

WAYNER APARECIDA LIMA

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GUAPÉ MG: MUDANÇAS PERCEBIDAS
PELOS PROFISSIONAIS ATUANTES.

Formiga MG

2011

WAYNER APARECIDA LIMA

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GUAPÉ MG: MUDANÇAS PERCEBIDAS
PELOS PROFISSIONAIS ATUANTES

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

Orientador: Kenia Lara Silva

Formiga - MG

2011

WAYNER APARECIDA LIMA

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GUAPÉ MG: MUDANÇAS PERCEBIDAS PELOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM.

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: Kenia Lara Silva

Banca Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte----/----/-----

DEDICATÓRIA

Dedico minha conquista:

A meu pai Divino, que durante toda minha vida acreditou em meus projetos, sempre me apoiando.

A minha mãe Zélia, que nunca se cansou em dividir comigo a tarefa de cuidar dos meus filhos durante os períodos de estudo.

A meu marido Peterson e meus filhos Pedro e Gabriel, que foram pacientes e compreensivos nos meus momentos de ausência, sempre demonstrando carinho e afeto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me deu forças pra jamais desistir diante dos obstáculos

A minha orientadora Kenia Lara Silva, pela dedicação que dispensou ao transmitir seus ensinamentos

Ao Tutor Bruno Sena, que durante todo o curso nos conduziu, abrindo caminhos pra a conclusão deste.

A todos os funcionários do Polo de Formiga, que sempre se mostraram atenciosos

A UFMG que possibilitou a realização deste curso que veio acrescentar muito

A Coordenadora da Atenção Básica a saúde do município de Guapé, Flavia Mourão, pela contribuição na realização deste trabalho

As equipes de ESF do município de Guapé, em especial as enfermeiras, pela fundamental participação no trabalho

A equipe de ESF Paraíso Aquático das Gerais, meus colegas de trabalho que contribuíram muito durante todo o curso

A minha família pelo apoio incondicional

A todos que de alguma forma direta ou indiretamente contribuíram para que eu chegasse ao final do curso com realização deste trabalho.

AUXÍLIO MÚTUO

Em zona montanhosa, através de região deserta, caminhavam dois velhos amigos, ambos enfermos, cada qual a defender-se quanto possível contra os golpes do ar gelado e de intensa tempestade, quando foram surpreendidos por uma criança semi-morta na estrada, ao sabor da ventania de inverno.

Um deles fixou o singular achado e exclamou, irritadiço:

- Não perderei tempo! A hora exige cuidado para comigo mesmo. Sigamos à frente.

O outro, porém, mais piedoso, considerou:

- Amigo, salvemos o pequenino. É nosso irmão em humanidade.

- Não posso, disse o companheiro endurecido. Sinto-me cansado e doente. Este desconhecido seria um peso insuportável. Precisamos chegar à aldeia próxima sem perda de minutos. E avançou para adiante em largas passadas.

O viajante de bom sentimento, contudo, inclinou-se para o menino estendido, demorou-se alguns minutos, colando-o paternalmente ao próprio peito, e aconchegando-o ainda mais, marchou adiante, embora mais lentamente.

A chuva gelada caiu metódica pela noite adentro, mas ele, amparando o valioso fardo, depois de muito tempo, atingiu a hospedaria do povoado que buscava.

Com enorme surpresa, porém, não encontrou o colega que havia seguido na frente.

Somente no dia seguinte, depois de minuciosa procura, foi o infeliz viajante encontrado sem vida numa vala do caminho alagado.

Seguindo a pressa e a sós, com a idéia egoísta de preservar-se, não resistiu a onda de frio que se fizera violenta, e tombou encharcado, sem recursos com que pudesse fazer face ao congelamento.

Enquanto que o companheiro, recebendo em troca o suave calor da criança que sustentava junto do próprio coração, superou os obstáculos da noite frígida, salvando-se de semelhante desastre.

Descobrir a sublimidade do auxílio mútuo. Ajudando o menino abandonado, ajudara a si mesmo. Avançando com sacrifício para ser útil a outrem, conseguira triunfar dos percalços do caminho, alcançando as bênçãos da salvação recíproca.

“O auxílio ao próximo sempre será o seu melhor investimento”.

Alex Cardoso de Melo

RESUMO

O presente trabalho objetivou analisar as potencialidades e os desafios das Estratégias de Saúde da Família no município de Guapé na implantação do Acolhimento com classificação de risco. Para tanto foram utilizados relatos de experiências, através de reuniões realizadas entre as enfermeiras das unidades e com a coordenação da atenção básica. A partir dos relatos apresentados foi possível identificar os aspectos positivos e as dificuldades encontradas pelas equipes, gerando propostas de alternativas para qualificar o acolhimento com classificação de risco nas ESF do município. O trabalho permitiu concluir que no município de Guapé o Acolhimento com classificação de Risco na atenção básica ainda esta em fase bem inicial, proporcionou aprendizado a todos que participaram e revelou grandes desafios a serem superados para que seja efetiva a implantação do acolhimento com classificação de risco nas unidades de ESF no município.

Palavras chaves: Acolhimento, Classificação de Risco, Estratégia de Saúde da Família

Abstract

This study aimed to analyze the potential and challenges of the Strategies for Family Health in the municipality of Guapé at the Shelter with risk classification. Therefore, we used reports of experiences, through meetings between the nurses of the units and the coordination of primary care. From the reports presented were able to identify the positive aspects and difficulties encountered by the teams, generating alternative proposals to classify the host with the FHS risk rating of the municipality. The study revealed that the city of Guapé rated Settlement Risk in primary care is still in the very early stage, learning offered to all who participated and showed great challenges to overcome to be effective with the implementation of the host rating units of the Family Health Strategy in the county.

