e a melhoria da gestão pública com adequação às realidades locais. (página 79) “ Fortalecer uma nova cultura da atenção ao usuário e das relações e condições de trabalho nos serviços de saúde, garantindo: (...) III. práticas de acolhimento , avaliação de riscos, ampliação do acesso às ações de saúde bucal, mental e do trabalhador, vigilância nutricional e sanitária;” (página 88) Garantir acesso ao atendimento integral às pessoas vítimas de violência sexual, incluindo o o acolhimento no protocolo de atendimento, o respeito à integridade física, moral e psíquica das pessoas e a humanização do pronto atendimento, utilizando todo o sistema de saúde, com abordagem multiprofissional e intersetorial.	http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf

13	Conselho Nacional de Saúde	2007	<p>Página 20 “ Efetivar no âmbito do SUS, por meio de programas intersetoriais e multidisciplinares, ações preventivas, educativas e assistenciais voltadas ao combate das discriminações, realizando campanhas de sensibilização e consolidando redes de acolhimento e assistência, implementando ações de notificação compulsória. Implantar centros de lazer e cultura e/ou centros de acolhimento para crianças e adolescentes em todas as regiões, com equipe multiprofissional especializada para o desenvolvimento de atividades educativas, de saúde, esportivas, de lazer e cultura, como forma de prevenção às drogas, violência doméstica e externa e marginalização, com adequação da oferta de profissionais e equipamentos e elaboração de políticas para a cobertura de grupos de risco e de vulneráveis ao sofrimento mental.</p> <p>Página 21 “Fortalecer políticas públicas que garantam 72. qualidade de vida e equidade de acesso físico e social às pessoas com deficiências e doenças incapacitantes, por meio de políticas afirmativas e programas intersetoriais de inclusão social que atendam às necessidades de comunicação, acesso aos benefícios da seguridade social às pessoas impossibilitadas para o trabalho, filas prioritárias, adaptação física e humana de locais de trabalho, acesso a serviços nas áreas urbana e rural, adaptações nas vias públicas e transporte coletivo adaptado e gratuito, incluindo as com sofrimento psíquico, doentes mentais e seus acompanhantes, além de formar profissionais e produzir materiais educativos apropriados para todos os tipos de necessidades educativas especiais, assegurando atendimento especializado nas áreas de recuperação e reabilitação, com a ética da não-discriminação e do não-preconceito na sua conduta física e moral, capacitando profissionais para o atendimento e o acolhimento dessa população.</p> <p>Página 47 Os governos federal, estaduais e municipais devem implantar e implementar ações e serviços em relação à atenção integral à saúde da mulher, contemplando o apoio à Lei Maria da Penha, articulando segurança, assistência social e saúde, e apoiando a implantação de casas de acolhimento para mulheres vítimas de violência;</p> <p>Página 90 O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde devem implantar a Portaria MS nº 1.996/07 que disponibiliza recursos para a educação permanente em saúde, de forma descentralizada para trabalhadores e gestores , em conformidade com as especificidades de cada profissão, por meio da educação permanente, incluindo temáticas estratégicas envolvendo a atenção e a gestão do SUS, com foco no acolhimento, na humanização, no respeito às diferenças culturais, físicas, etnia, gênero, orientação sexual, religião e geração, objetivando desenvolver ações que contribuam com a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e população usuária e das necessidades do SUS garantindo a alocação de recursos específicos.</p>	http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_13.pdf
----	----------------------------	------	---	---

