

**LÍVIA ARAÚJO RAMOS**

**ACOLHIMENTO: UMA FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE**

**VÁRZEA DA PALMA/MINAS GERAIS**

**2010**

**LÍVIA ARAÚJO RAMOS**

**ACOLHIMENTO: UMA FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE**

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

Orientador: Horácio Pereira de Faria

**VÁRZEA DA PALMA/MINAS GERAIS**

**2010**

**LÍVIA ARAÚJO RAMOS**

**ACOLHIMENTO: UMA FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE**

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

Orientador: Horácio Pereira de Faria

Banca Examinadora

Prof ..... UFMG  
Prof..... UFMG  
Prof..... UFMG

Aprovada em...../...../.....

## RESUMO

O acolhimento constitui uma forma de humanizar e organizar o trabalho em saúde, por meio da escuta qualificada, da capacitação e sensibilização dos profissionais inseridos no serviço de saúde. É fazer com que o cidadão se sinta valorizado, os profissionais satisfeitos e que o serviço funcione de forma eficaz. Isso muda o processo de trabalho e permite uma “nova” porta de entrada para o serviço público de saúde. O objetivo deste trabalho é definir diretrizes gerais para uma proposta de implementação do acolhimento na Estratégia de Saúde da Família Paulo VI. Foram revisados artigos publicados nos últimos quinze anos. Descrita a rotina de funcionamento da Unidade de Saúde com ênfase no acolhimento aos usuários e às demandas. Utilizou-se também dados do portfólio elaborado durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e por fim confrontou-se dados obtidos na revisão da literatura com a realidade da ESF Paulo VI a fim de elaborar as diretrizes para implementação do acolhimento na Unidade.

Descritores:

“Acolhimento”, “humanização”, “programa de saúde da família”, “processo de trabalho”

## Abstract

The reception is a way to humanize and organize work in health, through the qualified hearing, the training and awareness of professionals in the health service. Is to make the citizen feel valued, professionals and satisfied that the service operates effectively. This changes the work process and allows a "new" gateway to the public health service. The objective of this work is to define general guidelines for a proposal to implement the strategy of hosting the Family Health Paul VI. We reviewed articles published in the last fifteen years. Described the routine operation of the Health Unit with emphasis on home users and demands. We also used data from the portfolio produced during the Specialization Course in Primary Health Care for the Family and finally came face to face data in the literature review with the reality of ESF Paul VI in order to prepare guidelines for implementation of the host Unit.

Descriptors:

"Host", "humanization" program "family health", "work process"

## Sumário

Introdução.....	06
Objetivo geral.....	13
Objetivo específico.....	13
Metodologia.....	13
Desenvolvimento.....	14
Revisão da literatura.....	14
Acolhimento.....	14
Política Nacional de Humanização (PNH).....	15
Capacitação da Equipe de Saúde para o Acolhimento.....	17
Experiências de implantação do acolhimento.....	18
Caracterização da situação atual.....	22
Caracterização da unidade.....	22
Acolhimento e funcionamento da ESF.....	22
Diretrizes para implementação do acolhimento na ESF Paulo VI.....	23
Considerações finais.....	25
Referências bibliográficas.....	26

## ACOLHIMENTO: UMA FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Lívia <sup>1</sup>

### 1. INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) define a atenção primária como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a população de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos e sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo sustentável. (CONASS, 2004).

A Constituição Federal de 1988 representou um marco para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. A partir de sua promulgação, todos os cidadãos passaram a ter direito ao acesso a serviços de saúde e, para o cumprimento do disposto, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Ministério da Saúde explicita sua responsabilidade em direcionar esforços na reorientação do modelo de atenção à saúde, com prioridade ao estabelecimento de um sistema voltado à atenção básica. (Política Nacional de Atenção Básica, disposta na Portaria 648 / 2006 MS).

No que se refere à concepção de atenção básica, recente portaria ministerial (BRASIL, 2006) ratifica a visão clássica da APS enquanto primeiro nível de atenção, estratégia e filosofia para organizar os serviços de saúde. Ela é descrita na referida Portaria, como “um

---

<sup>1</sup> Lívia Araújo Ramos, enfermeira, Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas (EFOA) atualmente Unifal.

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”.

Para Mendes (2000) a atenção primária deve cumprir três funções essenciais:

- Resolução: objetiva resolver a maioria dos problemas da população;
- Organização: refere-se a organizar o fluxo de referência e contra-referência dos usuários pelo sistema de saúde;
- Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde do usuário em qualquer ponto de atenção à saúde.

Segundo Starfield (2002) atenção Primária à Saúde (APS) deve ser norteada pelos seguintes princípios:

- O Primeiro Contato: a APS deve ser a porta de entrada para o usuário ter acesso fácil ao serviço de saúde;
- A Longitudinalidade: adaptar ao crescimento e às mudanças do indivíduo no decorrer dos anos, oferecendo desde ações promocionais até reabilitação e como consequência gerar custos baixos para o serviço de saúde;
- A Integralidade da Atenção: visa reconhecer as necessidades da população e os recursos disponíveis para abordá-las;
- A Coordenação: compartilhar as informações dos usuários atendidos em outros pontos de atenção à saúde, ou seja, referência e contra-referência efetivas;
- A Centralização na Família: conhecer os membros da família e os problemas de saúde existentes;
- A Orientação Familiar: refere-se a ações complementares aos programas que atendam às necessidades de uma população definida e também a participação da comunidade na tomada de decisões.

