

DERALDO PEREIRA DOS SANTOS

**O ACOLHIMENTO E SUA PRÁTICA NO PSF NOSSA
SENHORA APARECIDA NO MUNICÍPIO DE BOCAIÚVA - MG**

**CORINTO-MG
2010**

DERALDO PEREIRA DOS SANTOS

**O ACOLHIMENTO E SUA PRÁTICA NO PSF NOSSA
SENHORA APARECIDA NO MUNICÍPIO DE BOCAIÚVA - MG**

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

Orientadora: Maria Teresa Marques
Amaral

DERALDO PEREIRA DOS SANTOS

**O ACOLHIMENTO E SUA PRÁTICA NO PSF NOSSA
SENHORA APARECIDA NO MUNICÍPIO DE BOCAIÚVA-MG**

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

Orientadora: Maria Teresa Marques

Banca Examinadora

Aprovada em Corinto _____/_____/_____

AGRADECIMENTO

São várias as pessoas a quem gostaria de agradecer pela contribuição e ajuda: em primeiro lugar aos meus filhos Luísa e João Pedro, pela paciência e compreensão demonstradas durante minha ausência; à minha esposa Fátima cujas importantes contribuições e sugestões que foram de grande utilidade; à Secretaria de Saúde do município, na pessoa do secretário Edson, pelo fornecimento de dados. Agradeço também à minha equipe do Programa de Saúde da Família Nossa Senhora Aparecida por seu prestimoso auxílio nesse exaustivo trabalho.

Deraldo Pereira Santos

“[...] pensar a ação é uma tarefa permanente que não existe sem a ação, mas não se mistura com ela [...]”.

FERREIRA, 1981

RESUMO

O presente trabalho teve como proposta de estudo o acolhimento como fator indispensável para a área de saúde pública e a prática no PSF Nossa Senhora Aparecida no município de Bocaiúva, Minas Gerais. O acolhimento constitui uma importante diretriz operacional da estratégia de Saúde da Família para reestruturação do processo de trabalho. O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde. Sendo assim o objetivo deste trabalho foi reconhecer a necessidade de concretizar ainda mais o processo de acolhimento à luz da realidade do PSF Nossa Senhora Aparecida de Bocaiúva-MG. Por meio da análise de vários textos procurou-se investigar e compreender, sobretudo, as questões de implementadas no modelo da Saúde da Família, partindo dos seguintes princípios: atender bem às pessoas que o procuram, possibilitando a elas o acolhimentos necessário; reorganizar o processo de trabalho para que todos os envolvidos, usuários e trabalhadores, sintam-se de fato acolhidos de forma humanitária e solidária.

Palavras - chave: Acolhimento; Saúde; Usuário; Trabalhadores.

ABSTRACT

This work aimed to study the “welcoming” as indispensable factor for public health practice in Family Health Program (PSF) in the municipality of Bocaiuva, Minas Gerais. This proposal an important guideline of the Family Health strategy for restructuring of the work process. The “welcoming” reveals the dynamics and the accessibility requirements of health services users. Thus, the goal of this study was to recognize the need to achieve further process of welcoming, according to the reality of PSF in Bocaiuva-MG. Through the bibliographic analysis, to investigate and understand, especially the issues implementes in Family Health model, based on the following principles: serving well the people who seek , allowing them the necessary care, reorganizing the work process for all involved - users and employees, feel welcomed in humanitarian and compassionate manner.

Key words: Welcoming; Health;Users; Workers.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo Geral.....	15
3.2 Objetivo Específico	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
6 EXPERIÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DE APARECIDA NO PROCESSO DE ACOLHIMENTO DA POPULAÇÃO	22
6.1 Ações desenvolvidas pela Equipe do PSF N.S.Aparecida . Erro! Indicador não definido.	
6.2 Alguns resultados observados com as ações implementadas no PSF Nossa Senhora Aparecida.....	25
6.3 Reflexão sobre os resultados da implantação do acolhimento no PSF Nossa Senhora Aparecida.....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1 INTRODUÇÃO

Muitas são as dimensões com as quais a equipe de Saúde da Família está comprometida: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde.

A idéia de desenvolver um trabalho relatando a importância do acolhimento na área de saúde pública e sua prática no Programa de Saúde da Família Nossa Senhora Aparecida, no município de Bocaiúva (MG), surgiu por ocasião do acesso ao Módulo 4: Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde, ainda em 2008.

No transcorrer do curso de Especialização de Atenção Básica e Saúde em Família (CEABSF), o interesse foi aumentando e descobrimos o quanto o tema nos chamava a atenção. À medida que vislumbrávamos os resultados, advindos da prática e as estratégias colocadas em uso, passamos a pensar muito mais no tema.

Por outro lado as experiências adquiridas em mais de 10 anos como médico do Programa de Estratégia de Saúde da Família, associado ao conhecimento teórico por hora adquirido no CEABSF do NESCON/UFMG/PROGRAMA ÁGORA, despertaram uma busca maior na procura de informações que pudessem melhorar ainda mais o atendimento prestado àquelas pessoas carentes da micro-região onde atuamos.

Quando estamos em contato com o novo, muitas reflexões são feitas e, nesse caso, levaram-nos a entender que nesses 10 anos de atuação na estratégia de Saúde da Família, não tínhamos conseguido estruturar o acolhimento junto à nossa equipe e aos usuários, para que realmente mudássemos para melhor o atendimento à população.

A Estratégia Saúde da Família criada em 1994, possibilita a reorganização à saúde do município pela incorporação de ações de promoção, proteção e recuperação do indivíduo, família e comunidade.

A organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família possibilita que estas identifiquem em seus territórios as necessidades de atenção à saúde e, ao mesmo tempo, a implementação de ações promocionais, de prevenção e de tratamento dos agravos a que estão submetidos alguns integrantes das famílias cadastradas (BRASIL, 1997).

No que se refere ao acolhimento, que deve ser uma prática constante nos serviços de saúde, ressalta-se que o trabalho em equipe deve considerar a co-responsabilização em relação aos usuários, favorecendo o acesso à Atenção Primária, otimizando seus serviços, evitando filas nesse e nos demais níveis de atenção (BRASIL, 2004). Isso se estabelece como parte de uma política de humanização do SUS, explicitada no Humaniza SUS, que propõe produzir novas formas de interação entre profissionais e usuários do sistema de saúde, qualificando seus vínculos de modo que todos sejam protagonistas desse processo de cuidados, no qual são destacados os aspectos sociais e subjetivos, paralelamente aos aspectos teórico-científicos.

Nesta perspectiva, Scholze *apud* Machado (2005), afirma que fazendo parte dessa política o acolhimento pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, a partir de uma escuta qualificada que permita identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, de modo a ofertar o encaminhamento adequado dessas necessidades.

Ainda com referência ao acolhimento, Mehry (1998), o incluiu como elemento inicial do processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, não exigindo conhecimentos profissionais específicos. Isso difere da organização atual dos serviços de saúde, centrada nas tecnologias duras, intrinsecamente dependentes de equipamentos e caracterizadas pelo domínio de um núcleo específico de conhecimentos, como a consulta médica ou de enfermagem.

Uma das formas de implementar o acolhimento é através da realização de atividades sócio-educativas com a população atendida na atenção primária à saúde. No PSF Nossa Senhora Aparecida sempre procuramos desenvolver reuniões com idosos em grupos operativos sócio-educativos, para isso, utilizamos várias metodologias a fim de evitar a rotina de apresentação, ou seja, utilizamos a pedagogia da problematização, transmissão e condicionamento. Coordenadores diferentes são sempre convidados para ministrarem no grupo, tendo como finalidade a educação permanente quanto a cuidados com a saúde e a sociabilidade da população. Coordenadores diferentes são sempre convidados para ministrarem no grupo, tendo como finalidade a educação permanente quanto a cuidados com a saúde e a sociabilidade da população. Destacamos as reuniões do grupo operativo em que trabalhamos os temas sobre “O que é hipertensão e diabetes”, “Como

funciona a rede de atendimento do município – hospital” e “Prática de exercícios físicos para diminuir as dores das articulações”.

A reunião do grupo operativo com o tema, “O que é hipertensão e diabetes”, foi coordenada por um enfermeiro, do PSF que utilizou a pedagogia da transmissão, ferramenta básica para o desenvolvimento dos trabalhos. Estiveram presentes cerca de 25 pessoas com média de idade de 55 anos. A reunião aconteceu no Salão Paroquial do bairro, uma vez que, na unidade do PSF não há um local apropriado para reuniões. Não foram realizadas dinâmicas neste encontro, porém os indivíduos presentes tiveram a oportunidade de aprender mais sobre essas patologias e tirar dúvidas quanto aos cuidados necessários para controle dos indicadores de alterações dessas enfermidades. A reunião aconteceu sem maiores conflitos. A tarefa desenvolvida pelo grupo foi o conceito sobre hipertensão, diabetes, bem como as formas para manter o controle dos indicadores (pressão arterial e glicemia) e a qualidade de vida. Concluímos como positivo o encontro, pois houve interação entre população, equipe de saúde e coordenador, que conduziu bem os trabalhos.

Na reunião do grupo operativo com o tema “Como funciona a rede de atendimento do município – hospital,” tivemos como coordenador um enfermeiro do Hospital Municipal Doutor Gil Alves, em Bocaiúva, que utilizou a pedagogia da problematização, procurando levar os indivíduos presentes a refletirem sobre os cuidados para com a saúde na rede de atendimento do município. Foi utilizada a dinâmica da apresentação do debate dos subgrupos em cartolinas. Estes subgrupos foram formados pelos presentes e alguns integrantes da equipe de saúde. Com os 25 presentes foram feitos 5 subgrupos. A reunião foi realizada no mesmo salão paroquial do bairro. Todos foram participativos e demonstraram interesse quanto ao tema, fazendo perguntas e expressando opiniões através de cartazes de cada subgrupo. O encontro ocorreu de forma satisfatória, com alguns questionamentos, sem presença de conflitos e a finalidade do encontro foi efetiva, visto que a população pode expressar suas dificuldades quanto à rede de atendimento e cuidados com a saúde, apresentar propostas e entender como são as normas e formas de atendimento qualitativo.

Na reunião do grupo operativo com o tema “Prática de exercícios físicos para diminuir as dores das articulações”, tivemos como coordenadora uma professora de Educação Física do município, que desenvolve atividade esportiva

com pessoas da 3ª idade. A professora utilizou a pedagogia do condicionamento, ensinando e repetindo várias vezes os exercícios necessários, a fim de diminuir as dores nas articulações. A reunião também aconteceu no salão paroquial do município, com a participação de trinta pessoas, com média de idade de 55 anos. Todos os participantes estavam interessados em aprender os exercícios demonstrando prazer em realizá-los. A reunião ocorreu de forma satisfatória, a equipe de saúde mostrou-se cooperativa ao ajudar os idosos na realização dos exercícios. Portanto, a finalidade da reunião foi alcançada, os participantes aprenderam e colocaram posteriormente os exercícios em prática.