		<p>Página 95 Criação de um programa de integração no ingresso dos trabalhadores no SUS e na promoção de capacitações continuadas e sistemáticas em humanização e acolhimento de todo os profissionais da rede do SUS, especialmente os do Samu, qualificando-os para um cuidado respeitoso e digno, com vista à humanização dos serviços por meio de cursos e encontros sobre relações interpessoais de trabalho, ética profissional e integração intersetorial</p> <p>página 111 “Implantar o acolhimento com avaliação de risco em todos os serviços da rede hospitalar e em especial nas urgências (hospitais locais, regionais, estaduais), priorizando o atendimento não por ordem de chegada, dividindo os ambientes de acordo com a gravidade, garantindo agilidade no atendimento às necessidades do usuário a partir do acolhimento com classificação de risco, que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo,</p> <p>página 118 “Garantir e fortalecer a Política Nacional 220. de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, pactuada nos colegiados de gestão, por meio de parceria interinstitucional, otimizando custos, viabilizando e formalizando núcleos de educação permanente, em nível regional; reformar e adequar a rede hospitalar e de todas as instituições que prestam serviço ao SUS, atendendo a um padrão de ambiência (arquitetura, mobiliário, padrão de equipamentos), proporcionando conforto, privacidade e segurança ao usuário e ao trabalhador, com sinalização e acessibilidade no acolhimento ao usuário e no acompanhamento do processo de atendimento ao cidadão, com oferta de serviço , respeitando critérios de risco, priorizando a qualidade das ações e dos serviços, nos centros e hospitais da rede pública e credenciada, visando à resolutividade da demanda.</p> <p>Página 152 Que o Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e municípios façam cumprir a acessibilidade no SUS, garantida pelo Decreto nº 5.296/2004 (aparelhos de aferição de saúde, estrutura física, humanização, capacitação de profissionais para atendimento e acolhimento, sinais identificadores nas unidades de saúde, publicações), de forma que atenda às necessidades específicas das pessoas com deficiência.</p>	
--	--	---	--

QUADRO 2: DOCUMENTOS LEGAIS RELACIONADOS ÀS PALAVRAS CHAVE “MINISTÉRIO DA SAÚDE; E “ACOLHIMENTO” ENCONTRADAS NA REDE VIRTUAL

Resoluções/normas/portarias Ministério das saúde	Secretaria /órgão de origem	Ano de divulgaçã o	Objetivo principal	Disponível em
Portaria MS/GM nº 675, de 30/3/2006, publicada no DOU, Seção 1, em 31/3/2006.	Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização.	2006	<p>Aprova Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania em todo o País.</p> <p>Pág. 2 Quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o acolhimento e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio.</p> <p>Pág. 4 É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência.</p>	<p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf Acesso em 30/05/2010</p>

Acolhimento nas práticas de produção de saúde	Ministério da Saúde	2008	<p>Pág. 3 - O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.</p> <p>Pág. 6 - Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS: ética, estética e política.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; • estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; • política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros <p>Pág. 7 o acolhimento está presente em todas as relações e os encontros que fazemos na vida, mesmo quando pouco cuidamos dele. Entretanto, temos de admitir que parece ter ficado difícil exercer e afirmar o acolhimento em nossas práticas cotidianas.</p>	<p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed.pdf Último acesso em 30/05/2010</p>
---	---------------------	------	---	---

			<p>Pág. 13 - A idéia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS. Tal experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos. Reconhecer essa longa trajetória, ao falar do acolhimento, significa por um lado reconhecer que grande parte do que sabemos hoje se deve a esse acúmulo prático, mas também, por outro lado, é preciso esclarecer a “qual” acolhimento estamos nos referindo, já que algumas dessas experiências inscreveram o acolhimento numa atitude voluntária de bondade e favor, por parte de alguns profissionais, e deram ao nome “acolhimento” alguns significados dos quais não compartilhamos. Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada: • ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; • ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Ambas as noções têm sua importância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem</p> <p>Pág. 14 - uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Nessa definição restrita de acolhimento, muitos serviços de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • convivem com filas “madrugadoras” na porta, disputando sem critério algum, exceto à hora de chegada, algumas vagas na manhã. É preciso salientar que tais serviços atendem principalmente os “mais fortes” e não os que mais necessitam de assistência; • reproduzem uma certa forma de lidar com trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento; • atendem pessoas com sérios problemas de saúde sem, por exemplo, acolhê-las durante um momento de agravamento do problema, rompendo o vínculo que é alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde; • encontram-se muito atarefados, com os profissionais até mesmo exaustos de tanto realizar atividades, mas não conseguem avaliar e 	
--	--	--	--	--