Keywords: Reception, Risk Rating, the Family Health Strategy

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	08
2-JUSTIFICATIVA	13
3-REFERENCIAL TEÓRICO- ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	14
4-OBJETIVOS	21
5-METODOLOGIA	22
6-RESULTADOS	23
6.1 O CONTEXTO: O MUNICÍPIO DE GUAPÉ E A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	23
6.2 POTENCIALIDADES NA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	24
6.3 DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	25
6.4 ALTERNATIVAS PARA QUALIFICAR O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS ESF NO MUNICÍPIO DE GUAPÉ	26
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
8- REFERENCIAS	30

1 - INTRODUÇÃO

A Saúde da Família é uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, com a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) trabalham com área definida, sendo responsável por um número de famílias também definido, residentes e cadastradas na área. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do Sistema único de Saúde, que iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia depende de um processo que permita a substituição efetiva da rede básica de serviços tradicionais pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida através de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, sendo o usuário um cidadão participativo nas ações da unidade que influenciam na sua saúde e na saúde da comunidade.

A equipe de Estratégia de Saúde da Família é responsável também por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; deve estimular a organização e a participação da comunidade nas ações e serviços de saúde; deve atuar de forma intersetorial, através do estabelecimento de parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2007).

Um desafio que tem se apresentado às equipes de Saúde da Família é a implantação do Acolhimento nos serviços de saúde, uma ação de extrema importância para estabelecer vínculo entre usuários e equipe, para organizar os serviços de forma a permitir acesso e resolubilidade.

No Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, Acolher significa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a. Percebem-se, a partir dessa definição, que há uma proposta de mudança na forma de recepcionar o usuário que chega a unidade, dando mais atenção as suas necessidades, ouvindo o que ele tem a dizer e valorizar suas queixas ou dúvidas e não

somente ouvir enquanto realiza outra atividade e dar uma resposta muitas vezes até evasiva.

Conforme a Lei 8080 do SUS , no capítulo II, que dispõe sobre seus Princípios e Diretrizes, em seu Art. 7º, afirma-se que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios de: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; igualdade da assistência à saúde; direito à informação sobre sua saúde; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos (BRASIL, 1990).

É responsabilidade da ESF garantir o acesso a todo usuário cadastrado em sua área de abrangência, ouvir e dar crédito ao usuário que procura a unidade e resolver ou encaminhar para o nível de competência para que resolva o problema desse usuário.

O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. (CARVALHO & CAMPOS, 2000.p.507-15)

Uma vez garantido o acesso aos usuários, a equipe deve pensar no acolhimento desses, e para isso devem estar preparados para trabalhar com diferenças culturais, sociais e comportamentais. Cada cidadão que chega deve ser acolhido, ouvido, deve ser atendido com respeito à particularidade que apresenta. Ao falar com o usuário, quem o acolhe deve também utilizar comunicação adequada ao nível de compreensão que este cidadão possui, estabelecendo um vínculo efetivo e de confiança entre profissionais que atuam na unidade e usuário.

O acolhimento na saúde, 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 após ultrapassada a etapa do acesso. Nesse

encontro entre profissionais e usuário, dá-se uma negociação visando a identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto à sua saúde. (BUENO & MERHY, 1997)

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), o Acolhimento não tem local nem hora certa para acontecer, deve ser realizado com o usuário que chega a unidade em busca de atendimento, no domicílio através da visita domiciliar pelos profissionais da ESF, nas reuniões realizadas, nos grupos operativos, ou seja, em qualquer lugar ou momento que o profissional entra em contato com o usuário. O acolhimento não tem que ser realizado por um profissional específico, pois não é função exclusiva do enfermeiro ou técnico em enfermagem devendo ser realizado por qualquer profissional que atua na equipe de ESF. Logo no primeiro contato com o usuário o profissional que o acolhe deve tentar resolver o problema se for de sua competência ou encaminhar a quem possa resolver (BRASIL, 2008).

Ainda segundo a Política Nacional de humanização, o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, em que o profissional deve reconhecer o usuário como protagonista no processo de saúde e doença, e que através da troca de saberes deve mostrar ao usuário que ele também é responsável pela resolução do seu problema. A ESF deve ver no Acolhimento um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. (BRASIL, 2008)

O acolhimento vem se mostrando cada vez mais necessário num serviço que objetiva a transformação de um modelo assistencial tradicional biomédico para um modelo que prioriza a promoção da saúde e prevenção de agravos. Isso reflete na conduta dos profissionais que atuam nas unidades de ESF que devem adotar o acolhimento como princípio de suas atividades. Contudo, percebo que há grandes dificuldades em relação à comunidade que, impregnada pelo modelo tradicional, muitas vezes apresenta resistência as mudanças. Ao mesmo tempo, os profissionais com a sobrecarga de trabalhos e a deficiência nas estruturas onde funcionam as unidades também apresentam dificuldades para uma escuta qualificada na busca da melhor solução para a situação apresentada pelo usuário, objetivo do acolhimento.

No município de Guapé-MG, a implantação do acolhimento teve início em junho de 2009, por ocasião do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS). A partir da

quinta oficina realizada, em outubro do mesmo ano, a qual propunha o Acolhimento e Classificação de Risco, os funcionários de todas as unidades foram então treinados, e a Coordenação da Atenção primária e Secretaria de Saúde do município passou a cobrar dessas unidades a realização do Acolhimento com Classificação de Risco.

