

ANÁLISE DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Reception in health family strategy: a user's view

Geordany Rose de Oliveira Viana Esmeraldo¹, Lúcia Conde de Oliveira², Keylla Márcia Menezes de Sousa³, Michell Ângelo Marques Araújo⁴, Carlos Eduardo Esmeraldo Filho⁵, Érica Maria de Noronha Viana⁶

RESUMO

O acolhimento constitui uma estratégia de como operar o processo de trabalho em saúde que traz um novo significado na relação profissional-usuário, o qual é considerado em toda a sua subjetividade. O objetivo deste estudo é analisar a estratégia de acolhimento desenvolvida em um centro de saúde da família sob a perspectiva do usuário. Trata-se de uma pesquisa analítica e exploratória de abordagem qualitativa, realizada no Centro de Saúde Benedito Artur de Carvalho, situado na Secretaria Executiva Regional II, no Município de Fortaleza-Ceará. O estudo ocorreu no período de junho a agosto de 2007, tendo como sujeitos vinte usuários desse Centro. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, aplicada após o usuário ser atendido na unidade. Depois do processamento manual dos dados, foi utilizado o método de análise de conteúdo, de Bardin. Algumas categorias foram criadas com base nas unidades temáticas: acolhimento - algo desconhecido? cuidado, atenção e carinho - sinônimos de acolhimento; acolhimento - espaço de escuta; acolhimento - gerando mudanças no serviço; acolhimento - um caminho a percorrer. A estratégia de acolhimento, para muitos usuários, é algo novo e desconhecido, originando conflitos, por trazer mudanças na dinâmica do processo de trabalho, e a adaptação deve ser esperada à medida que o serviço se organize. Outros encontram nessa estratégia um espaço de escuta, de boas-vindas, atenção e direcionamento de seus diversos problemas, constatando mudanças, algumas percebidas pelos usuários como melhoria após sua implantação. Ficaram evidentes as mudanças ocorridas no serviço após a implantação do acolhimento como nova estratégia dentro do processo de trabalho

ABSTRACT

Reception in health work is a strategy that brings a new meaning to the professional-user relationship, considered in all its subjectivity. This study aimed to analyze the reception strategy developed in a family health center, as perceived by the users. This analytical, exploratory, qualitative research was undertaken in the Benedito Artur de Carvalho Health Center, Fortaleza, CE, Brazil, from June 2007 through August 2007, and involved 20 users of the facility. After consultation, each subject was submitted to a semi-structured interview, the data being investigated through Bardin's content analysis method. Some categories were created based on the thematic units: reception - something unknown?; care, attention and tenderness - synonymous with reception; reception - listening space; reception - generating changes in practice; reception - a path to tread. For many users, the reception strategy is something new and unknown, capable of generating conflict because of its ability to change the work dynamics. Adaptation is expected to follow service organization. Others see the strategy as a welcoming listening space, where problems are dealt with. Accordingly, changes have been perceived as improvements. Practice changes after the reception strategy implantation were evident. Our challenge is to match

¹ Geordany Rose de Oliveira Viana Esmeraldo, mestre em saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: geordanyrose@yahoo.com.br

² Lúcia Conde de Oliveira, doutora em Saúde Coletiva pela UFRJ, professora Adjunta da UECE

³ Keylla Márcia Menezes de Sousa, mestre em Saúde Pública pela UECE, professora da Faculdades Nordeste (FANOR)

⁴ Michell Ângelo Marques Araújo, mestre em Cuidados Clínicos pela UECE, doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e professor da Faculdade Católica Rainha do Sertão Quixadá-CE

⁵ Carlos Eduardo Esmeraldo Filho, mestrando em Saúde Pública pela UECE, professor substituto da UECE, professor da FANOR

⁶ Érica Maria de Noronha Viana, mestre em Saúde Pública pela UECE, professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

em saúde. Nosso desafio é encontrar novas formas de adequar essa proposta às necessidades da população assistida. Esperamos, com essa análise, trazer reflexões nessa nova forma de acolher e assim contribuir para a eficiência do serviço prestado nesse Centro de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento. Saúde da Família. Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Humanização da Assistência.

INTRODUÇÃO

A discussão acerca da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Fortaleza data de 1997, mas apenas em 1999 foram formadas as primeiras equipes. Com a realização do concurso público (Edital 13.344, 09/06/2006) (FORTALEZA, 2006a) foram convocados, em agosto de 2006, 850 novos profissionais, entre eles, 300 médicos, 300 enfermeiros e 250 dentistas, para formarem novas equipes de saúde da família, ampliando a cobertura de 15% para 50%, a fim de atuarem sob esse novo modelo de saúde.