		<p>Pág.15 - interferir nessas atividades de modo a melhor qualificá-las;</p> <ul style="list-style-type: none"> • convivem, os serviços de urgências, com casos graves em filas de espera porque não conseguem distinguir riscos. <p>Pág. 16 - A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde. É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde.</p> <p>Pág. 17 A reversão desse processo nos convoca à construção de alianças éticas com a produção da vida, em que o compromisso singular com os sujeitos, os usuários e os profissionais de saúde ganhe centralidade em nossas ações de saúde. Essas alianças com a produção da vida implicam um processo que estimula a co-responsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional de saúde como parte da minha vida. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que “eu me reinvente, inventando-me com o outro”.</p> <p>Pág. 21 - 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. Uma postura acolhedora implica estar atento e poroso às diversidades cultural, racial e étnica.</p>	
--	--	--	--

			<p>Pág. 23 - Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, que, partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante, possibilitam que sejam analisados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica; • as formas de organização dos serviços de saúde; • o uso ou não de saberes e afetos, para a melhoria da qualidade das ações de saúde, e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida; • a humanização das relações em serviço; <p>Pág. 24 -</p> <ul style="list-style-type: none"> • a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; • a governabilidade das equipes locais; e • os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde. 	
Portaria MS/GM nº 675, de 30/3/2006, publicada no DOU, Seção 1, em 31/3/2006.	Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização	2006	Cartilha dos Direitos dos Usuários do SUS	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_a_direito_usuarios_2ed2007.pdf
Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006	Ministério da Saúde	2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Saúde do Idoso - Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais. O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

APÊNDICE B

QUADRO 3 ACOLHIMENTO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Titulo	Autores	Ano de public.	Objetivo principal	Endereço eletrônico
Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis	NASCIMENTO, Paula Thais Avila do; TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo	2008	Tem como objetivo caracterizar o processo de implantação do acolhimento em uma ULS de Florianópolis e analisar os discursos dos trabalhadores e usuários ao longo deste.	http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/607.pdf
Acolhimento em uma unidade básica de saúde	GREEN, M.C T. et al	2008	O trabalho focalizou alguns fatores ligados ao acesso, vínculo e acolhimento na Unidade Básica de Saúde do Jardim Paulista-Franca (SP) e objetivou avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação a esses fatores.	http://publicacoes.unifra.n.br/index.php/investigacao/article/view/69/35
Acesso e acolhimento dos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil	RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, . Alice Dias da Silva	2003	Aborda-se a visão dos usuários sobre fatores que influenciam a qualidade do atendimento em uma unidade de saúde de Porto Alegre	http://www.docstoc.com/docs/5636199/Acesso-e-acolhimento-em-Porto-Alegre/
Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde	SOUZA, Elizabeth C.F de et al	2008	Trata-se de avaliação de acesso e acolhimento na atenção básica, a partir de percepções de usuários e profissionais de saúde de unidades básicas de saúde e unidades da saúde de família, em três capitais do Nordeste brasileiro.	HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20081300015&lng=pt&nrm=iso

Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil	TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; Eliete Maria Silva	2007	Relata as transformações no processo de trabalho da enfermagem com a incorporação do acolhimento no processo de implementação do Projeto Paidéia de Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, São Paulo, Brasil, a partir de 2001	HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200009&lng=pt&nrm=iso
A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP	OLIVEIRA, Adriano de et al	2008	Teve como objetivos compreender as percepções de trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde da família sobre o papel da comunicação no contexto do acolhimento, e desenvolver ações educativas que permitissem reflexão e discussão sobre o tema.	HTTP://sielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400006&lng=pt&nrm=iso
Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários	LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al	2007	Tem como objetivo caracterizar, a partir da opinião dos usuários, o acesso ao atendimento e a prestação do serviço oferecido, quanto à forma como são acolhidos em unidades de saúde de Porto Alegre	HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100003&lng=pt&nrm=iso