Diante de toda essa realidade, justifica-se a realização de uma pesquisa da produção científica sobre o tema do acolhimento, devido à necessidade de mudanças no processo de trabalho que incorpore prática constante do acolhimento. O presente estudo teve como objetivo geral reconhecer a necessidade de efetivar o processo de acolhimento à luz da realidade do PSF Nossa Senhora Aparecida no município de Bocaiúva – MG melhorando o processo de vínculo dos usuários.

2 JUSTIFICATIVA

Entendendo que o acolhimento é uma atividade que faz parte do nosso dia-a-dia, preocupa-nos o fato da não sistematização na maioria dos serviços de saúde. Esta não sistematização, de fato, dificulta ainda mais a relação entre o usuário e o PSF.

Para compreender a importância do tema do acolhimento na atenção básica, os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 1996, são ilustrativos de como a organização dos serviços podem influenciar a assistência prestada. Segundo a PNDS, aproximadamente 13% das mulheres que tiveram filhos nos 5 anos que antecederam a pesquisa, não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal. Essa realidade estava fixada em 9% nas regiões urbanas e 32% no meio rural, demonstrando que a qualidade da assistência é deficiente em todo o país, pois mesmo em regiões com alta cobertura de concentração de consultas de pré-natal a mortalidade materna se manteve elevada. (Brasil, 2009)

Entre 1996 e 2006 a situação das mulheres apresentou significativa melhora, sobretudo em relação às necessidades básicas insatisfeitas isto é a qualidade da vivenda (telhado, parede e piso); densidade populacional dos domicílios; disponibilidade de água potável e disponibilidade de esgotamentos sanitário no domicílio.

Em relação à dimensão da qualidade da habitação das mulheres, observa-se que 2,5% viviam em condições inadequadas para a característica “telhado”, 11% para “tipo de parede” e 4% para “tipo de piso”. Assim, 13% das mulheres brasileiras residiam em domicílios que não preenchiam condições básicas satisfatórias de habitação em pelo menos uma dessas características, com cerca de 2% delas em mais de uma categoria de NBI (Necessidades Básicas Insatisfeitas). Em relação aos dados da PNDS 1996, a situação melhorou em todos os itens, em termos gerais. Em 1996 a proporção de mulheres em domicílios com NBI (Necessidades Básicas Insatisfeitas) era de 27,5%, sendo que a característica telhado, que representava 18% dos domicílios, foi a que mais contribuiu para a melhoria do indicador (Brasil, 2009)

A PNDS de 2006 (Brasil, 2009) entrevistou um total de 15575 mulheres em idade reprodutiva. Além de questões relacionadas às suas características sócio-demográficas, foram coletadas informações sobre acesso aos meios de comunicação, tempo de moradia no município de residência em que foi realizada a entrevista e cobertura por planos de saúde tanto delas quanto dos seus filhos menores de cinco anos. Adicionalmente coletaram-se informações sobre características demográficas do cônjuge ou companheiro.

As características das mulheres apresentaram melhora significativa se comparadas aos dados de 1996. Entretanto, vale destacar que diferenças regionais por raça, cor e por situação de domicílio, persistem e ainda merecem atenção das políticas sociais.

Segundo os resultados da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009) podemos observar que em 2006 a situação se apresentava de outra forma, pois segundo os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), as condições para mães e filhos obtiveram melhores resultados:

“Um dos grandes avanços evidenciados pela PNDS-2006 foi o acesso de mulheres que vivem no meio rural ao pré-natal e ao acompanhamento na gestação. Em 1996, 31,9% dessas mulheres grávidas não se submetiam a nenhuma consulta pré-natal. Em 2006, esse número caiu para 3,6%. No meio urbano, a redução foi de 8,6% para 0,8% de mulheres sem nenhuma consulta.”

Na mesma pesquisa podemos observar que em relação ao acompanhamento pré-natal os dados também se revelam de melhor qualidade, isto é:

“Também houve um salto importante no percentual de mulheres que passaram a realizar a primeira consulta pré-natal nos três primeiros meses de gestação. O percentual saltou de 66% para 82,5% das gestantes. Na região Nordeste, o aumento na realização de consultas pré-natal pelas mulheres foi o mais expressivo: mais de 97% das mulheres em 2006, contra 74% em 1996.”

Ainda segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006, 73% da população feminina brasileira em idade fértil não possuíam plano de saúde ou convênio médico; portanto, essa população era usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) na busca pela resolução de seus problemas de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi responsável pela assistência pré-natal em aproximadamente 74,8% dos casos e por 77,4% dos partos realizados no período no país com diferenças regionais estatisticamente significantes.

De uma forma geral, o acesso à assistência pré-natal, definido classicamente pela realização de pelo menos uma consulta ao longo da gestação, mostrou-se quase universal no país.

O número de consultas de pré-natal atingiu 19,4 milhões em 2009, o que significa aumento de 125% em relação a 2003, quando foram registradas 8,6 milhões. A cobertura de planejamento familiar, de acordo com outro levantamento do SUS, já atinge todos os municípios brasileiros, tendo alcançado 4,3 milhões de mulheres a mais no período de 2003 a 2008.

Embora o aumento da assistência pré-natal contribua para a melhoria nas condições da gestação da mãe e do recém-nascido, conforme Geraldo Duarte (2010), da comissão Nacional Especializada de pré-natal da Febrasgo (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia), ainda é preciso rever o padrão de qualidade desses atendimentos. Segundo esse autor (2010, p. 4)

“aumentar o número de consultas, neste caso, não quer dizer efetividade. Não havendo qualidade, o resultado final da equação pode não sofrer alteração. Esta é a realidade quando avaliamos os números da mortalidade materna e da mortalidade fetal. Com todo esse incremento no número de atendimentos no pré-natal, continuarmos com taxas tão elevadas de morte materna e fetal é inaceitável”.