Enquanto porta de entrada de milhões de cidadãos ao SUS, a política de atenção básica consiste no elo entre a população e os serviços de saúde e em ferramenta fundamental no processo de universalização do acesso à saúde.

Como uma das estratégias para o fortalecimento da APS e reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1994, o Ministério da Saúde (MS) propôs a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa tem como princípios fundamentais a atenção integral e humanizada e, como um de seus objetivos aumentar o vínculo entre profissionais de saúde e

família, humanizar e qualificar o atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). (SMS, São Paulo, 2002 e SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A.D.S.2004).

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início quando o Ministério da Saúde formula em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família. Assim, o PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, DF, sobre o tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo com apoio do UNICEF. A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada. Cabe salientar que a supervisão do trabalho do agente comunitário pelo enfermeiro, no Ceará, foi um primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais.

O Programa Saúde da Família representa o instrumento ordenador da atenção básica e se estrutura a partir da constituição de equipes multiprofissionais responsáveis pela saúde da população. Seu objetivo é realizar de forma integral e contínua ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Ao tornar a família o foco da atenção em saúde, abarcando seu ambiente físico e social, o PSF permite uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença do que ocorreria a partir de intervenções pontuais.

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional responsável por oferecer assistência contínua a uma população adscrita. Prioriza a promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, atuando também na cura e reabilitação. Demonstra um potencial de resolubilidade de até 80% das demandas da comunidade. Possui como foco de atenção a família, não significando que a abordagem individual seja desprezada. Com a implantação da estratégia dificuldades como o acesso da população à assistência diminuiu e alguns indicadores de saúde melhoraram, como, por exemplo, a mortalidade infantil que reduziu. (PDAPS, 2008).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da



Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

A Saúde da Família como estratégia dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento que reflete na reordenação do modelo de atenção no SUS. Busca racionalizar a utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas. (BRASIL, DAB, 2004).

Ao falar sobre mudança de modelos assistenciais estratégicos não podemos deixar de citar o processo de trabalho em saúde. De acordo com Franco e Merhy (2003) no processo de trabalho estão os saberes e os materiais necessários à produção e que para desenvolver a ESF são necessários outros saberes e novos instrumentos como: gerar saúde de acordo com a realidade de cada família, levando em consideração a cultura popular e da educação, produzidos por meio do diálogo.

O processo de trabalho em saúde é um processo que se realiza, predominantemente, em nível institucional, envolvendo os profissionais que prestam assistência (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.), profissionais de nível médio e de apoio (limpeza, copa, lavanderia, etc.), bem como, profissionais do setor administrativo (planejamento, gestão, etc.). Processo coletivo que não se constitui de modo espontâneo, mas está sujeito à intencionalidade da formação de um projeto que precisa ser compartilhado por diferentes profissionais e assumido pela direção da gestão das instituições públicas.

Nesse sentido, é importante que se busque localizar principalmente as relações estabelecidas entre os diferentes trabalhadores, discutindo o processo de trabalho através da identificação e análise de sua história e dificuldades em desenvolver uma prática conjunta,

contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre esse processo, no qual o Assistente Social está inserido.

Vale ressaltar que o trabalho em saúde se desencadeia com base em necessidades. Para Mishima *et al* (2003) as necessidades são geradas nas relações sociais, logo se diferenciam ao longo do tempo. Por isso os indivíduos que fazem parte desse trabalho precisam saber ouvir, interpretar, desenvolver capacidade de adaptar a mudanças e por fim acolher o indivíduo, a família de forma adequada e satisfatória.

A Estratégia Saúde da Família, em seu modo de operar os serviços de saúde, constitui-se num processo, e, assim sendo, não está concluído, podendo caminhar para o plano da racionalização e flexibilização do processo de trabalho ou da radicalização do processo de humanização do cuidado, garantindo acesso, resolutividade, participação social e qualidade da assistência.

A ESF conclama para a construção de uma nova maneira de operar a saúde, humanizada e solidária, compreendendo-se humanização em sentido ampliado (resolutividade, equidade, acesso, autonomização, solidariedade e cidadania).

Em 2004 foi implantado pelo MS a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no SUS – Humaniza SUS. (CARVALHO, C. A. P., *et al*, 2008)

Humanizar significa valorizar os sujeitos inseridos na produção de saúde, sejam eles usuários, trabalhadores ou gestores. O Humaniza SUS propõe construir espaços para encontros entre os sujeitos, realizar trocas de saberes, trabalhar em rede com equipe multiprofissional, saber identificar as necessidades, os desejos e interesses dos usuários. Para que essas ações sejam viabilizadas a PNH possui como um de seus dispositivos o Acolhimento com classificação de risco. (BRASIL, 2006)

O acolhimento constitui uma forma de humanizar e organizar o trabalho em saúde, indo ao encontro das propostas do Programa Saúde da Família (PSF). Humanizar o atendimento não é apenas chamar o paciente pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios constantemente, mas também compreender seus medos, angústias, incertezas, dando-lhes apoio e atenção permanente. O caminho da humanização da atenção passa pelo reconhecimento do que o outro tem a dizer. Não devemos achar que sabemos antecipadamente as necessidades percebidas por ele. Assim, é possível afirmar que no âmbito de um programa de humanização, nada poderia ser mais desumanizante do que pretender saber, de antemão, o que deve ser feito.