O município de Guapé possui uma população de treze mil quatrocentos e setenta e cinco habitantes, com uma área territorial de 934.598 Km². Possui 24 comunidades rurais e conta com quatro equipes de Saúde da Família que abrange 100% da população, sendo três equipes de atendimento rural e urbano e uma equipe exclusivamente rural.

No município, o acolhimento tem sido objeto de grandes discussões uma vez que sua implantação traz benefícios e revela dificuldades e deficiências profissionais e estruturais que vem sendo apresentadas na tentativa de encontrar possíveis soluções.

A ESF Paraíso Aquático das Gerais, onde atuo como enfermeira, por ocasião da realização do diagnóstico situacional realizado em julho de 2010 identificou os seguintes problemas:

- Dificuldade em realizar o acolhimento devido a estrutura física inadequada onde funciona a unidade de saúde dificultando o atendimento com excelência aos usuários;
- Falta de treinamentos para os profissionais
- Sobrecarga de tarefas para os profissionais da unidade de ESF
- O acesso dos usuários das microáreas rurais é dificultado pela ausência de unidades de apoio nessas microáreas
- Falta de responsabilidade da população com a própria saúde
- Baixa adesão da população aos grupos operativos

Dentre todos esses problemas listados, o problema que mais chama atenção da equipe está relacionado ao Acolhimento. Os profissionais reconhecem a dificuldade em realizar o acolhimento devido ao espaço e a estrutura inadequados, a falta de capacitação e a sobrecarga de trabalho. Esse não é um problema apenas da unidade Paraíso Aquático das Gerais, mas de todas as ESF no município de Guapé. As principais queixas e mais comuns entre os profissionais das equipes são: sobrecarga de trabalho devido a contingente de tarefas a serem realizadas em curto espaço de tempo; ausência de capacitação profissional para uma escuta qualificada e resolutiva e a resistência da população que não

está acostumada com o tipo de atendimento proporcionado pelo Acolhimento. No caso de três das quatro unidades do município, também há o problema da estrutura das unidades nas quais não espaço para que o usuário seja ouvido com privacidade ocorrendo muitas vezes a exposição de problemas na recepção, na frente de outros usuários.

Diante do exposto definiu-se como tema para o Trabalho de Conclusão de Curso o Acolhimento com classificação de risco. A questão norteadora deste estudo é: Quais os desafios e potencialidades enfrentados pelos profissionais na implantação do Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária à Saúde?

2 – JUSTIFICATIVA

O trabalho justifica-se no entendimento de que o Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família é uma proposta que contribui para reorganizar o processo de trabalho, efetivando a humanização do atendimento, viabilizando a acessibilidade e resolutividade.

O Acolhimento no município de Guapé ainda é novidade tanto para as equipes, quanto para usuários e todas as equipes têm passado por dificuldades seja com a aceitação de alguns usuários, pois juntamente ao acolhimento esta sendo implantada também a classificação de risco. O trabalho também contribuir para esclarecer o modo de organização desta proposta e poderá orientar profissionais no esclarecimento da população que muitas vezes mostra-se contrária à nova forma de atendimento.

Por fim, o estudo justifica-se pela necessidade de demonstrar a experiência dos profissionais do município no difícil desafio de implantar o acolhimento, e, com isso, poderá servir de estímulo a outras ESF que também buscam estabelecer uma mudança efetiva na relação profissional-usuário, sendo este o primeiro passo concreto para a reorganização do seu processo de trabalho.

3-REFERENCIAL TEÓRICO- ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A implantação do Acolhimento nos serviços de saúde tem se mostrado cada vez mais necessária. Há muito se fala em acolhimento e classificação de Risco em saúde, contudo, foi a partir da realização do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) que muitos profissionais tomaram conhecimento desta estratégia passando a ser treinados para tal.

Ferreira (1988) considera o acolhimento como ato ou efeito de acolher; recepção; atenção, consideração; refúgio, abrigo e agasalho. No ato do acolhimento, o paciente que procura o serviço de saúde espera encontrar no profissional que o recebe refúgio, ao ser atendido com consideração. Espera, ainda, que seja dispensada a devida atenção a seu problema, de forma a produzir uma resposta que satisfaça.

De acordo com a Cartilha da política Nacional de Humanização (PNH) o acolhimento propõe uma mudança nos processos de trabalho em saúde atendendo a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e produzir respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2004).

Ainda, segundo a cartilha da PNH, uma postura acolhedora implica em estar atento e poroso à diversidade cultural, racial e étnica. Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema. Diz, ainda que avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento em com maior grau de risco e vulnerabilidade. (BRASIL, 2004).

Quintáz (1995) discute o acolhimento, comparando-o com a relação mãe-filho. Considerando a mãe um campo de amparo e acolhimento com a responsabilidade de cuidar de seu filho. Dessa forma, traduzindo esse pensamento para os serviços de saúde, significa que os trabalhadores podem amparar a sua clientela e se tornar responsável por ela, com dedicação, carinho e muito respeito às particularidades de quem procura esse amparo.

Para Entralgo (1983) acolhimento é uma “Relação de ajuda”, e classifica que essas pessoas são objetos da ação porque procuram ajuda e são agentes da ação porque participam dessa ajuda opinando e interferindo nas decisões. Nesta relação, a equipe de saúde deve estar preparada para estabelecer uma relação clara e tranqüila para o usuário. É imprescindível que o profissional estabeleça uma boa comunicação que reflita no usuário um sentimento de confiança, de forma que esse paciente estará seguro em solicitar ajuda pra resolver o problema que o levou a unidade.