A Organização Mundial de Saúde recomenda a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal para identificar possíveis riscos à saúde, tais como diabetes e hipertensão arterial, possibilitando minimizar os efeitos deletérios dessas doenças no período gestacional. Segundo a pesquisa nacional sobre demografia e saúde (PNDS-2006) mais atual, essa meta foi atingida em 74% das gestantes que passaram pelo SUS.

É preciso ampliar o leque da triagem das doenças e facilitar não apenas o atendimento do pré-natal, mas o reconhecimento e encaminhamento adequado na gestação de risco. Só o pré-natal não é garantia de que a gestante de risco seja atendida como precisa. Nesse aspecto, a questão do acolhimento tem um papel fundamental para a criação de vínculo entre a equipe de saúde e a gestante.

A realidade que vivemos hoje, em muito se difere do que sempre trabalhamos na saúde até muito pouco tempo. O histórico construído até então era de uma medicina exclusivamente curativa. Com a implantação do programa de

Saúde da Família, uma nova realidade foi inserida no nosso trabalho. O médico deixou de ser o elemento principal para fazer parte de uma engrenagem com vários eixos, os quais muitos são responsáveis pela promoção da saúde. O trabalho multidisciplinar trouxe a incorporação de outros profissionais que buscam juntos soluções para promover a saúde de uma determinada comunidade.

Importante ressaltar, como nos aponta Gomes e Oliveira (2005) que a consulta de enfermagem dentro dos Programas Básicos de Assistência à Saúde na Atenção Básica, propõe modelos diferenciados de ações e estratégias para os enfermeiros. Na saúde pública esse profissional tem encontrado um amplo espaço para a sua atuação, seja nas consultas, no atendimento direto à clientela, na solicitação de exames, na prescrição medicamentosa e, até mesmo, na educação em saúde.

A realidade da prevenção até então muito ou quase nada trabalhada, passou a ser rotina no trabalho desses profissionais e a construção do vínculo entre profissional e população vinculada é característica que merece destaque.

Analisando os processos de trabalho verificamos que na Unidade de Saúde da Família no bairro Nossa Senhora Aparecida, foi possível definir que as ações desenvolvidas seguem atendendo a uma pactuação definida previamente pela exigência do Ministério da Saúde via diagnóstico da Secretaria Municipal de Saúde que em 1997 atingiu as metas e resultados para controle e monitoramento da saúde local. Porém, é livre iniciativa da unidade incorporar estratégias, ações, criações de grupos operativos verificados pela demanda da área adstrita. Assim foram incorporados à Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora Aparecida, grupos operativos para desnutridos, gestantes, idosos, crianças/pais que se reúnem, a cada dois meses, com objetivo de minimizar e acompanhar os problemas de tais grupos. Mensalmente, após o preenchimento dos dados da produção mensal no SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) são realizadas reuniões em conjuntos com os Agentes Comunitários de Saúde onde se discute as ações que serão realizadas no mês, de acordo com o diagnóstico local e demanda apresentada. É importante ressaltar que o vínculo entre a equipe de saúde e a população é de extrema importância para atingir os objetivos desejados.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Realizar uma revisão de literatura sobre o tema do acolhimento que fundamente a experiência vivida pela equipe do Programa de Saúde da Família Nossa Senhora Aparecida no município de Bocaiúva – MG.

3.2 Objetivo Específico

- Relatar a experiência vivida no processo de acolhimento na realidade do Programa de Saúde da Família Nossa Senhora Aparecida no município de Bocaiúva – MG.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho se caracteriza por revisão bibliográfica narrativa como suporte para relatar e analisa a experiência vivida no processo de acolhimento na realidade do Programa de Saúde da Família Nossa Senhora Aparecida no município de Bocaiúva – MG.

O passo inicial para a realização desse trabalho, foi a revisão narrativa da literatura nacional, desenvolvida a partir de produções científicas já publicadas em relação ao tema abordado, o que permitiu uma maior delimitação e a obtenção de informações de diversas fontes. No geral, os estudos analisados abrangeram o período de 2000 a 2010.

Para a seleção dos artigos, foram utilizadas bases bibliográficas como Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, com o objetivo de assegurar de forma ampla variados contextos nos quais o tema acolhimento é discutido com parte dos processos de trabalho.

Foram utilizados também como fonte bibliográfica os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família: Processo de trabalho em saúde (FARIA *et al*, 2008), Modelo assistencial e atenção básica em saúde (FARIA *et al*, 2008), Planejamento e avaliação das ações de saúde (CARDOSO, FARIA, e SANTOS, 2009) e introdução à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos (CORRÊA, VASCONCELOS E SOUZA, 2009).

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Constituição Federal Brasileira de 1988 marca a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema de saúde vigente no país, com intuito de garantia de acesso universal aos serviços e estabelecendo a saúde como direito do cidadão. Este processo permitiu uma nova configuração dos serviços de saúde, priorizando ações de caráter coletivo e preventivo em substituição às ações individuais e curativas, até então, predominantes (CARNEIRO *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2008).

Como consequência da experiência positiva da implantação em 1991 do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de estruturação do SUS, priorizando a reorganização da assistência básica à saúde. Essa estratégia possibilita o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, família e comunidade e é desenvolvida por meio de equipes multiprofissionais de saúde, capacitadas a prestarem assistência integral, contínua e resolutiva de forma a atenderem às reais necessidades de saúde da população cadastrada e acompanhada nas unidades básicas de saúde e comunidade (BRASIL, 1997; CARNEIRO *et.al.*, 2008; SANTOS *et. al.*, 2008). Dessa forma, o PSF passa a ser considerado pelo Ministério da Saúde “o eixo estruturante da atenção básica no Brasil” (BRASIL, 2001).