Acolher é receber de forma adequada, oferecer escuta, atenção oportuna, atender com resolutividade, enfim fazer com que o cidadão se sinta valorizado e satisfeito com o atendimento recebido. Isso modifica a organização do processo de trabalho, permitindo oferecer uma “nova” porta de entrada para o serviço público de saúde e atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. (CARVALHO, C. A. P. *et al* 2008)

A implantação do acolhimento é útil como forma de organização do trabalho em saúde neste programa. Ele deve ser realizado por cada membro da equipe, ouvindo os usuários e oferecendo respostas para suas necessidades. O acolhimento possibilita encaminhar as necessidades mais imediatas da população atendida, preservando a equidade na atuação do PSF e a organização da demanda na assistência aos usuários. Portanto pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, a partir de uma escuta qualificada que permita identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, de modo a ofertar o encaminhamento adequado dessas necessidades, segundo estes princípios do SUS.

Acolher, em uma unidade de saúde, inicia-se com o diálogo no momento dos encontros, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira teia comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si, como para os trabalhadores e usuários. Sendo assim, cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado. Finalmente, a confluência dos encontros de maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a conquista da saúde, na sua integralidade. Neste contexto, é fundamental a inserção da odontologia, fazendo parte desta atenção.

Durante a realização do curso de especialização foi possível conhecer sobre a estratégia de saúde da família, desde a sua criação, organização do processo de trabalho e mudanças que a mesma pode gerar no território em que está inserida, desde que esteja bem consolidada. Dentre todas as ações que podem ser desenvolvidas na ESF, a que mais se destacou foi o acolhimento, devido à capacidade que o profissional deve desenvolver para aprender a escutar e identificar na fala de cada indivíduo a sua maior necessidade.

Para tanto, é fundamental reorganizar o processo de trabalho da equipe, a fim de que este desloque o seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento-, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu

problema de saúde e qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO E MERHY, 2007).

Em Várzea da Palma - MG o PSF foi implantado em 2004, inicialmente com uma equipe e atualmente possui treze, sendo 100% de cobertura. Embora a estratégia esteja presente no município há seis anos, a demanda por consulta médica é grande, as pessoas formam fila de madrugada para marcação de atendimento, o cuidado é muito centrado no médico, há número limitado de vagas para consulta e o modelo que permanece ainda é o curativo.

Diante disso, percebe-se a necessidade de implantar o acolhimento com classificação de risco nas equipes de saúde a fim de melhorar a assistência oferecida e a organização do processo de trabalho. O acolhimento em saúde bucal na equipe, aumentaria a possibilidade de promover um atendimento integral, a toda e qualquer pessoa, com enfoque preventivo, curativo e promotor de saúde, sendo mais humanizado, equânime, estabelecendo as prioridades, dando mais a quem mais precisa e colocando em prática os princípios doutrinários do SUS.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Elaborar diretrizes gerais para uma proposta de implementação do acolhimento na Estratégia de Saúde da Família Paulo VI.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar revisão da literatura sobre acolhimento,
- Caracterizar o acolhimento na ESF Paulo VI,
- Definir diretrizes gerais para a implementação do acolhimento na ESF Paulo VI.

## **3 METODOLOGIA**

Realizou-se uma revisão da literatura baseada em artigos nos últimos quinze anos registrados nas bases de dados bibliográficos LILACS, MEDLINE, ScIELO e BIREME. Realizado também a análise de documentos oficiais de organizações nacionais e o relato da experiência de Belo Horizonte e Florianópolis. Os descritores utilizados foram: “acolhimento”, “humanização”, “processo de trabalho” e “Programa de saúde da família”.

A caracterização da situação atual do acolhimento na unidade de saúde Paulo VI foi feita por meio da descrição da rotina de funcionamento na ESF com enfoque no acolhimento a usuários e suas demandas. Utilizou-se também dados do mapa contextual do portfólio elaborado ao longo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, a fim de ressaltar a importância do acolhimento como estratégia de mudança no processo de trabalho em saúde.

Ao elaborar as diretrizes a serem utilizadas na implementação do acolhimento foram confrontados dados obtidos na revisão da literatura com a realidade do ESF Paulo VI.

## **4 DESENVOLVIMENTO**

### **5.1 REVISÃO DA LITERATURA**

#### **5.1.1 ACOLHIMENTO**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) prevê ações humanizadas, competentes e articuladas, tornando fundamental “acolher”. Para tanto, é necessário que os profissionais desenvolvam novas atitudes no contato com a comunidade, o que traduziria em ações mais humanas.

Segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário na produção do seu cuidado. As conseqüências do primeiro contato com o usuário alteram de forma decisiva a passagem do mesmo pela unidade e a resolução do seu problema. Logo, é necessário que a unidade organize a forma de atendimento aos usuários a fim de que possam ser acolhidos da melhor forma possível.

Para Matumoto (2004), o acolhimento nos serviços de saúde tem sido considerado como um processo de relações humanas, pois deve ser realizado por todos os setores e trabalhadores. Não se limita ao ato de receber, mas a uma seqüência de atitudes que levam a satisfação do usuário e a resolução do seu problema.

Silva Jr. & Mascarenhas (2004), entendem acolhimento como uma postura, que faz com que a equipe desenvolva o comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada a comunidade e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários. Para Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho.

Segundo Fracoli e Zoboli, (2004).

o acolhimento deve ser traduzido como uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam. Para tanto é necessário, que os trabalhadores e os serviços de saúde realizem uma reflexão sobre as relações que tem estabelecido com os usuários...

Vale a pena ressaltar que é necessário que o profissional transmita segurança, confiança e compreensão da necessidade do usuário, não basta somente escutar.

O acolhimento é capaz de modificar o funcionamento e a organização do serviço de saúde da seguinte forma:

- Atender a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, ou seja, garantir acessibilidade universal.
- Reorganizar o processo de trabalho. Desviar o foco da consulta médica para uma equipe multiprofissional, capaz de oferecer ao usuário uma escuta qualificada e eficiente.
- Qualificar a relação trabalhador-usuário, permitindo a participação popular na tomada de decisões e estabelecer vínculos solidários. (FRANCO, BUENO E MERHY, 1999)

O padrão de acolhida aos usuários dos serviços de saúde e aos trabalhadores é um desafio. Colocar em ação o acolhimento implica em:

- Protagonizar os sujeitos envolvidos na produção de saúde;
- Valorizar e permitir abertura no encontro entre usuário e trabalhador da saúde; levando-se em consideração o meio em que está inserido;
- Reorganizar o serviço de saúde;
- Elaborar projetos terapêuticos e individuais;
- Ampliar espaços de discussão e decisão;
- Oferecer escuta qualificada;
- Construir coletivamente propostas com a equipe local, central e distritais. (BRASIL, 2008)

A sistemática do acolhimento pressupõe a determinação da rapidez no atendimento a partir da análise, baseada em protocolos, da necessidade do usuário em função de seu risco e vulnerabilidade, proporcionando o atendimento por prioridade e não por ordem de chegada.

## **POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)**

O acolhimento com classificação de risco, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e uma das estratégias de Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde, objetiva humanizar e personalizar o atendimento; avaliar o usuário logo na chegada para identificar a gravidade do caso; estabelecer a prioridade no atendimento de acordo com a gravidade; determinar o ponto de atenção e o atendimento adequado e prestar

informações adequadas ao usuário/familiares a partir da utilização de protocolos clínicos. (PDAPS, 2008)

O acolhimento, como estratégia de acesso dos usuários ao serviço de saúde, integra a Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS (BRASIL/MS, 2006), Humanizar é oferecer atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. A PNH é “entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (BRASIL/MS 2004).

Os princípios da PNH são: a valorização da dimensão subjetiva, coletiva social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS; o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e sujeitos; a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos inseridos na rede SUS; a co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; o fortalecimento do controle social com caráter participativo; compromisso com a democratização das relações de trabalho e a valorização dos trabalhadores de saúde estimulando a educação permanente e valorização do ambiente de trabalho tornando-os saudáveis e acolhedores. (BRASIL/MS 2004).

É importante considerar algumas ações para a implantação do acolhimento, como:

- Organizar as unidades com princípios de trabalho em equipe e gestão participativa, entendendo o acolhimento como parte inerente ao exercício profissional em saúde;
- Promover capacitação de profissionais em relação à escuta qualificada;
- Elaborar protocolos inter e multiprofissionais permitindo a qualificação da assistência e levando ao fortalecimento da equipe;
- Organizar a agenda da Unidade com espaço para a demanda espontânea, demanda programada, grupos operativos, espaços de discussão com a comunidade, reuniões de equipe, entre outros;
- Promover aprofundamento teórico metodológico e troca de experiências.

Percebe-se assim como o acolhimento está fortemente inserido no processo de humanização. É preciso haver comunicação entre os profissionais e destes com os usuários. Matumoto (2004) aponta que “a comunicação é um dos aspectos fundamentais para o entendimento de acolhimento”.



Implantar o acolhimento não é tarefa fácil, pois implica na mobilização da equipe de saúde, conselhos locais, gestor, representantes da sociedade, entre outros. Porém é uma estratégia que traz resolução e satisfaz tanto a equipe de saúde quanto os usuários.

### **5.1.2 CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE PARA O ACOLHIMENTO**

Para Silva e Alves (2008) o trabalho em saúde precisa ser estruturado, juntamente com o preparo do atendimento, construção de ambientes terapêuticos, qualificação profissional, adequabilidade na relação trabalhador/usuário e busca efetiva pela resolutividade dos problemas dos usuários.