Miranda e Miranda (1990) consideram que é a partir do encontro entre duas pessoas que se estabelece a relação de ajuda, onde o ajudador ao acolher o ajudado constrói a base da relação. O relacionamento de ajuda é desenvolvido a cada encontro. O “ajudador” deve mostrar disponibilidade e abertura ao ajudado desde os momentos iniciais, pois é nesse momento que se constrói o vínculo. Considera ainda que o “ajudador” apresentar disponibilidade para ajudar o outro e para amá-lo no decorrer do processo. Para estes autores a palavra “acolhendo”, vem dentro deste processo de ajuda.

Miranda e Miranda (1990) citam que para o acolhimento, os profissionais precisam desenvolver habilidades interpessoais, segundo o modelo de ajuda de Robert R. Carchuff e Bernard G. Berenson. Entre essas habilidades estão o ato de atender, responder, personalizar e orientar. Para efetivar o acolhimento, o atendimento processa-se em fases: envolver-se, explorar, compreender e agir. de forma que o profissional ao receber o paciente deve estar apto para ouvi-lo e dar uma resposta coerente ao que ele procura.

É importante destacar que ha situações no cotidiano dos serviços em que a unidade de saúde não é capaz de responder a necessidade do usuário. Nesses casos, os profissionais devem encaminhar aos serviços competentes, orientando, ao paciente e a família se for o caso. Para tanto, o serviço de saúde deve compor uma rede de atenção à saúde na qual o acesso a diferentes serviços deve ser assegurada. Os profissionais, por sua vez, devem estabelecer vínculos com o paciente para que ele retorne ao serviço, dando continuidade, assim a assistência inicialmente prestada.

Campos (1994) considera que para se assegurar a qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos pelos usuários, é preciso que se tenha em mente as noções de vínculo, acolhida e responsabilização da equipe pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual.

Merhy (1994) considera que, na busca pelos serviços de saúde, o usuário espera que se estabeleça uma relação entre ele e o trabalhador de saúde, a qual possa

gerar um acolhimento e conseqüentemente uma atuação sobre o seu problema. Esse usuário cria uma expectativa, de que o profissional responda com resolutividade ao seu problema. Cabe aos serviços de saúde oferecer ações efetivas, as quais possam resolver a situação problema que ele apresenta no momento.

Através do Acolhimento todos os usuários serão ouvidos por algum profissional, e sua busca devera produzir um efeito, qualquer profissional que receber o usuário em um dado momento, seja no domicilio ou na unidade, terá a responsabilidade de encaminhá-lo a quem competir resolver seu problema. Deste modo o Acolhimento deve ser visto como uma ação a ser desenvolvida por todos os profissionais, sem local ou hora especifica para este fim, devendo ocorrer de forma ética, com compromisso e responsabilidade do profissional que executa, com capacidade para ouvir, trocar experiência e compartilhar saberes.

Os serviços de saúde têm mostrado constantemente uma necessidade urgente de mudança no processo de trabalho, principalmente no que diz respeito ao acesso e universalidade, para garantir, assim, que todos os cidadãos possam ser atendidos de forma resolutiva. A organização do Acolhimento pode representar essa mudança que supera o modelo de triagem no qual ocorre um processo de exclusão, selecionando qual paciente seria atendido naquele dia e quais voltariam pra casa sem conseguir uma resposta para seu problema.

Na organização do Acolhimento, pode-se adotar a classificação de risco como uma importante estratégia. A Classificação de Risco é um processo dinâmico, na qual os profissionais devem ser capacitados de forma a identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, seguindo os critérios para avaliação do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, organizando o fluxo da unidade de acordo com as necessidades da demanda, de forma a atender e resolver através de assistência e/ou encaminhamentos todos os casos dos usuários que procuram o serviço.

Segundo o Plano Diretor da Atenção primária á saúde (PDAPS), ao iniciar o atendimento na Unidade de Atenção Primaria a Saúde (UAPS), o membro da equipe deve explicar rápida e objetivamente os serviços oferecidos pela unidade, e como esses serviços estão organizados. Em seguida deve identificar os usuários, perguntando a cada um qual o motivo que o levou a unidade de saúde. Os casos de urgência e emergência devem ser atendidos imediatamente pelo medico, os demais casos devem ser avaliados e sempre que possível priorizar inicialmente para atendimento as gestantes, as crianças, os portadores de deficiências e os idosos, os usuários que têm retornos de consultas, atendimentos

agendados, vacinas, curativos, exames, entre outros, devem ser encaminhados para os setores correspondentes. Já para os usuários que procuram a unidade básica de saúde, apresentando alguma queixa, ou um evento agudo, para esses deve se realizar a classificação de Risco. (MINAS GERAIS, 2009)

A Classificação de risco é uma atividade que objetiva humanizar e personalizar o atendimento; avaliar o usuário logo na sua chegada para identificar a gravidade do caso; estabelecer a prioridade de atendimento do usuário de acordo com a gravidade do caso; determinar o ponto de atenção e o atendimento adequado de acordo com a gravidade ou a necessidade de atendimento de cada caso; prestar informações adequadas aos usuários e familiares. Para realização de tal tarefa, os profissionais da equipe de saúde, enfermeiros e médicos, devem estar devidamente capacitados para proceder a uma entrevista objetiva que possibilite a exclusão ou identificação de sinais de gravidade.