O Programa de Saúde da Família traz propostas inovadoras para transformar a saúde pública, sendo o acolhimento uma destas propostas, uma vez que sua efetivação pressupõe mudanças na relação profissional/usuário, onde, por meio de uma capacitação específica este profissional estará preparado para receber o paciente, ouvir suas queixas, respeitar sua cultura e limitações e encaminhá-lo à consulta médica. Ressaltando que, tais atitudes só se tornarão possíveis se o profissional tiver conhecimento da realidade das famílias adscritas em seu território de atuação, pois, conhecendo o meio, poderá trabalhar de forma preventiva, evitando o excesso de procura por consultas médicas.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada no SUS em 1994, é hoje norteadora da política de saúde para a atenção primária em todo o Brasil e tem como objetivo “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de

doenças e no contexto hospitalar. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de ações que vão além da prática curativa” (BRASIL, 1998). A unidade de saúde da família estrutura-se em princípios de: territorialização/adscrição e organização de equipe de multiprofissional. Cabe notar, nesse ponto, que o acolhimento, visto como ação de saúde encontra subsídios importantes nos objetivos do PSF de clientela adscrita, integralidade, hierarquização, caráter substitutivo da UBS e trabalho em equipe.

De acordo com Ferreira (1975) acolher significa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir.” Assim acolhimento expressa em suas várias definições, uma ação de aproximação um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

Segundo Fracoli & Bertolozzi (2003) o acolhimento é um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas. É um instrumento, pois deve ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Dessa forma “acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta qualificada, a valorização das queixas, a identificação de necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a transformação em objeto das ações de saúde.

Para Malta et al (2006), acolhimento é uma estratégia para mudança no processo de trabalho alterando as relações entre profissionais e usuários. A equipe de saúde que o desenvolve deve utilizar-se de todo seu conhecimento técnico-científico para prestar um atendimento de qualidade. Este processo deve estimular o resgate desse conhecimento por parte de todos os profissionais da equipe, a fim de ampliar suas intervenções, propiciando aos indivíduos um bem-estar em saúde de forma rápida, resolutiva e humanizada. É no momento de atender as demandas postas pelos usuários que os trabalhadores lançam mão de seus saberes e fazeres que permitem atuar sobre as necessidades expressas “em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e ou a produção de saúde” (FRANCO *et al.*, 1999, p.346).

O acolhimento na saúde, para Bueno e Merhy (2003), deve construir uma nova ética da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com

escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. O acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre depois de ultrapassar a etapa do acesso. Nesse encontro entre profissionais e usuários, dá-se uma negociação visando à identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de estimular a autonomia quanto à sua saúde. Segundo os mesmos autores, acesso não pode ser limitado por parâmetros de planejamento de capacidade, programação de assistência ou níveis de hierarquização do sistema; todas as ações e serviços de saúde deverão estar disponíveis durante todo o período na rede de serviços com as unidades funcionando o tempo mais longo possível e de acordo com as necessidades da população. Devem-se gerar formas variadas de produção de serviços, que em ato, permitam redesenhar o campo tecnológico de intervenção em saúde e abram novas linhas de produção de necessidades. Devem-se buscar novas formas de relação entre trabalhadores de saúde e usuários.

Pesquisa realizada nas regiões norte e sudeste do município de São Paulo, em dez equipes do Programa de Saúde da Família com o objetivo de identificar como se processa o acolhimento, apresentou como resultado, que no acolhimento se realiza uma escuta clínica, focalizada na queixa, com uma intervenção pontual, pouco resolutiva e não construtora de vínculo, contribuindo pouco para que o usuário se torne autônomo e para a implementação de práticas de saúde que extrapolem a abordagem de natureza clínica e individual (Fracolli, Zoboli, 2004).

Estudo realizado em Fortaleza quis conhecer as estratégias de formação do vínculo entre usuários e profissionais do programa de Saúde da Família (PSF). Foi evidenciado que a formação do vínculo acontece de forma lenta e gradual, mas que muitos usuários já conhecem os profissionais de sua área, sabendo a quem se dirigir no momento de esclarecer suas dúvidas. Verificou-se também que a confiança, o compromisso, o respeito, a empatia e a organização do serviço são elementos indispensáveis para que haja a formação do vínculo, pois possibilita maior conhecimento da comunidade a quem prestam serviço, melhorando a qualidade de vida da população (Monteiro, Figueiredo, Machado, 2009).

Franco & Merhy (2003) consideram que o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam a assistência, visto que a organização do serviço passa a ter “equipe de

acolhimento” como central no atendimento 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.

Segundo a cartilha da humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), é importante reconstruir os laços de solidariedade entre aqueles que trabalham juntos na unidade; arguir as condições de trabalho; dignificar o espaço físico de atenção; flexibilizar as relações hierárquicas de poder, entre outros aspectos que precisam ser humanizados no nosso cotidiano.

A atitude do médico responsável pelo PSF é fundamental, uma vez que ele poderá estimular todos os profissionais envolvidos no sentido de realmente trabalharem de forma acolhedora. Um bom exemplo da qualificação deste atendimento pode ser avaliado em relação à população idosa que, em geral, demonstra uma maior carência, característica própria da idade.