Toda a equipe de saúde deve encarar a prática do acolhimento de forma homogênea, com a mesma conduta e o mesmo objetivo para evitar desvios que levem a insucessos e frustrações. A capacitação de toda a equipe de saúde envolvida tende a ajudar neste sentido.

Para Mundim (2002) os profissionais precisam adquirir o aprendizado de novas tecnologias acoplado com a visão integrada do negócio, envolvendo todas as habilidades requeridas neste processo, tais como: pensamento sistêmico, trabalho em equipe e conhecimentos técnicos específicos.

É importante construir em equipe, e na própria instituição, os objetivos e forma de acolher. Schimith e Lima (2004) propõem que a capacitação para o acolhimento contemple todos os profissionais de saúde e que sugere esta aborde os seguintes aspectos: construção do conceito de acolhimento através de oficinas de trabalho, formação de equipes de referência para discussão das ações de humanização/acolhimento (...). O autor sugere também que a capacitação deve incluir os profissionais de portarias e recepções.

Durante o curso de especialização em atenção básica em saúde da família, no módulo 4 onde estudamos as estratégias pedagógicas de capacitação, vimos que o termo transmissão de conhecimentos simboliza a abordagem pedagógica tradicional, que é vista pela maioria dos envolvidos na área de educação como ultrapassada. É importante afirmar que é por meio da educação que se dá a transmissão e a assimilação da cultura produzida historicamente. Ela permite que conheçamos o estágio de desenvolvimento humano atual para que possamos superá-lo. Entretanto, só uma educação que vá além de sua função de transmissão das aquisições culturais humanas, transmissão de conhecimentos, poderá realmente formar

cidadão com capacidade para se apropriar do saber produzido historicamente e construir sua própria humanidade histórico-social.

O profissional de saúde precisa atuar de forma a identificar qual a fundamentação do saber do outro, as relações causais determinantes dos processos por ele vivenciados, o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico. A partir da visão que o outro tem do problema, o profissional estabelece a melhor estratégia de ação que, necessariamente, tem que respeitar a autonomia do outro e ser pautada em princípios éticos. É preciso, também, compreender a linguagem e o significado das expressões próprias de determinada coletividade, assim como fazer-se compreender, compartilhando e possibilitando a construção recíproca de novos conhecimentos. É nesta dinâmica que se constrói um outro e novo conhecimento, que é fruto dos saberes dos pólos dessa relação.

Para Martins (2005) a comunicação entre os profissionais e destes com os usuários também assume importante papel. A comunicação é o principal instrumento que dispõe o atendente no serviço público. A situação de acolhimento é, essencialmente, um processo comunicativo e, portanto, a capacitação para atendimento e acolhimento ao cidadão é uma tarefa que envolve, essencialmente, o desenvolvimento de habilidades comunicativas. O desenvolvimento de habilidades comunicativas trás em si a necessidade de habilitar/capacitar os profissionais nessa nova tecnologia, que vem como um instrumento que incorpora as relações humanas à sua prática.

### **5.1.3 EXPERIÊNCIAS DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO**

#### **Implantação do acolhimento em uma Unidade Local de Saúde de Florianópolis-SC ()**

Nascimento, Tesser e Neto (2008) relatam que no ano de 2007 a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, com a portaria 283, formalizou uma proposta de implementação do acolhimento. A portaria considera o acolhimento como ação prioritária na orientação do processo de trabalho a fim de proporcionar o acesso ao usuário. O objetivo desse estudo foi caracterizar o processo de implantação do acolhimento e analisar os discursos de trabalhadores e usuários ao longo deste. O mesmo justifica-se também pela relevância de

registrar o modo como ocorreu a mudança do modelo e se os objetivos propostos foram alcançados.

Realizou-se um estudo de caso com abordagem qualitativa e a coleta de dados deu-se por observação participante e discussões de grupo com usuários. O universo estudado foi composto pela dinâmica de funcionamento do serviço antes e após a implantação do acolhimento e pelos usuários e funcionários presentes no serviço durante a realização de coleta de dados.

Como resultado mostrou-se que antes da implantação as funções dos trabalhadores eram divididas em funções burocráticas, centrada no médico, fluxo de atendimento rígido restringindo o acesso da população. O descontentamento dos trabalhadores e usuários diante deste modelo de atendimento, a inserção de profissional com experiência em acolhimento e uma normativa da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis motivaram a implantação de um novo modelo baseado na diretriz do acolhimento. Após a implantação, o processo de trabalho flexibilizou-se, descentralizando a responsabilidade do atendimento para toda a equipe, principalmente para a enfermagem que demonstrou rendimento significativo na primeira semana após a implantação. A população elogiou principalmente a facilidade e a humanização do atendimento.

A implantação do acolhimento na unidade aumentou o aproveitamento do potencial técnico dos trabalhadores não-médicos e proporcionou maior acesso dos usuários à unidade.

### **Experiência de Belo Horizonte – MG**

Descreve alguns dos dispositivos utilizados no planejamento do acolhimento como forma de mudança no processo de trabalho nas Unidades de Saúde.