Apesar do aumento significativo do número de profissionais nas unidades para atender a população, o investimento em recursos humanos e materiais, por si, não resolveria o problema da alta demanda por assistência. Diante da grande demanda, as unidades continuavam impondo barreiras de acesso, ainda que de forma não intencional, como forma de racionar a oferta, tais como: fichas de atendimento por ordem de chegada, cartazes informando número de consultas ofertadas no dia, filas e triagem.

Mesmo com ampliação das equipes do PSF, configurando-se uma tentativa de reversão do modelo assistencial, por meio de definição de áreas de abrangência, trabalhos de prevenção e promoção e visita domiciliar, a assistência não ocorria de forma satisfatória. A reorientação do modelo de atenção tem como centro a mudança das práticas, fundamentalmente, a relação entre equipe de saúde e usuários (TEIXEIRA, 2003).

Com esse cenário, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza-CE tomou a decisão política de adotar a Política Nacional de Humanização (PNH) proposta pelo Ministério da Saúde (MS), destacando como estratégia central desta implantação o acolhimento, como dispositivo de mudança no processo de trabalho em saúde, em todas as unidades municipais de saúde.

O MS escolheu a cidade de Fortaleza como lócus de uma contribuição mais direta da assessoria técnica da PNH, na perspectiva de, com suporte nas ações aqui desencadeadas,

the proposal to the needs of the covered population. We hope this study contributes to the efficiency of the study health center.

KEYWORDS: User Embracement. Family Health. Public health. Primary Health Care. Humanization of Assistance.

estruturar diretrizes para implantação do acolhimento na atenção primária. Essa escolha decorreu do fato de Fortaleza ser uma das capitais com sérios problemas estruturais e funcionais que impactam no funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (FORTALEZA, 2006a).

Em 2005/2006, cerca de 5000 servidores da SMS participaram do Curso de Extensão Universitária Humaniza SUS. O treinamento foi realizado pela SMS, em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC). O processo de transformação vem ocorrendo a partir de práticas reflexivas, com a participação de gestores, trabalhadores e comunidade e através da realização de oficinas para formação de facilitadores, com metodologia problematizadora, reflexiva, dialógica, utilizando recursos de dinâmicas, dramatizações, vivências e leituras de texto.

Neste contexto, várias questões foram levantadas entre as quais, o acolhimento e o relacionamento trabalhador-usuário. Objetivamente, foram levantados três eixos: acolhimento e ambiência, gestão compartilhada da clínica e saúde do trabalhador. O primeiro ficando a cargo da Célula Municipal de Atenção Básica e Saúde Mental, apontando para a formação de profissionais a fim de implementar o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco e Vulnerabilidade nos Centros de Saúde da Família (CSF).

No âmbito local, o acolhimento foi implantado na Secretaria Executiva Regional II (SER II) como projeto-piloto, em setembro de 2006, e somente depois foi expandido para as outras cinco secretarias regionais. O treinamento das equipes ocorreu de forma paralela à implementação do acolhimento nas unidades. As primeiras discussões foram realizadas pela equipe dirigente do nível central da SMS e da SER-II. A partir daí, iniciou-se a sensibilização dos profissionais, mediante a realização de oficinas e capacitação dos facilitadores. No primeiro momento, ocorreu a capacitação de facilitadores das onze Unidades de Saúde da SER-II, composta por quatro categorias: coordenador(a) da Unidade, dois profissionais de nível superior e um representante da comunidade.

Inicialmente, houve resistência por parte dos profissionais em realizar o acolhimento, encarada de forma esperada e como parte de um processo de mudança de modelo. Hoje, conta com a adesão de parte dos profissionais, de modo que todos os usuários têm seu acesso garantido, universal, e são recebidos por uma equipe de acolhimento, formada por médicos, enfermeiros e dentistas. Foi preparada uma sala para o acolhimento na Unidade para que pudesse garantir a privacidade do usuário, bem como a realização do acolhimento por classificação de risco, embora esteja claro que o acolhimento deva ocorrer em todos os espaços do serviço, mediante uma atitude ética dentro de uma perspectiva de atenção integral (BRASIL, 2004).