A implantação do PSF no SUS evidenciou um novo tipo de aliança na política de saúde e com isso ocorreu um grande salto, no sentido de disseminar o atendimento à saúde da população. Este atendimento com área territorial demarcada acarretou uma mudança positiva no que se refere à diminuição da procura por atendimento hospitalar e até mesmo nos postos de saúde, uma vez que o acompanhamento efetivo das famílias pelos profissionais do PSF acaba por evitar o adoecimento.

Por outro lado o PSF também evidenciou um novo tipo de aliança na política de saúde: de gestores locais (secretários municipais e técnicos do sistema local), com técnicos externos à área de saúde (como os técnicos do CS (Conselho de Saúde) e de organismos internacionais, como o UNICEF e de países que desenvolvem práticas de saúde da família) e com as associações da comunidade. Tais alianças se constituíram numa proposta do programa de superação dos modelos tradicionais de operar ações de saúde, apoiando-se mais nas comunidades e envolvendo-as na política de maneira distinta desenvolvendo novos tipos de parcerias – nacionais e internacionais – baseadas no espaço local, no município e no aprofundamento da descentralização. Esta característica descentralizadora é vital para o estabelecimento dessas alianças.

Com o programa de Saúde da Família – PSF, pudemos efetivar de forma

mais harmônica todos os princípios do SUS. A forma de produzir saúde em uma área específica, conhecendo a clientela e fazendo diagnóstico situacional, possibilita uma assistência universal, integral, longitudinal, descentralizada, que procura tratar os usuários com equidade, tendo a participação popular como parceria fundamental para conseguirmos o bem-estar das pessoas.

No PSF Nossa Senhora Aparecida município de Bocaiuva, Minas Gerais, o trabalho em equipe, exerce uma importância quanto aos resultados a serem alcançados. Há a necessidade de realmente desenvolver esse trabalho em equipe e não somente um trabalho em saúde de um grupo de profissionais. O conceito de saúde atual abrange várias nuances que somente com a interação dos profissionais de várias categorias formando uma equipe participativa, como se espera que aconteça no PSF, é que culminará no bem estar da população. Todos os profissionais da equipe devem estar envolvidos no cuidado do usuário, dando sua contribuição de acordo com sua responsabilidade de atuação. A equipe deve deter um conhecimento racional da sua área de abrangência, que possibilite um diagnóstico da realidade do território solo (Ampliação e aprimoramento do Programa de Saúde da Família em todo território) e do território processo (Processo de implantação do Programa de Saúde da Família, a escolha do local onde este será implantado), a fim de gerenciar esta informação em prol da gestão do trabalho em saúde. A municipalização dos serviços de saúde foi colocada como diretriz operacional do novo sistema de saúde. A noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade, equidade, e integralidade de ações as necessidades e os problemas de saúde de cada área delimitada. Através da gestão do processo de trabalho no PSF, com a participação efetiva de todos os integrantes da equipe, pode se conhecer os fatos reais que permeiam o serviço em saúde, possibilitando a reflexão sobre a missão da equipe, o papel social, e competência, forma de lidar com a população, sua autonomia e responsabilidade quanto ao cuidado. Ao gerenciarmos nossas ações enquanto equipe, facilitamos o processo de trabalho melhorando a qualidade da assistência, ou seja, realizando um cuidado em saúde de forma efetiva, com realidades conhecidas, planejamento de ações, metas definidas, tendo, portanto, resultados satisfatórios para todos os sujeitos envolvidos no modelo assistencial proposto com a estratégia da Saúde da Família.

6. Experiência da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora Aparecida no processo de acolhimento da população

A unidade de Saúde da Família Nossa Senhora Aparecida está localizada em uma área carente com alto índice de problemas de saúde, riscos sociais, drogas e desemprego. A equipe é composta de um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um auxiliar de enfermagem, sete agentes comunitários em saúde, um técnico de higiene dental e um auxiliar de consultório dentário. Foi necessária a implantação dessa equipe devido à demanda reprimida e a necessidade de melhoria da qualidade de vida da área adscrita. A territorialização foi definida na área, onde estão situadas as famílias cadastradas pela equipe do PSF Nossa Senhora Aparecida e subdivididos em micro-áreas. O número de micro-áreas corresponde a subdivisões do universo populacional, de forma a garantir, na metodologia de trabalho, a vinculação dos agentes comunitários de saúde (ACSs). O ACS foi designado para acompanhar de 400 a 750 pessoas em média. Foram levadas também em consideração as características sociais semelhantes de cada micro área.

Baseado no roteiro para classificação das famílias por grau de risco da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Programa Saúde em Casa, classificamos as famílias do PSF Nossa Senhora Aparecida por fatores:

- 1) Socioeconômicos considerando a alfabetização do chefe da família, renda familiar e abastecimento de água.
- 2) Presença de condições ou patologias prioritárias: é considerada de risco a família em que um ou mais de seus integrantes apresentarem uma das seguintes condições ou patologias por ciclo de vida:
 - a) Crianças com situações de risco;
 - b) Adolescentes de alto risco;
 - c) Adultos com risco cardiovascular alto ou muito alto;
 - d) Adultos com risco para diabetes;
 - e) Adultos com alto risco para tuberculose;
 - f) Adulto com alto risco para Hanseníase;
 - g) Adultos com risco grave para saúde mental;
 - h) Gestantes de alto risco;
 - i) Idosos com alto risco/ Idoso frágil;

- j) Outras condições ou patologias definidas como prioritárias pela equipe de saúde.