O acolhimento modifica o processo de trabalho de forma a atender a todos que procuram o serviço de saúde, busca a intervenção de toda a equipe multiprofissional que se encarrega da escuta e da resolução do problema do usuário.

Visando avaliar a mudança no processo de trabalho foram analisados os seguintes bancos de dados: Pesquisa Amostral de Morbidade Ambulatorial, Avaliação e Desempenho da Secretaria Municipal de Saúde/BH e pesquisa qualitativa realizada entre os gerentes dos Centros de Saúde da rede municipal de Belo Horizonte.

O início da implementação deu-se em 1995 em seis centros de saúde totalizando em 1997 noventa centros de saúde implantados.

Um dos elementos importantes na implementação do Acolhimento foi a atuação do gestor distrital e local, pois onde a gerência estava de fato convencida do projeto, a implantação foi facilitada. Através de um questionário de avaliação, foi aferida a aplicação dos instrumentos gerenciais que demonstravam se a equipe estava se preparando para a ação, tanto pela utilização de protocolos que qualificavam e serviam no processo de definição de competências profissionais, quanto no caso do fluxograma, mostrava a preocupação em se discutir o cotidiano da equipe e buscarem coletivamente alternativas.

Os protocolos assistenciais surgiram diante da demanda da capacitação das equipes, definição de atribuições entre as categorias, bem como a padronização de condutas assistências. Assim iniciou-se uma discussão conduzida por um grupo multidisciplinar, formado por profissionais de rede, técnico do nível central e professores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foram padronizados temas como Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento da Criança, doenças comuns da infância, acompanhamento do Pré Natal, dentre outros. Ocorreu também um processo de capacitação técnica da rede no que se refere a estes conteúdos técnicos.

A discussão com os usuários mostrou-se como fator definidor no projeto. A implantação do Acolhimento significou a possibilidade de resgatar os princípios do SUS e, no cotidiano dos serviços, responder com ampliação do acesso e humanização das relações. Através da mudança do processo de trabalho em saúde ocorreram melhorias na relação com os usuários, fortalecendo os vínculos e levando a uma ampla reflexão das equipes locais sobre a sua responsabilização com os mesmos. Neste sentido, as discussões com os usuários, em especial com as Comissões Locais de Saúde, constituíram-se em momentos importantes na difusão do projeto.

Durante a implantação, alguns gerentes de nível local mostraram-se resistentes ao projeto, sendo necessário estabelecer estratégias para conquistar adesão dos mesmos, outros implantaram a proposta de forma equivocada, em função da Avaliação de Desempenho, sem discussão suficiente para o entendimento da proposta e para um pactuar mais consistente com as equipes, fazendo-o apenas para completar o cardápio de metas e ganhar o prêmio máximo.

Como o processo nem sempre foi assimilado por todas as gerências, tornou-se necessária à explicitação/reafirmação constante do governo SMSA a cerca do acolhimento enquanto política institucional. Ampliaram-se os espaços para a divulgação e a discussão de experiências, deu-se maior apoio às experiências locais com acompanhamento e disponibilidade real de agenda, bem como, se estabeleceram mecanismos de comunicação

mais eficientes. Entretanto, nem sempre esses mecanismos foram suficientes para vencer as dificuldades, persistindo problemas gerenciais concretos.

Em relação às categorias profissionais surgiram alguns conflitos, como entre as auxiliares de Enfermagem, que tiveram de fato seu processo de trabalho alterado. Por outro lado, ocorreram ganhos entre as auxiliares, que antes estavam acostumadas a trabalhar sob escala, desempenhando tarefas. Após esse processo passaram a ter novas funções na equipe, mais qualificadas, levando à uma maior valorização profissional. Toda essa transição pode gerar ansiedades, tornando-se necessário criar espaços de reflexão para esse novo momento, sobre os novos desafios, atuação e responsabilização profissional.

Observou-se também, mudança significativa no trabalho das enfermeiras, necessitando revisão de conteúdos técnicos e maior atividade laboral. Em relação aos médicos, o processo de trabalho médico, sofreu mudanças, por exemplo, passou-se a atender mais casos agudos, que necessitavam do saber médico. Entretanto, o padrão de atender um número fixo de consultas prevaleceu em muitos locais, mesmo quando a equipe de Acolhimento detectava casos que não necessitavam de atendimento médico. Algumas equipes conseguiram vencer essa resistência, pactuando tanto a retaguarda médica ao Acolhimento, como a garantia do atendimento de todos os casos que necessitassem de atendimento médico. Esse foi um grande conflito enfrentado pelas equipes locais, não existindo, entretanto uma definição Institucional clara no enfrentamento do problema, já que a disputa ocorria entre atores articulados e com poder de pressão real, como as entidades de classe.

Sem dúvida essa pauta é prioritária para a consolidação da mudança no processo de trabalho em saúde. Torna-se necessário discutir sobre a evolução do trabalho médico, a devida integração na equipe, o compromisso da retaguarda, a responsabilização com o usuário, estabelecendo de fato o compromisso com a mudança do processo de trabalho.