QUADRO 4: ACOLHIMENTO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Titulo	Autores	Ano de publicação	Objetivo principal	Endereço eletrônico
Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários	INOJOSA, Rose Marie	2005	<p>Pág.1 e 2 - A produção da saúde e seus sujeitos</p> <p>A saúde se faz com pessoas e entre pessoas, com a mediação das tecnologias geradas pela ciência e pelo conhecimento popular. Trata-se, antes de tudo, de uma relação humana, uma relação entre sujeitos, com suas potencialidades, limites e saberes. Quer seja na perspectiva da assistência para recuperação ou prevenção de agravo ou doença, quer seja para a promoção da saúde, .essa produção se realiza na relação entre indivíduos, entre uma família e uma equipe de saúde, entre uma população e seu sistema público de saúde.</p> <p>Isso também se dá na prestação de outros serviços públicos, como o de educação, por exemplo, porém, essa relação na saúde distingue-se por singularidades tanto no que diz respeito ao sujeito profissional de saúde como ao sujeito cidadão usuário dos serviços.</p> <p>Idealmente, o profissional de saúde tem o ofício de promover a vida, uma relação saudável das pessoas com o meio-ambiente e com outras espécies, contribuir para manter saudáveis crianças, jovens e adultos e para ajudar idosos a manter a qualidade de vida. Mas o ofício do profissional de saúde também inclui lidar cotidianamente a dor, o medo e a morte, com o delicado trabalho pela recuperação da saúde, pelo ensinamento de conviver com limitações e seqüelas, oferecendo o amparo necessário no momento em que a vida chega ao seu final, para que seja digna e com o menor sofrimento possível. Mais do que em outras profissões, estas exigências invadem o dia-a-dia dos profissionais e as outras esferas da sua vida.</p> <p>Além disso, o profissional de saúde no serviço público está inserido em um sistema, que tem regras e limitações operacionais, administrativas e tecnológicas. Mesmo um sistema público de saúde como o do Brasil. que tem como princípios a universalidade, a equanimidade e a integralidade, na prática ainda temos graves desigualdades no acesso e limitações impostas pela quantidade de recursos disponíveis – cerca de cento e vinte e cinco dólares por habitante/ano.</p>	http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf

			<p>O cidadão usuário dos serviços muitas vezes os procura em situações de dor e com expectativas que nem sempre os profissionais de saúde serão capazes de preencher. Os acompanhantes também estão em situação de tensão, de angústia. Não se trata de usufruir de um serviço público em condições de escolha do momento, do lugar. Não é como ir a um parque público, a uma biblioteca, a um teatro. Nem mesmo é como utilizar o transporte público. Ainda são poucos os cidadãos que acompanham sua saúde quando nenhum sinal de desconforto está presente. Na maioria das vezes, já há, no mínimo, alguma limitação do reduza à expectativa de saber se está tudo bem com seus exames de rotina.</p> <p>Além disso, é preciso considerar a assimetria de conhecimentos – e portanto de poder – entre os sujeitos na relação de saúde. O profissional de saúde e, particularmente, o médico é visto – e se vê – como o detentor do conhecimento científico sobre a saúde e a doença. Seu conhecimento vem embalado em uma linguagem que nem sempre é compreendida pelo outro. Nem sempre o profissional de saúde considera o conhecimento popular como um conhecimento passível de contribuir para a compreensão da situação do cidadão atendido e de seu agravo, ao contrário, tende, no geral, a desqualificá-lo ou ignorá-lo. O cidadão, mesmo que com escolaridade similar, não domina a linguagem que hermetiza – como em muitas corporações profissionais – a compreensão das explicações do médico e de outros profissionais da equipe sobre a sua própria condição. No serviço público essa dificuldade de compreensão ainda tende a ser maior em função das desigualdades de condição social e de escolaridade entre as partes. Ora, a compreensão é elemento essencial no diálogo e, se ela falta, é bem difícil que a relação possa fluir com respeito entre os sujeitos. Na formação do profissional de saúde, a universidade não tem trabalhado de forma suficiente nem adequada a questão do vínculo com o usuário e da relação entre sujeitos. A ênfase ainda é na doença e na apreensão de tecnologias de intervenção, numa visão de administração de conserto mecânico, de correção do funcionamento dos aparelhos. A super-especialização contribui para o afastamento entre o profissional e o cidadão atendido, valorizando a capacidade de consertar uma parte, um defeito em algum aparelho, sem considerar o sujeito na sua complexidade e fazendo com que o cidadão tenha de valer-se de vários profissionais, cada qual examinando e interferindo em algum aspecto e nenhum considerando-o na sua integralidade. Um tratamento de câncer, por exemplo, é quase uma maratona, onde a pessoa – e seus acompanhantes peregrinam de consultório em consultório, de serviço em serviço</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Se doenças oportunistas surgem na esteira do quadro, outros profissionais e serviços terão de ser acionados e raramente conversarão entre si sobre o paciente.</p> <p>Desse modo a disposição para a relação de produção da saúde ou de tratamento da doença é perpassada por essa tensão entre os sujeitos, o profissional de saúde e o usuário dos serviços. Ambos têm de trabalhar com seus limites individuais e com os limites do outro, por limites impostos pelos fatores de risco e de agravos que estão além dos saberes e/ou dos poderes dos profissionais de saúde ou dos limites do próprio sistema de saúde.</p> <p>Na prática temos de um lado alguém com medo, com dor, com ansiedade e, de outro lado alguém bastante pressionado e às vezes endurecido exatamente pelo ofício de lidar com o medo e a dor. É assim que, em muitas ocasiões a oportunidade é perdida. Este par único – quem está sendo atendido e quem atende – nem sempre consegue alcançar a confiança mútua mínima necessária para estabelecer a relação terapêutica. Quem é atendido quer resolver o problema que sente, ainda que o problema esteja para além das possibilidades de intervenção de quem atende. Quem atende às vezes fecha cuidadosamente o seu coração para não aumentar sua própria angústia diante das limitações humanas e do sistema de saúde.</p> <p>Trata-se, portanto, de um grande desafio propiciar que o encontro entre os cidadãos usuários e os profissionais de saúde sejam, de fato, oportunidade para uma relação de respeito, solidariedade e ajuda mútua, essencial para a produção da saúde.</p>	
Acolhimento: uma reflexão a cerca da alteridade na relação entre trabalhador e usuário no trabalho de rede básica de saúde	MATAMOTO, Silvia; MARTINS, Silvana Martins Mishima; FORTUNA, Cinira Magali	2002	<p>O trabalho apresenta como proposta uma reflexão acerca da alteridade presente na relação de acolhimento. Uma análise indiciária dos diálogos entre trabalhador e usuário pode oferecer material muito rico para refletirmos e analisarmos as relações no trabalho em saúde, se acolhemos ou não, o que estamos produzindo, a quem estão servindo nossas ações, em que contexto. Os indícios podem nos ajudar a repensar o acolhimento nos dando pistas dos sentidos dos discursos e dos movimentos dos sujeitos. Entretanto, no cotidiano do trabalho em saúde tais indícios por si só não promovem a mudança. O agente de mudança são os sujeitos.</p>	http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000052002000100044&script=sci_arttext