A avaliação é realizada com classificação de risco, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, gravidade, risco e sofrimento psíquico, e não na ordem de chegada. A avaliação de risco permite que o serviço de saúde estabeleça critérios para definição de prioridade no atendimento do agravo à saúde, grau de sofrimento e o grau de necessidade - individual, familiar e social.

Segundo Panizzi e Franco (2004, p. 83-84), o acolhimento é uma diretriz operacional do modelo de saúde, que traz novo significado na relação do profissional com o usuário, o qual é considerado em toda a sua subjetividade, incluindo-o em um contexto cultural e sócio-ambiental. “Além disso, é portador de direitos de cidadania, devendo, portanto, ser tratado como sujeito e não como objeto da ação profissional”, ou seja, o acolhimento tem como foco principal o usuário e o seu problema de saúde.

Com a inserção do acolhimento no modelo de atenção à saúde, o processo de trabalho em saúde e a porta de entrada da unidade devem ser modificados, para facilitar o acesso do usuário. Panizzi e Franco (2004) consideram algumas barreiras de acesso como, por exemplo, cartazes definindo o número de consultas disponíveis, fichas e triagem. Ressaltamos que estas barreiras existiam nas unidades de saúde de Fortaleza. Somam-se a isso as grades de ferro que havia na recepção, na farmácia e no laboratório, que se traduzia para muitos usuários como uma barreira física e (des) humanização no atendimento.

Na nossa concepção, triagem significa uma técnica que serve para filtrar o atendimento e drenar a demanda da unidade de saúde, utilizando apenas critérios técnicos. Na medida em que nos utilizamos de protocolos ou fluxogramas clínicos, mas com eles agregamos a subjetividade e o contexto desse usuário, apreendida por uma escuta qualificada, estamos falando de acolhimento.

Assim, a implantação do acolhimento pressupõe uma reorganização da recepção, haja vista que a decisão sobre o

ingresso do usuário na assistência passa a ser responsabilidade da equipe de acolhimento. Com isso, cada usuário tem direito a uma escuta qualificada e a uma resposta positiva, seja ela o atendimento na unidade ou o encaminhamento para outro serviço (PANIZZI; FRANCO, 2004). Para Merhy (1994, p.138), “[...] a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações”.

Compreendemos que a resposta nem sempre é considerada positiva pelo usuário, já que ele vai à unidade com a expectativa de solucionar o seu problema de imediato, e nem sempre isso é possível. Muitas vezes a resposta pode ser uma orientação ou encaminhamento a outra unidade. Entretanto, mesmo que o atendimento não seja imediato, o usuário pelo menos se sentiu escutado, acolhido, e teve a oportunidade de compreender o porquê de tal resposta. Sem o acolhimento, muitos usuários sequer eram recebidos ou escutados na recepção, por não haver fichas disponíveis.

Entendemos que a mudança do processo do trabalho em saúde só é possível se houver a compreensão de cada trabalhador sobre o modo de produzir saúde e adesão à nova forma de agir na relação com o usuário, pois este se desencadeia com base em necessidades. Para Mishima *et al.* (2003), as necessidades são gestadas nas relações sociais, portanto, são diferentes ao longo do tempo. Podemos dizer que os serviços de saúde criam e atendem a necessidades.

Compreendemos ainda que o acolhimento é um processo dinâmico, inacabado, nunca está totalmente pronto. Portanto se faz necessário que haja um processo de avaliação e reorientação permanente. Assim, nesta trajetória de implantação do acolhimento, alguns questionamentos emergem. Como é realizado o acolhimento nesta unidade? Que mudanças ocorreram no atendimento dos usuários desse serviço de saúde? O que pensam esses usuários sobre o acolhimento implantado? Responder a tais perguntas faz parte dos nossos objetivos.

Diante do contexto, definimos como objetivos: analisar o processo de acolhimento no Centro de Saúde da Família sob a perspectiva do usuário; descrever as eventuais mudanças nas práticas após a implantação do acolhimento; apreender as expectativas dos usuários sobre o acolhimento e suas percepções acerca das mudanças implantadas.

Este artigo tem a pretensão de compartilhar não só a experiência, mas aprofundar de forma crítica, reflexiva e analítica os resultados de uma pesquisa com os usuários, com enfoque na sua percepção do que seja o acolhimento. Sabemos que temos um longo caminho a percorrer e que os pontos críticos e desafios são muitos, mas desde já é

importante observar de modo crítico e científico a repercussão desta escolha política sobre a situação de saúde dos municípios de Fortaleza.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo analítico e exploratório, de abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2006), este tipo de pesquisa procura aprofundar e compreender, em suas múltiplas dimensões, uma realidade específica, a lógica interna de grupos que envolve processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais e a incorporação de significados.