A capacitação dos profissionais, em especial dos auxiliares de enfermagem, tornou-se necessária, dando-se em serviço, resgatando o saber do auxiliar, como processo contínuo e de preferência responsabilizando a própria equipe por montar o seu próprio treinamento e fluxo, bem como criar espaços de troca de saberes no dia a dia dos serviços entre as várias categorias profissionais.

## **5.2 CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL**

### **5.2.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**

A Equipe de Saúde da Família Paulo VI situa-se município de Várzea da Palma - MG, em sede própria. Foi construída em 1992 e funcionava como posto de saúde. Alguns anos depois foi implantado o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e, em 2005, foi reformada e ampliada transformando-se em ESF. Possui uma recepção, banheiros para funcionários e usuários, farmácia básica, sala de imunização, consultório odontológico, sala de reunião, sala de cuidados básicos, consultório ginecológico/enfermagem, consultório médico, copa, almoxarifado, sala de administração e depósito de material de limpeza. A área de abrangência é composta por três bairros: Paulo VI, parte do Princesa 2 e Lameirão 2, assistindo um total de 4232 pessoas.

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica e uma auxiliar de enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar de consultório dentário, nove agentes comunitários de saúde, uma recepcionista, uma auxiliar de farmácia e uma auxiliar de serviços gerais.

### **5.2.2 O ACOLHIMENTO E FUNCIONAMENTO DA ESF**

A Unidade de Saúde (US) funciona de 07h00min as 11h00min e de 13h0min as 17h00min. Há atendimento médico clínico-geral, ginecológico, pediátrico e odontológico. Realiza-se também imunização, curativos, dispensa e administração de medicamentos. As consultas com o clínico e odontólogo são marcadas todos os dias às 07h00min e atendidas no decorrer do dia. No dia anterior são fixadas na porta da Unidade o número de consultas a serem marcadas, sendo em média são 20 a 25 para o médico clínico. Diariamente formam-se filas de 20 a 40 pessoas à procura de consulta, a enfermeira “acolhe” cada usuário individualmente, em uma sala, por ordem de chegada e marca a consulta ou encaminha para o atendimento adequado. Caso as vagas sejam preenchidas, o que quase sempre acontece inclusive as de urgência, a enfermeira conversa com o médico sobre cada caso, para estabelecer prioridades. O atendimento para ginecologia, pediatria, hipertenso e diabéticos é

feito por encaminhamento ou de acordo com a necessidade apresentada pelo usuário ou por avaliação da equipe. Quanto o atendimento à gestantes e à puericultura, após a consulta é agendado o próximo atendimento na recepção. Quinzenalmente são agendados exames de prevenção ao câncer do colo do útero e mama. Imunização, curativo, dispensa e administração de medicamentos são atendidos de acordo com a demanda. Semanalmente são agendados exames laboratoriais, a coleta é realizada no laboratório municipal.

Frequentemente a população reclama sobre a necessidade de ter que ir para a unidade de madrugada para marcar consulta, pois como já foi descrito anteriormente, comparecem em média vinte a quarenta pessoas/dia para agendamento de consultas médicas que ao passarem pelo acolhimento percebe-se que a metade não necessita da consulta médica. Esta situação não é aceita pela comunidade. Acredita-se que seja por ainda estarem inseridos no modelo curativo.

As atividades grupais são agendadas mensalmente e na maioria das vezes, são coordenadas pelo enfermeiro e odontólogo. O comparecimento de usuários é muito pequeno e percebe-se que quando se oferece algum brinde ou há lanche a frequência é maior.

Infelizmente a comunidade ainda vive no modelo curativo e cobram por quantidade maior de consultas médicas a serem atendidas e não valorizam as ações de prevenção e promoção à saúde.

### **5.3 DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ESF PAULO VI**

A análise de experiências registradas na bibliografia e do processo de trabalho da ESF Paulo VI permite considerar as seguintes diretrizes para a implantação do acolhimento no âmbito da ESF Paulo VI:

1. A capacitação dos profissionais envolvidos no processo de trabalho é essencial para a inserção do acolhimento na equipe de saúde. É necessário que haja um momento pra capacitação teórica e técnica utilizando estratégias pedagógicas ativas e problematizadoras. A construção de uma agenda com espaço para troca de experiências entre profissionais, discussão de casos, planejamento e até mesmo “desabafos” precisa ser criado. Na ESF Paulo VI essa reunião acontece mensalmente, mas há dispersão na discussão dos temas, e na maioria das vezes, a

reunião não demonstra muita efetividade. Vale ressaltar que estabelecer estratégias de integração na equipe e com outros setores é fundamental para a eficácia do acolhimento.