			Precisamos então sensibilizar o trabalhador para essa necessidade. Um caminho possível é o da reflexão pelo próprio trabalhador acerca por exemplo, do seu trabalho, das diferentes posições que tem tomado ao realizar suas ações, de como vem construindo a relação com os usuários; que pode ser disparada através da análise do discurso produzido no encontro trabalhador-usuário, evidenciando os indícios que podem revelar os sentidos ocultos na opacidade.	
Acolhimento em uma unidade básica de saúde	GREEN, Márcia Cristina Taveira et al	2008	O trabalho focalizou alguns fatores ligados ao acesso, vínculo e acolhimento na Unidade Básica de Saúde do Jardim Paulista-Franca (SP) e objetivou avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação a esses fatores.	http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/69/35

QUADRO 5 ACOLHIMENTO E PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Titulo	Autores	Ano de publicação	Objetivo principal	Endereço eletrônico
A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família	SCHOLZE, Alessandro da Silva	2006	Este trabalho visou descrever a implantação do acolhimento como forma de organização do trabalho em saúde no PSF. Relata-se a experiência dos autores na implantação do acolhimento em uma unidade do PSF	www.ccs.uel.br/espaco/parasaude
Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil	TAKEMOTO, Máira Libertad Soligo; Eliete Maria Silva	2007	Relata as transformações no processo de trabalho da enfermagem com a incorporação do acolhimento no processo de implementação do Projeto Paidéia de Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, São Paulo, Brasil, a partir de 2001	HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200009&lng=pt&nrm=iso
O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica	BECK, Carmem Lúcia Colomé; MINUZZI, Daniele	2008	Objetiva identificar fatores positivos, dificuldades na implantação e resultados da operacionalização do acolhimento em instituições de saúde	http://w3.ufsm.br/revista/saude/2008/34a(1-2)37-43,%202008.pdf

Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil	TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria.	2007	O presente artigo relata as transformações no trabalho da enfermagem com a incorporação do acolhimento no processo de implementação do Projeto Paidéia de Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, São Paulo, Brasil	http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=439800&indexSearch=ID
--	---	------	--	---

QUADRO 6 ACOLHIMENTO E OBJETO DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA;

Titulo	Autores	Ano de publicação	Objetivo principal	Endereço eletrônico
Acolhimento no Programa Saúde da Família: Um caminho para a Humanização da Atenção à Saúde	SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo et al	2004	O trabalho tem como objetivo identificar a concepção que os profissionais do PSF têm de acolhimento, descrever como estes profissionais praticam o acolhimento, identificando as condições favoráveis e desfavoráveis para a consolidação de uma cultura da humanização no PSF. Pág. 72 o acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho que incorpore as relações humanas, apropriado por todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho, não se limitando ao ato de receber (FRACOLLI & BERTOLOZZI, 2003). Pág. 73 - o acolhimento pode significar não só a resolução completa dos problemas que o usuário apresenta, mas a atenção dispensada, através da escuta, à valorização das queixas e à identificação das necessidades, transformadas em objeto de ação de saúde (TEIXEIRA et al., 2000).	http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1707/1415
Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa de saúde da família : realidade ou desejo?	SCHIMITH, Maria Denise	2002	Tem-se o objetivo de analisar o trabalho de uma Equipe de Saúde da Família, no que se refere ao acolhimento dos usuários e à produção de vínculo, durante o trabalho vivo em ato, caracterizando o modo de produção de saúde que está sendo construído e também as concepções dos trabalhadores acerca do usuário, identificando o potencial de acolhimento e de construção de vínculo entre profissionais e usuários.	http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/3146
Processo de Trabalho no Programa Saúde da Família em Porto Alegre: A Discussão das Competências profissionais como Proposta de mudança	CORADINI, Sônia Regina; AZZI, Maria Woitikoski; MENDONÇA, Claunara Schilling	2004	O objetivo do presente trabalho é relatar uma experiência vivenciada na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre junto às equipes de Saúde da Família no ano de 2002, da utilização de uma metodologia participativa para definição das competências, individuais e da equipe (Núcleo e Campo de Competências). Pág 173 - É importante a observação de que determinadas ações em saúde não tinham consenso, em nenhuma das categorias , para definir suas competências Essa dificuldade de formulação evidenciou fortemente a necessidade da integralidade da atenção e da ampliação da rede assistencial.	http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1_15proceso_trabalho.pdf

QUADRO 7 ACOLHIMENTO E TECNOLOGIAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Título	Autores	Ano de publicação	Objetivo principal	Endereço eletrônico
As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde	MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva	2004	<p>Este artigo apresenta uma reflexão sobre as principais características dos modelos tecno-assistenciais da Vigilância da Saúde e Em Defesa da Vida, propondo as tecnologias leves (acolhimento, vínculo, busca da autonomia e a gestão, como forma de governar processos de trabalho) como orientadoras das práticas em serviços de saúde, na busca da qualidade de vida dos cidadãos usuários do sistema.</p> <p>Pág. 18 destacamos as tecnologias leves(5), quais sejam, o acolhimento, a produção de vínculo, a autonomização e a gestão compartilhada de processos de trabalho, como orientadoras das práticas em serviços de Saúde, tendo como enfoque a qualidade de vida dos cidadãos usuários do Sistema de Saúde.</p> <p>Propomos esta alternativa por acreditar que somente será possível uma assistência de melhor qualidade se houver uma mudança significativa tanto nas relações entre profissionais, usuários e comunidades, quanto na sua noção de cura, buscando novos elementos norteadores das práticas de saúde.</p> <p>Pág. 24 - O que procuramos destacar nesta reflexão é que é preciso buscar a participação dos profissionais na tomada de decisão e na responsabilização por uma assistência de qualidade, de forma a colocar toda tecnologia disponível a serviço do usuário, seja em um serviço de atenção básica, especializada ou no hospital, primando pela humanização da assistência, reconstruindo a dignidade tanto do trabalhador como a do usuário. Embora tenhamos claro que apesar de todo o esforço, dificilmente conseguiremos a perfeição nas nossas ações, acreditamos que a utilização das tecnologias leves poderá auxiliar os trabalhadores, as equipes, as unidades de saúde e a rede de serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que os procuram podendo, assim, delinear uma nova ética na Saúde.</p>	http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauc hadeEnfermagem/artic le/viewFile/4490/2427

Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa de saúde da família : realidade ou desejo?	SCHIMITH, Maria Denise	2008	O objeto deste estudo é o acolhimento e a produção de vínculo aos usuários adscritos a uma Equipe do Programa Saúde da Família; no Estado do Rio Grande do Sul (RS). Os conceitos de acolhimento e vínculo são considerados elementos das tecnologias leves, que têm como espaço de realização o encontro entre trabalhador e usuário	http://www.qprocura.com.br/dp/82242/Acolhimento-e-vinculo-em-uma-equipe-do-programa-de-saude-da-familia:-realidade-ou-desejo.html
Acolhimento na Atenção Básica: Navegações e Mergulhos nos discursos e práticas produzidos no cotidiano de uma unidade de saúde de família	HOFFMAN, Catharina	2009	Esta pesquisa abrange os processos de produção de saúde, tendo como objeto de estudo os discursos e práticas de saúde relacionados ao acolhimento	http://portais.ufes.br/PRPPG/ext/mono.php?progress=3426&curso=24&prog=30001013028P7

QUADRO 9 ACOLHIMENTO E CUIDADO INTEGRAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Título	Autores	Ano de publicação	Objetivo principal	Endereço eletrônico
A integralidade no cuidado em saúde: um resgate da parte da produção científica da área	PINHO, Leandro Barbosa de et al	2007	Este trabalho tem por objetivo conhecer diferentes concepções trazidas em parte da literatura da área da saúde acerca do conceito de integralidade, que vem fundamentando o saber e o fazer no contexto de cuidados à saúde coletiva. Pág. 845 - Destacamos que a integralidade, nos estudos apresentados, configura-se como uma dimensão teórico-prática do saber em saúde coletiva, indo desde a dimensão mais macroestrutural – que discute as políticas locoregionais. – até a dimensão mais subjetiva do sujeito que é atendido nos serviços de saúde. Nesse sentido, a integralidade, como conhecimento e fazer em saúde vem ao encontro do respeito às singularidades, complexidades, momentos, espaços e limites pessoais-interpessoais. O conceito de integralidade parece se deslocar cotidianamente do terreno prático da assistência para o terreno do conhecimento científico e vice-versa, numa dialética que permite pensá-la como conhecimento (como nos estudos avaliativos), como fazer (como nos estudos sobre a obesidade e a hospitalização infantil) e como política (como no caso dos estudos sobre o PSF). Sinalizamos que este trabalho não se constitui em um esgotamento do tema, já que se trata de um recorte acerca de um assunto de notória amplitude. Contudo, pode fornecer subsídios para o delineamento de outras investigações, para compreender o objeto da integralidade e de suas relações com os saberes e as práticas estabelecidas em um campo tão complexo como é o da saúde.	http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a22.pdf
Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família	FRACOLLI, Lisiane Aparecida ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone	2004	Este estudo objetivou identificar como se processa o "acolhimento" em Unidades de Saúde da Família, em São Paulo.	http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342004000200004&script=sci_arttext&lng=pt