Depois da classificação final chegamos a seguinte conclusão:

Nº de famílias	Classificação de risco das famílias
507	Sem risco
249	Risco médio
220	Risco baixo
48	Alto risco

De acordo com os resultados obtidos notamos um número considerável de hipertensos em todas as micro-áreas de abrangência deste PSF. São dados consideráveis, pois são aproximadamente 69 pacientes de alto risco, 145 pacientes de risco médio e 166 pacientes de baixo risco (risco de desenvolver um evento cardiovascular adverso, ou seja, um infarto, um acidente vascular cerebral ou morte por causa vascular). Este risco pode ser estratificado com baixo, médio ou alto. Esta classificação é importante não apenas para o tratamento, mas também para definir o prognóstico em longo prazo. Existem atualmente vários instrumentos para avaliar o potencial de um hipertenso apresentar no futuro um evento crítico cardiovascular. Esses instrumentos são chamados de tabelas ou escores. Utilizam-se dados clínicos e laboratoriais do indivíduo, a partir dos quais se pode projetar o risco de desenvolver uma doença cardiovascular. Além de fornecer esta informação prognóstica, é uma maneira compreensível de mostrar ao hipertenso como mudanças em variáveis clínicas podem mudar o seu risco de vir a ter uma doença cardiovascular. O trabalho realizado pelas agentes de saúde é contínuo, persistente, buscando os objetivos e metas da estratégia da Saúde da Família. O diagnóstico local de cada micro-área realizado constantemente pelas ACS's permite organizar, planejar e executar o trabalho a ser feito em cada mês. O dinamismo das ações efetuadas pelas agentes faz com que o processo de trabalho se desenvolva na área.

A desnutrição é também um problema de enfrentamento na área pelo PSF. As condições sociais precárias, a baixa renda, os fatores culturais relativos à alimentação são fatores que relacionam e contribuem para o aumento do número de desnutridos na comunidade local.

A gravidez é um problema de saúde condicionado e determinado por situações precursoras tais como: o início precoce da vida sexual, falta de uso de métodos anticoncepcionais ou o uso inadequado deles, baixa auto-estima, abuso de álcool e drogas, comunicação familiar escassa, conflitos familiares, pai ausente e ou rejeitador, violência física, psicológica e sexual.” Também não é difícil perceber que, quanto menor a escolaridade, maior o risco de gravidez na adolescência”.

Esses dados foram capturados pelas visitas domiciliares realizadas pelas ACSs (Agentes Comunitários de Saúde). Esses agentes têm uma função primordial, além de realizar e atualizar o cadastramento, identificar as condições sociais, sanitárias e acabam criando laços cada vez mais fortes com as famílias cadastradas. Desde a visita inicial procura-se conhecer seus hábitos, informar sobre as condições de vida dos familiares, sua moradia, lazer, transporte, crenças e cultura. De modo geral as famílias recebem bem os ACSs e quando isso não acontece, o enfermeiro é logo acionado.

Dentre os muitos problemas diários enfrentados pela equipe do PSF Nossa Senhora Aparecida, destacamos os cinco que mais comprometem o rendimento da equipe:

1. O PSF está instalado em um imóvel alugado com características residenciais e inexistem salas para reuniões e de espera.
2. A ausência freqüente de materiais, para atendimento de urgência ambulatorial, pequenas cirurgias e prevenção do câncer de colo uterino.
3. Falta de material didático para a realização de oficinas ou grupos operativos, onde são desenvolvidas ações de cunho preventivo.
4. Escassez de medicamentos básicos. Exemplo: antitérmicos, anti-hipertensivos.
5. Grande demanda populacional por atendimento médico e odontológico.

6.1 Ações desenvolvidas pela Equipe do PSF N. S. Aparecida

A equipe faz o possível para contornar as dificuldades e conseguir trabalhar em um imóvel adaptado, usando basicamente criatividade para improvisar ambientes melhores:

1. Quando não é possível distribuição de medicamentos, o paciente é então encaminhado ao hospital municipal para o devido atendimento.

2. A equipe se une nas ações coletivas para ser a mais efetiva possível a fim de obter os melhores resultados.
3. Para o atendimento odontológico, o acolhimento veio contribuir para melhorar as ações desenvolvidas pela equipe do PSF N.S.Aparecida.

Alguns resultados observados com as ações implementadas no PSF Nossa Senhora Aparecida:

- 1 - Um ambiente de trabalho sadio. Recentemente mudamos para um novo endereço com instalações melhores, tentando amenizar estes problemas.
- 2 - Fazemos o possível para solucionar os problemas no próprio PSF usando de muita eficiência e boa vontade. Aceitação da população quanto à programação e agendamentos pelo PSF.

No atendimento ao usuário no PSF, o acolhimento é norma da equipe. Procuramos na maioria das vezes tornar este acolhimento o mais efetivo e resolutivo, buscando sempre resolver o problema do usuário. É notória a união desta equipe. O bom humor e a boa vontade são marcas evidentes do trabalho na equipe o que favorece a noção de acolhimento como postura ética e não apenas como estratégia técnica.

6.3 Reflexão sobre os resultados da implantação do acolhimento no PSF Nossa Senhora Aparecida

Ao observarmos a realidade em que vivemos hoje, concluímos que houve uma mudança significativa nos rumos da saúde até pouco tempo praticada. O histórico construído até então era de uma medicina exclusivamente curativa onde o eixo principal era o médico. Com implantação no Programa de Saúde da Família, uma nova realidade foi inserida em nosso trabalho.

É importante ressaltar que o vínculo entre a equipe e a população é de extrema importância para atingir os objetivos desejados. A participação da comunidade e o envolvimento com os problemas que por ventura aparecem é uma estratégia essencial para resolução dos mesmos. Verifica-se que há este vínculo com a população da área de atuação do PSF Nossa Senhora Aparecida e que ao realizar os grupos operativos, são constantes as sugestões, as solicitações, os pedidos aos temas e ações a serem trabalhadas pelos usuários que, ainda não

atingiram 100% de presença nos grupos, mas querem a melhoria de saúde à população. Desta forma, justifica-se a realização de várias ações na unidade.