2. Participação do gestor: é de fundamental importância a participação do gestor na implementação do acolhimento, pois sem o apoio do mesmo esse processo pode se tornar difícil. Convidá-lo a participar das capacitações e das reuniões com a população e com a equipe são algumas das formas de inseri-los nesse contexto.
3. Envolvimento de outros setores: criar vínculos permite o trabalho em rede, fortalece e torna o acolhimento mais resolutivo. A inserção de outras categorias profissionais na equipe aumenta o campo do saber e permite a construção coletiva do processo.
4. Estabelecer protocolos assistenciais e fluxogramas afim de melhorar a efetividade do acolhimento.
5. Apoio da comunidade: deve ser considerada, pois o acolhimento é direcionado aos usuários. Para facilitar esse encontro sugere-se ampliar o espaço de discussões, incentivando a participação dos usuários nas reuniões do Conselho de Saúde, criar caixa de sugestões e reclamações, agendar reuniões com a comunidade, ou seja, permitir a participação popular na tomada de decisões. É essencial que a comunidade participe do processo de discussão sobre acolhimento, pois sua implantação interfere de forma significativa no processo de trabalho, podendo ser interpretada, à primeira vista, como um obstáculo em relação ao acesso ao serviço. Por este motivo é essencial que a comunidade participe do processo de discussão sobre o acolhimento.
6. Organização da agenda da Unidade: deverá haver espaço para atendimento da demanda espontânea e programada, para realização dos grupos operativos, para discussão com a comunidade, reuniões e capacitação da equipe. Levando-se em consideração que a gestão deve ser participativa e que o trabalho deverá ser em equipe.
7. Estrutura física: também faz parte do processo de acolhimento. É preciso que o local ofereça condições adequadas para o profissional, conforto, privacidade e bem-estar ao usuário desde a sua entrada até a sua saída da unidade, complementando a realização do acolhimento resolutivo.



## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo teve como objetivo elaborar diretrizes para a implementação do acolhimento no sentido de organizar o processo de trabalho na ESF Paulo VI. Através da revisão da literatura e dos relatos de experiência percebe-se o quão importante é a participação da comunidade, fortalecendo o controle social, a capacitação e sensibilização dos profissionais, área física adequada e o apoio da gestão para essa implementação. É imprescindível que os profissionais de saúde aprendam a reconhecer os problemas e necessidades dos usuários e famílias sob sua responsabilidade e que consigam traçar propostas que sejam resolutivas e que alterem as condições de saúde do território por meio de estratégias que modifiquem o processo de trabalho e que resultem na organização do serviço.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed, Brasília, DF, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica (DAB)**. Brasília, DF. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab> Acesso em: 21 de janeiro de 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. 1 ed, Brasília, DF, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS: Documento Base para gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, DF, 2006.

CARVALHO, C. A. P. et al. **Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde**. Bauru, SP, 2008. Disponível em: [www.bireme.br](http://www.bireme.br) Acesso em 20 set 2009.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários. **Atenção Primária, seminário para a estruturação dos consensos, 2004**. In: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS): Redes de Atenção à Saúde/ Oficina 02: Análise da Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte, MG, 2008.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS): Redes de Atenção à Saúde/ Oficina 02: Análise da Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte, MG, 2008.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS): Redes de Atenção à Saúde/ Oficina 05: Acolhimento e Classificação de Risco**. Belo Horizonte, MG, 2008.

FRACOLLI, L. A., ZABOLI, E. L. C. P., **Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2004, 38 (2): 143-51. Disponível em [www.google.com.br](http://www.google.com.br) Acesso em 28 de janeiro de 2010.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **Experiências municipais. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim (MG)**. 1999. Disponível em [www.datasus.gov.br/cns](http://www.datasus.gov.br/cns) Acesso em 24 de setembro de 2009.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): **contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. In: Reis, M. A. S. *et al*; A

**organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas.** Interface, Botucatu, SP, v. 11, n.23, set-dez 2007. Disponível em [www.bireme.br](http://www.bireme.br) Acesso em 21 de janeiro de 2010.

MARTINS, F.; **X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.** Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.

MATUMOTO,S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma Unidade da Rede Básica de Saúde. In: Fracolli, L. A., Zabolí, E. L. C. P., **Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2004, 38 (2): 143-51. Disponível em [www.google.com.br](http://www.google.com.br) Acesso em 28 de janeiro de 2010.

MENDES, E. V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas, 2002. In: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde/ Oficina 02: Análise da Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte, MG, 2008.

MISHIMA, S.M. *et al*; Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: Reis,M. A. S. *et al*; **A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas.** Interface, Botucatu, SP, v. 11, n.23, set-dez 2007. Disponível em [www.bireme.br](http://www.bireme.br) Acesso em 21 de janeiro de 2010.

MUNDIM, A. P. F. *et al* . **Aplicando o cenário de desenvolvimento de produtos em um caso prático de capacitação profissional.** Gest. Prod., São Carlos, v. 9, n. 1, Apr. 2002.

NASCIMENTO, P.T.A., TESSER, C.D., NETO, P.P., **Implantação do acolhimento em uma Unidade Local de Saúde de Florianópolis.** Arquivos Catarinenses de Medicina, vol. 37, número 04, 2008. Disponível em [www.bireme.br](http://www.bireme.br) Acesso em 21 de janeiro de 2010.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n. 6, Rio de Janeiro, Nov- dez 2004. Disponível em: [www.bireme.br](http://www.bireme.br) Acesso em 24 set 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver.** São Paulo, SP, 2002.

SILVA, L.G.; ALVES, M.S.; **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias, 2002. In: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde/ Oficina 02: Análise da Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte, MG, 2008.