Ainda de acordo com o PDAPS, a Classificação de risco é um processo dinâmico onde os usuários necessitam de tratamento imediato devem ser identificados de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A partir deste processo de classificação, os casos poderão ser categorizados por prioridades, a partir da utilização de um protocolo clínico, no qual a presença de um ou mais sinais de risco aponta para a necessidade de atendimento imediato, na ausência de sinais de risco, o profissional deve analisar a necessidade do usuário e oferecer um atendimento ou consulta agendada, compatibilizando a disponibilidade do usuário e do serviço. Após ser atendido, o usuário poderá receber tratamento, ou ter a continuidade do tratamento ambulatorial, ou ficar em regime de observação, ou ainda ser internado para tratamento hospitalar ou ser transferido para tratamento em outro serviço de maior complexidade (MINAS GERAIS, 2010).

A realização da Classificação de Risco deve ser apoiada por um protocolo clínico único, que padronize a linguagem em todos os pontos de atenção, nos sistemas de apoio e logísticos.

A Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Minas Gerais, após avaliar os protocolos clínicos existentes e validados internacionalmente, padronizou a utilização do Protocolo de Manchester, que inicialmente foi formulado para a utilização no Reino Unido e, atualmente, está em operacionalização em vários países da Europa e Austrália. Entre as vantagens deste protocolo destaca-se que não trabalha com diagnóstico; possibilita a classificação de risco em todos os pontos de atenção primária, secundária e terciária; pode ser informatizado; além de ser passível de auditoria clínica.

Este Protocolo tem como base para a classificação de risco a utilização dos sinais e sintomas como determinantes, cada um contém um fluxograma e é avaliado de acordo com ele, em seguida classificado em uma das cinco categorias por grau de prioridade (MINAS GERAIS, 2010). Os níveis de prioridade são identificados por cores, sendo:

PRIORIDADE 1 - VERMELHO:

- O usuário classificado com prioridade 1 necessita de ressuscitação.
- Deve ser categorizado como caso de EMERGÊNCIA ABSOLUTA. Ex: parada cardíaca, choque, politraumatismo, coma profundo, entre outros.
- Este atendimento é prioridade absoluta, os primeiros cuidados são imediatíssimos, o transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto-socorro e o acesso deve ser imediatíssimo.

PRIORIDADE 2 - LARANJA:

- O usuário classificado com prioridade 2 deve ser categorizado como caso de EMERGÊNCIA, mas ainda não necessita de ressuscitação. Ex: trauma grave, alteração do estado mental, comprometimento do estado hemodinâmico, queimaduras de segundo e terceiro grau, dor precordial, quadros hemorrágicos intensos, entre outros.
- Este atendimento é prioridade, os primeiros cuidados são imediatos (no máximo em 15 minutos), o transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto-socorro e o acesso deve ser imediato.

PRIORIDADE 3 - AMARELO:

- Deve ser categorizado como caso de URGÊNCIA MAIOR. Ex: traumatismos moderados, quadros dolorosos de intensidade moderada, quadros de sibilância de intensidade moderada, entre outras.

- Este atendimento é prioridade, os primeiros cuidados são imediatos, o transporte sanitário deve ser acionado.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto-atendimento e o acesso deve ser imediato.

PRIORIDADE 4 - VERDE:

- O usuário classificado com prioridade 4 é classificado como URGÊNCIA MENOR. Ex: quadro febril de baixa intensidade em criança, gestantes com queixas, quadros dolorosos de baixa intensidade, entre outros.
- Este atendimento deve ser priorizado, preferencialmente, na UAPS, para o mesmo turno, após os primeiros cuidados e medidas necessárias nos casos de emergência e de urgência maior.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é a UAPS.

PRIORIDADE 5 - AZUL:

- O usuário classificado com prioridade 5 não apresenta Sinal de Alerta, trata-se de caso eletivo. Ex: quadro gripal, dor de intensidade leve, trauma menor, entre outras.
- Este atendimento ou consulta pode ser agendada ou realizada de imediato, caso haja disponibilidade.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é a UAPS

Para o Grupo Brasileiro de classificação de Risco, a triagem ou classificação de risco é uma ferramenta de manejo clínico de risco, empregada nos serviços de urgência por todo o mundo, afim de construir fluxos de pacientes quando a demanda excede a oferta de serviços, com o objetivo de garantir o atendimento médico de acordo com o tempo de resposta e com a necessidade do paciente. A classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester nos serviços de urgência para definição de uma prioridade clínica é uma metodologia que pode ser ensinada e auditada (MINAS GERAIS, 2010).

Dessa forma, conclui-se que Acolhimento e Classificação de Risco são fundamentais para reorganizar o processo de trabalho em saúde, e que ambos apresentam importância decisiva, devendo ser realizados em conjunto, ou seja, o Acolhimento, como ato de acolher, escutar e dar uma resposta deve estar sempre associado à classificação de risco, onde o profissional terá oportunidade de avaliar também expressões, sentimentos, angústias sofrimento psíquico e não somente a queixa física. Realizar a classificação de risco colocando em prática o acolhimento em seus conceitos mais amplos tem como premissa a garantia de um atendimento mais humanizado e resolutivo nos serviços de saúde.

4-OBJETIVO

Objetivo geral

- Analisar as potencialidades e os desafios das ESF no município de Guapé na implantação do acolhimento com classificação de risco.