QUADRO 10 ACOLHIMENTO E CLÍNICA AMPLIADA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Titulo	Autores	Ano de publicação	Objetivo principal	Endereço eletrônico
O desafio da clínica na saúde da família	NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do	2004	<p>Estudo teórico numa abordagem crítico-analítica sobre a clínica na saúde da família, embasado nos referenciais de Campos (2003 a; 2003 b) e Merhy (2003; 2002), com o objetivo de discutir a possibilidade da resignificação da clínica no programa saúde da família. Apesar dos desafios, o estudo aponta caminhos sobre um novo modo de pensar e produzir saúde através de um trabalho multidisciplinar da equipe de saúde direcionado a uma clínica ampliada, de relações, também denominada clínica do sujeito.</p> <p>Nesse “novo” paradigma – clínica ampliada / clínica do sujeito, a relação trabalhador de saúde – usuário é essencial, pois nesta relação um não existe sem o outro (NASCIMENTO; MISHIMA, 2004). Portanto, na medida em que há uma aproximação nas relações dos usuários dos serviços e trabalhadores de saúde, haverá, segundo Franco e Merhy (2003), uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador que comporta um conjunto de “ações clínicas” – aqui entendidas no sentido “do encontro das necessidades com processos de intervenção tecnologicamente orientado, que visam ‘operar’ sobre o campo das necessidades que se faz presente neste encontro na busca da perseguição de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de andar a vida” (FRANCO; MERHY, 2003, p.37).</p> <p>Para os respectivos autores, esses encontros interindividuais, a dois, se produzem em um espaço intercessor no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se na tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves, definidas como tecnologias de ações que se configuram em processo de intenção em ato, um processo de relação de interação, de vínculo, de escuta, de intersubjetividade, gestão como forma de governar o processo de trabalho, humanização dentre outras (MERHY, 1997).</p> <p>A partir do momento que ocorre uma relação enquanto trabalho de saúde - entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilização, que se articulam com a constituição de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções. Estes processos intercessores são atributos de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador de saúde.</p>	http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/DesafioPSF.pdf

<p>Bioética e atenção básica: uma clínica ampliada, uma bioética clínica ampliada</p>	<p>ZABOLI, Elma Lourdes Campos Pavone</p>	<p>2009</p>	<p>Este artigo argumenta que a clínica ampliada própria para este nível da assistência à saúde requer uma amplificação da bioética clínica, com a conjugação dialética e hermenêutica de direitos e responsabilidades, por meio da ética do cuidado.</p> <p>Pág. 199 –Se a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, é claro que a clínica tem que se ampliar para poder dar conta desta abrangência. Assim, o pressuposto implícito e aprendido pelos profissionais de que a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia vê-se abalado na Atenção Básica. Neste nível da assistência, o diagnóstico e a respectiva conduta, quando acontecem, são apenas uma parte do projeto terapêutico¹².</p> <p>A assimetria entre profissionais e usuários produzida nas instituições hospitalares não é a mesma que ocorre na Atenção Básica. A submissão do usuário é infinitamente menor, já que a aplicação das condutas depende dele mesmo, longe do profissional e do serviço de saúde. O usuário está com mais liberdade, mais controle autônomo de seu cuidado. Por isso, torna-se impossível cuidar e intervir nos problemas de saúde sem a participação e compreensão das pessoas, e esta tem de ser conquistada e cultivada, o que implica disposição atitudinal e preparo técnico para a escuta e diálogo. Ou seja, novos saberes e nova ética para a aceitação do outro em uma relação intersubjetiva¹²</p>	<p>http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/195%204.pdf</p>
<p>Humaniza SUS Clínica Ampliada</p>	<p>Ministério da Saúde</p>	<p>2004</p>	<p>Objetiva enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde.</p> <p>O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS.</p>	<p>http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_clinica_ampliada.pdf</p>

<p>Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde</p>	<p>CARVALHO, Cristiane A.P. et al</p>	<p>2008</p>	<p>O presente artigo apresenta uma revisão sistemática para investigar o modo de operacionalizaçãodo acolhimento aos usuários nos serviços públicos de saúde e sua incorporação frente aos princípios do SUS</p>	<p>http://www.cienciasdaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/iD%20253.pdf</p>
---	---------------------------------------	-------------	--	--

QUADRO 11 AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO PELO USUÁRIO DO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Título	Autores	Ano de publicação	Objetivo principal	Endereço eletrônico
O presente estudo tem por objetivo avaliar a satisfação dos usuários referente ao cuidado em saúde prestado pela equipe multiprofissional do Programa de Saúde da Família (PSF) de Teixeiras – MG.	COOTA, Rosângela Minardi Mitre et al	2005	O presente estudo tem por objetivo avaliara satisfação dos usuários referente ao cuidado em saúde prestado pela equipe multiprofissional do Programa de Saúde da Família (PSF) de Teixeiras – MG. Pág. 228 – A percepção dos usuários sobre a prática do PSF é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência do mesmo e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde. A avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade adstrita(12).	http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1572/1175