Outro aspecto importante e fruto deste trabalho é a constatação da necessidade de que sejam instituídos treinamentos e capacitações para toda equipe do PSF a fim de efetivar os frutos do programa. Essa deve ser uma ação a ser implementada para toda a equipe de Saúde da Família do município e que representa um espaço da reflexão inicial que motivou a abordagem desta temática.

Desta forma, o PSF tem um caráter mais efetivo do que os programas tradicionais concebidos no Ministério da Saúde, por não se tratar de intervenção pontual no tempo e no espaço e tampouco de forma vertical ou paralela às atividades rotineiras dos serviços de saúde. Ao contrário, objetiva a integração e organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada e perene (Souza, 2000).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados e coletados na literatura nacional permitem entender o quanto é difícil implementar a proposta do acolhimento. Apesar de 10 anos atuando no PSF Nossa Senhora Aparecida, pode-se observar que ainda é uma cultura em construção, uma vez que o programa é relativamente novo e pressupõe toda a reorientação do modelo assistencial vigente.

No início dos trabalhos, parecia que o tema acolhimento não fazia muito sentido para os integrantes da equipe, mas no decorrer das atividades uma angústia foi sendo gerada nos participantes e eles puderam perceber que a falta de organização dentro da unidade de saúde também estava relacionada ao acolhimento. Então a equipe foi percebendo que precisava cuidar também da qualidade de vida da equipe, acolhendo-se para posteriormente acolher o outro.

Nesse sentido, a cultura que os profissionais têm sobre o acolhimento está relacionada aos seguintes conceitos: receber bem, ouvir o usuário, estar atento, compreender e solidarizar-se, dentre outros. Conceitos esses que corroboram a concepção de acolher no contexto dos serviços de saúde, tão ressaltados pela literatura estudada.

A incorporação pelo PSF de novas formas de organizar o trabalho em saúde é uma maneira de efetivar uma das proposições que definem, além de uma necessidade para a sua concretização como estratégia que visa reorganizar o SUS a partir da atenção à saúde. Assim, o acolhimento pode ser compreendido como uma forma de organização do trabalho em saúde e, também, como atitude desejável no fazer de todos os profissionais de saúde.

Deve-se, no entanto ressaltar que algo já se conquistou em direção do reconhecimento de saúde como um direito de todos. No mínimo quando se amplia o acesso aos PSFs, reduzem-se as filas de espera e aumenta-se o respeito pela dor e dificuldades dos usuários dos serviços. Observa-se os avanços alcançados com a implantação do acolhimento, mas para que este seja de fato um sucesso, os profissionais precisam receber apoio, ser atendidos em suas necessidades, serem supervisionados a fim de que o trabalho realizado por eles seja qualificado de forma inequívoca.

Na saúde pública precisamos mais do que vontade de trabalhar, é preciso considerar o outro como sujeito do processo, qualificar o usuário na relação trabalhador-usuário, os referenciais deveriam ser de humanismo, de solidariedade e cidadania, e assim sendo fica mais fácil praticar o acolhimento em todas as áreas demandantes.

Este trabalho nos proporcionou um ganho profissional muito grande, quanto à melhoria e aquisição de conhecimentos novos importantes para a compreensão e implantação do acolhimento na Estratégia de Saúde da Família.

8 REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

Brasil Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários (PACS)**. Brasília (DF): MS; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/** Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BUENO WS, Merhy EE. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm> (acessado em 28/ maio/2010).

CARNEIRO, A. D. *et. al.* Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos, éticos e legais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008; 10 (3): 756-65. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a21.htm> Acesso em: 20/Maio/2010.

CORRÊA, VASCONCELOS E SOUZA, Iniciação á Metodologia científica, Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopemed, 2009.

DUARTE, G., Consulta de pré-natal: entrevista. **Jornal da Febrasgo**, ano 16, edição 115, jun, 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C.P. Descrição e análise do acolhimento: Uma contribuição para o programa saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** 2004; 38(2): 143-51. www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/04.pdf Acesso em: 20/Maio/2010.

FRANCO, T. B. *et al.* O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2,p. 345-353, jan./jun. 1999. www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf Acesso em: 20/Maio/2010.

FRANCO, T.B; MERHY, E., **PSF Contradições e novos desafios. Conferencia Nacional de Saúde**, abril, 2003.

FRANCOLLI, L.A. BERTOLOZZI, M.R.A. **Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo**: manual de enfermagem, Janeiro 2003.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev. Bras Enferm**, v.58, n.4, p. 393-8, jul-ago, 2005. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a03v58n4.pdf> Acesso em: 20/Maio/2010.

MALTA, D. C. *et al.* Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set/dez. 2006. <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-13.pdf> Acesso em: 20/Maio/2010.

MERHY, E. E; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, 1998.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 43, n 2, Jan. 2009. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200015 Acesso em: 20/Maio/2010.

SANTOS, S. M. R, *et al.*. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde. Juiz de Fora, Minas Gerais. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 124-30. www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/14.pdf Acesso em: 20/Maio/2010.

SCHOLZE, A. S.; ÁVILA, L. H.; SILVA, M. M.; DECOREGGIO, S. T.K. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8 n.1, p.7-12, dez 2006. www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_2.pdf Acesso em: 20/Maio/2010.

SOUZA. H.M. Entrevista com a diretora do Departamento de Atenção Básica-SPS/MS. **Rev Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 53, p 7-16, dez. 200 Número Especial.