Objetivos Específicos

- Identificar os aspectos positivos da implantação do acolhimento nas unidades de ESF;
- Identificar dificuldades encontradas pelos profissionais na implantação do acolhimento com classificação de risco nas ESF;
- Propor alternativas para qualificar o acolhimento com classificação de risco nas ESF no município de Guapé.

5-METODOLOGIA

Este trabalho é caracterizado como um relato de experiência vivenciado por enfermeiras das unidades de Estratégia de Saúde da Família no município de Guapé, Minas Gerais sobre a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco. Para melhor fundamentação, este relato foi sustentado em um referencial teórico sobre o tema Acolhimento e Acolhimento com Classificação de Risco aliado a descrição de experiências. O material teórico utilizado foi coletado de livros, artigos de periódicos e materiais da internet. Foram acessados os bancos de dados MEDLINE, BIREME e LILACS, para ter acesso às publicações pela internet.

A experiência está descrita a partir das vivências de quatro enfermeiras, sendo uma delas a autora deste trabalho, no período de junho de 2009 a maio de 2010, quando, por ocasião da Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a saúde, iniciou-se no município a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco.

6 RESULTADOS

6.1 O contexto: o município de Guapé e a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco

O município de Guapé está localizado na região Sul de Minas Gerais, banhada pelas águas de Furnas, sua história se divide em duas partes: antes e depois das Águas de Furnas, devido a sua inundação na década de 1960 para construção da usina hidrelétrica. Situada a uma distância de 290km da capital Belo Horizonte, com uma área territorial de 934.598 Km², possui uma população de 13.475 habitantes segundo senso do IBGE de 2009. Possui 24 comunidades rurais e seus limites territoriais se dão com as cidades de Capitólio, Formiga, Pimenta, Boa esperança, Cristais, Ilicínea, Carmo do Rio Claro, São José da Barra.

Em relação à economia, o município tem como fonte de renda a agricultura, com a predominância do café para exportação, leite, gado de corte, cachaça artesanal e milho, dentre outros produtos. A indústria da pedra decorativa (arenito) vem se sofisticando a partir da década de 90 e na entrada do século XXI despontou a indústria do vestuário. Em relação ao serviço de Saúde do Município, conta na atenção primária com quatro equipes de Saúde da Família, sendo três unidades mistas que atendem a população da zona rural e urbana e uma equipe que atende exclusivamente à população da zona rural, um hospital de pequeno porte onde são atendidas as urgências e emergências do município. Para os atendimentos do nível secundário conta com os serviços de saúde da mulher e saúde mental.

AS quatro Equipes de Saúde da Família (ESF) do município abrangem 100% da população: ESF Cidade Nova; ESF Maria da Conceição Barbosa; ESF Paraíso Aquático das Gerais e ESF Recanto do lago. Essas equipes são constituídas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, odontólogos, auxiliares de higiene bucal (AHD) Agentes Comunitários de Saúde e auxiliar administrativo. As quatro equipes estão em fase de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco e empenhadas na participação dos treinamentos.

O desenvolvimento deste trabalho deu-se no período entre outubro e dezembro de 2010, quando foram realizadas reuniões entre as enfermeiras responsáveis pelo Acolhimento e pela classificação de Risco nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família:

Recanto do Lago, Cidade Nova, Maria da Conceição Barbosa e Paraíso Aquático das Gerais, sendo este último, o que a autora do trabalho está inserida.

Na primeira reunião entre as enfermeiras foram expostas questões relevantes a implantação da classificação de risco, como estava sendo realizadas em cada unidade, quais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, quais os pontos positivos observados a partir da classificação de Risco, sobre o Acolhimento foi relatado principalmente qual o sentimento que o usuário demonstrava ao ser acolhido pelo profissional, e como este estava sendo realizado.

Na segunda reunião foi elaborado um relatório apontando as principais dificuldades encontradas comuns a todas as unidades, para realização do Acolhimento e da Classificação de Risco.

Em um terceiro momento, foi realizada reunião das enfermeiras participantes do trabalho com a coordenação da atenção básica do município, com a finalidade de apresentar o relatório elaborado. Na ocasião foram propostas ações que na opinião das enfermeiras solucionariam os problemas identificados.

6.2 Potencialidades na implantação do Acolhimento com Classificação de Risco

A partir da implantação do acolhimento com classificação de risco, foram percebidas mudanças no processo de trabalho das 04 equipes, podendo-se apontar o acolhimento como uma estratégia que possibilitou a mudança.

Através do acolhimento o usuário passou a ser ouvido com mais atenção, e com garantia de ser atendido, seja pelo médico ou outro profissional que responda a sua necessidade. A relação usuários-profissionais está mais estreita, com uma comunicação mais efetiva. Da mesma forma, os usuários têm demonstrado mais confiança para expor seus problemas, ou de sua família. Esses aspectos são reforçados por Vasconcelos (2008) para quem o acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento. “E reconhecer a demanda como legítima, seja de que forma ela se apresente, e dar uma resposta”

Foi possível perceber também que as demandas para a Atenção primária estão menores, pois os pacientes que procuram a unidade têm seus problemas resolvidos não

sendo necessário voltar várias vezes. Esse aspecto revela o que Solla (2005) descreve como finalidade do acolhimento que além da humanização do atendimento, se propõe a garantir o acesso a todas as pessoas e a resolutividade da assistência.

Outro aspecto que pode ser considerado como potencialidade do processo implantado no município foi a adoção da classificação de risco. Mesmo não sendo realizado o acolhimento com classificação de risco seguindo-se rigorosamente os critérios do protocolo de Manchester, os casos de maior gravidade são identificados e priorizados para o atendimento. Os eventuais casos de urgência ou emergência que apareçam são transferidos para o hospital da cidade. De acordo com o Plano Diretor de Atenção Primária à saúde de Minas Gerais (2008) todos os usuários em situação de urgência e emergência devem ser atendidos de imediato pela equipe de saúde. A equipe é responsável por prestar os cuidados necessários e transferir de forma segura para o serviço que compete resolver o caso. De acordo com a PNH avaliar os riscos e a vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico (BRASIL,2009).

6.3 Desafios na implantação do Acolhimento com Classificação de Risco

Dentre os desafios apontados para a implantação do acolhimento com classificação de risco, cita-se como o mais urgente o despreparo das equipes para realizar a classificação de risco, posto que ainda não receberam treinamento para trabalhar a aplicação do conteúdo do protocolo de Manchester. De acordo com a portaria 2048 do Ministério da Saúde que propõe a implantação nas unidades de atendimento as urgências do acolhimento “triagem classificatória de risco”, este processo deve ser realizado por profissional de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré- estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2002).

Não menos importante também, o despreparo, principalmente por parte dos agentes comunitários de saúde em realizar o Acolhimento. É evidente o desconhecimento dos ACES em relação ao verdadeiro significado de Acolher em saúde o que contradiz o preconizado na Política Nacional de Humanização, quando se afirma que o acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade e pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. O serviço deve ser responsável por complementar aquilo que não pode resolver de

imediate, e garantir acesso ao usuário. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde devem “fazer” acolhimento. (BRASIL, 2006)

Sobressai-se também como um importante desafio para a implantação do acolhimento com classificação de risco a sobrecarga de tarefas dos profissionais na atenção primária, principalmente de enfermagem. A sobrecarga advém da falta de profissionais para integrar as equipes auxiliando em atividades administrativas, função que recai sobre a enfermagem. Além disso, as equipes trabalham com áreas rurais e urbanas simultaneamente e possui uma grande extensão territorial, o que dificulta o acesso da população, bem como das equipes às visitas domiciliares. Essa sobrecarga tem refletido no serviço de forma que os profissionais muitas vezes não têm tempo para ouvir de forma satisfatória o usuário e responder as suas necessidades, conforme a proposta do acolhimento.

Outro ponto importante a ser considerado é a estrutura física inadequada, a falta espaço físico adequado nas unidades para atender os usuários com privacidade. Esse problema afeta três das quatro equipes do município. As equipes estão alocadas em casas alugadas e não possuem sala de espera; os usuários aguardam pelo atendimento nas garagens, não existe sala própria para o acolhimento que é realizado na recepção e não oferece privacidade ao usuário. As demais salas das unidades também não são funcionais não oferecendo conforto ao usuário. A esse respeito é importante destacar o conceito de ambiência como requisito para o acolhimento. Segundo a cartilha da PNH, a ambiência manifesta-se como a criação de espaços de escuta, de recepção que proporcione a interação de usuário e trabalhador para que realize o acolhimento. Deve-se pensar também em produzir conforto, através da iluminação, cores, utilização de mobiliários confortáveis, da disposição desses mobiliários de forma acolhedora. Deve-se garantir privacidade ao usuário que chega pra falar do seu problema sem que todo o resto da fila ouça. (BRASIL, 2004)

6.4 Alternativas para qualificar o acolhimento com classificação de risco nas ESF no município de Guapé

Após as reuniões entre as enfermeiras, foi realizada reunião com a coordenação da Atenção Básica a Saúde do município, na qual se definiram ações para adequação das equipes na realização do acolhimento e classificação de risco.

Foi considerado imprescindível que todas as equipes completas recebam treinamentos para realização do acolhimento de forma adequada, posto que todos os funcionários da equipe devem acolher o usuário, todos devem estar aptos para tal ação.

Os profissionais de nível superior deverão ser capacitados para trabalhar com o protocolo de Manchester, através do curso oferecido pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais para que possam realizar a classificação de risco de forma correta e segura.

Foi colocada pela coordenação da atenção básica a possibilidade da criação de uma nova equipe para atuar em áreas rurais, deixando as equipes já existentes com uma extensão territorial menor, permitindo mais acesso e atendimento mais satisfatório.

Foi solicitada a contratação de mais 01 profissional para cada equipe para auxiliar no trabalho administrativo das unidades diminuindo a sobrecarga da enfermagem, possibilitando um atendimento mais qualificado.

Foi colocada também pela coordenadora da atenção básica a possibilidade da construção de novas sedes próprias para unidades de ESF, sendo que uma já estava com o projeto em andamento.

Por fim foi discutido que além de todas essas alternativas expostas, outra questão fundamental para a realização do acolhimento nas unidades, é a boa vontade e disposição dos profissionais, recebendo sempre com carinho e ouvindo com atenção a todos os usuários da área de abrangência, seja no domicílio, na rua ou na unidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi realizado com o objetivo de identificar os aspectos positivos da implantação do acolhimento, as dificuldades encontradas pelos profissionais na implantação do acolhimento com classificação de risco e propor alternativas para qualificar o acolhimento com classificação de risco nas ESF no município de Guapé.

Durante a realização do trabalho algumas reuniões foram remarcadas e a maior dificuldade foi a incompatibilidade de horários das enfermeiras, principalmente das que atuavam semanalmente e diariamente nas áreas rurais. Outra dificuldade era o local pra reunir, por não contar com espaço próprio as reuniões ocorreram nas próprias unidades, o que gerava transtorno, pois diversas vezes ocorria interrupções, para atender chamados das ACS.

Houve um problema de saúde com umas das enfermeiras e esta foi afastada do serviço, ficando a unidade sem enfermeira um bom período, o que atrasou o andamento do trabalho, pois considerávamos fundamental a participação das quatro unidades. Interrompemos, então, o trabalho ate que fosse contratado o enfermeiro substituto e este passou a integrar a equipe participante.

O trabalho proporcionou aprendizado a todos que participaram no que diz respeito à organização, pois era necessária muita organização para que os encontros fossem produtivos, que permitissem que todos conseguissem se expressar. E também permitiu que a partir dos relatos, todos aprendessem com as experiências expostas.

Muitas vezes podia se perceber sentimentos de incapacidade por parte das enfermeiras, demonstravam percepção sobre os problemas e ao expor suas dificuldades, sabiam quais as soluções, porem na maioria das vezes essas soluções não dependiam dos profissionais e sim dos governantes.

O principal impacto que o trabalho causou na comunidade, foi a elaboração do projeto que viabilizou a criação de uma quinta unidade de Estratégia de Saúde da Família que atuará na zona rural, melhorando o acesso a esses usuários e dispensando ações mais direcionadas a realidade deles. Permitirá também que as unidades já existentes trabalhem com menor numero de famílias e em áreas menos extensa, facilitando o atendimento mais adequado. Esse projeto foi elaborado de acordo com o território-processo.

Outros aspectos também foram pontuados como a deficiência das casas utilizadas como unidade de saúde, para este problema a proposta foi elaboração de projetos para construção de novas sedes pela prefeitura municipal com incentivos do Estado. Uma das unidades já esta em andamento.

A realização deste trabalho permitiu concluir que no município de Guapé o Acolhimento com classificação de Risco na atenção básica ainda esta em fase bem inicial, as equipes se mostraram ainda despreparadas para a realização da Classificação de Risco de acordo com o Protocolo de Manchester, por isso, o que todas as equipes tem feito ate que sejam treinadas é priorizar os casos que chegam à unidade apresentando maior gravidade. Em relação ao Acolhimento, esse tem sido realizado através de uma escuta cuidadosa que favorece a comunicação entre o profissional e o usuário tornando o serviço mais resolutivo e gerando maior satisfação de ambos.

O presente estudo revelou grandes desafios a serem superados para que seja efetiva a implantação do acolhimento com classificação de risco nas unidades de ESF no município de Guapé, dentre eles destaca-se a necessidade de todas as equipes compreenderem o verdadeiro significado do acolhimento e exercer com comprometimento a tarefa de ouvir, estabelecer comunicação efetiva e dar respostas as necessidades dos usuários. Adotar postura ética ao realizar o acolhimento oferecendo privacidade e segurança ao paciente.

Organizar os serviços seja na adequação das estruturas físicas e nos fluxos de atendimentos e referencias, para estar preparados integralmente para acolher os usuários com dignidade.

8 REFERÊNCIAS

BECK, C.L.C; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de Reorganização da Assistência à Saúde: uma análise Bibliográfica. Saúde Santa Maria, vol34a n1-2: p37-43,2008.

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Disponível em: < [http:// www. planalto. gov. br./civil/Constituição/Constituição.htm](http://www.planalto.gov.br/civil/Constituição/Constituição.htm).> Acesso em 25/10/10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação Federal, 1990. Lei N 8.080 Orgânica de Saúde, 1990^a .Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>.Acesso em 25/10/10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação Federal, 1990. Lei N 8.142,1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8142.pdf>>.Acesso em 25/10/10

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2. ed. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. 20. ed. Rio de Janeiro. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS - Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde –3ed – Brasília, 2009 .Disponível em < [http:// portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SUS_3_edição_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SUS_3_edição_completo.pdf) >.Acesso em 15/03/11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM / MS Nº 1996 ,de 20 de agosto de 2007.Dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.Disponível em : [http: / portal.saude.gov.br./portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf). Acesso em 15/03/11.

FARIA, P.H. et al. Modelo Assistencial e Atenção básica à Saúde. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed,2008.

FERREIRA, A.B.H. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 6. ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira. 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, vol.15, n.2, pp. 345-353, 1999.

FRANCOLLI, A.L.; ZABOLI, P.C.L.E. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. Rev. Esc. Enferm. USP, 38(2): 143-151, jun 2004.

MALTA, D.C.et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados de experiência em Belo Horizonte. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.21-34.2000.

MATUMOTO, S. et al. A comunicação como ferramenta para acolhimento em unidades de saúde. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Anais Eletrônicos. -Escola

de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP. Disponível em: < <http://proceedings.scielo.br/scielo.php?> Acesso em 19/01/10

MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

OLIVEIRA, A. et al. A Comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface-Comum., Saúde., Educ.*, vol.12, n.27, pp.749-62, out./dez. 2008.

PEREIRA, Rodrigo Pastor Alves. O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. Grupo de estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006.

SCHIMITH, M. D. ; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, vol.20, n.6, pp. 1487-1494, 2004.

SILVEIRA, M. F. A. et al. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde. *Cogitare Enfermagem*, v.9, n. 1, pp. 71-78, jan./jun. 2004.

SOLLA, J. J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev.Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife,5(4):493-503,out/dez.,2005.

SOUZA, E. C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, vol.24, suppl.1, pp. s100-s110, 2008.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. *Construção de Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, .p89-111,2003.

VASCONCELOS, M., GRILLO, C.J.M., SOARES,M.S. *Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopemed, 2008.