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, no Centro de Saúde da Família Benedito Artur de Carvalho (CSF-BAC). O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza conta hoje com 304 equipes de Saúde da Família distribuídas em 90 Centros de Saúde da Família. Apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito micro, macrorregional e interestadual. A gestão do Sistema, em âmbito local, é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2006c).

O CSF-BAC situa-se na Secretaria Executiva Regional II e conta hoje com quatro equipes de Saúde da Família, duas funcionando nos períodos manhã e tarde e duas nos períodos tarde e noite. Conta ainda com especialistas (gineco-obstetra, pediatra e clínico geral), psicóloga, nutricionista, profissionais com carga horária de 20h (nível superior e médio). A população coberta pela unidade é de 17.341 habitantes (FORTALEZA, 2006b).

Na pesquisa de campo, utilizamos como instrumento de coleta de dados entrevistas semi-estruturadas, que foram realizadas por três dos autores desse estudo que atuam nas equipes de PSF desta unidade. A abordagem ao usuário era feita após ter sido concluído o seu atendimento, naquela ocasião da pesquisa. A coleta deu-se entre os meses de junho a agosto de 2007. Os sujeitos da pesquisa foram 20 usuários que frequentam a unidade e que foram recebidos pela equipe responsável pelo acolhimento. Como critério de inclusão, ficou estabelecido que fossem selecionados os usuários que frequentam a unidade há mais de um ano, período em que foi implantado o acolhimento. É importante salientar que a quantidade de sujeitos ocorreu pelo critério de saturação, na medida em que as informações foram se repetindo e forneceram elementos suficientes para o estudo (MINAYO, 2006).

O roteiro de entrevista contemplava informações pertinentes ao nosso objeto de estudo - o acolhimento sob a

perspectiva do usuário - por meio dos seguintes pontos: (1) o entendimento dos usuários sobre o acolhimento; (2) como deveriam ser acolhidos; (3) as mudanças percebidas após o acolhimento; (4) o atendimento no acolhimento; (5) sugestões para melhorar o acolhimento.

Após a coleta de dados, as informações foram agrupadas, categorizadas e sequencialmente discutidas com base na compreensão sobre esses resultados, utilizando-se a Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 1977, p.42), o qual define esta técnica como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Elaborou-se o plano de análise, contemplando os seguintes passos, sugeridos por Bardin (1977): constituição do corpus, definição das unidades de sentido; leitura flutuante; agrupamento e subcategorização; categorização; tratamento dos resultados.

O corpus foi constituído de vinte entrevistas com usuários que utilizavam o acolhimento na unidade de saúde. Finalizada a decomposição do corpus, selecionou-se 233 unidades de sentido. A partir da leitura flutuante, as unidades criadas foram agrupadas em quinze subcategorias, e estas, por sua vez, deram origem a cinco categorias de análise, como nos mostra o Quadro 1. O tratamento dos resultados ocorreu a partir da análise das categorias e do diálogo com a literatura científica pertinente.

Todos os sujeitos entrevistados receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constando de esclarecimentos sobre a pesquisa, com solicitação para fornecimento de informações necessárias e autorização para participação neste estudo. Dessa forma, foram respeitados os preceitos legais e éticos que devem ser seguidos nas investigações envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os sujeitos da pesquisa foram previamente informados acerca dos objetivos e da justificativa da pesquisa, sendo-lhes garantidos o anonimato, o livre consentimento e a opção de participar ou não da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento. Foram assegurados, também, o sigilo das informações e a privacidade dos sujeitos, de forma a proteger-lhes a imagem, evitando qualquer prejuízo. Também restaram respeitados os valores sociais, culturais, religiosos e morais (BRASIL, 1996).

Quadro 1: Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas sobre o acolhimento.

Categorias	Subcategorias	Unidades de sentido
1. Acolhimento: algo desconhecido?	1.1. desconhecimento do acolhimento	07
	1.2. equívocos sobre o acolhimento	02
2. Cuidado, atenção e carinho: sinônimos de acolhimento	2.1. sentimentos a respeito do acolhimento	20
	2.2. forma de cuidar	05
	2.3. humanização do atendimento	15
3. Acolhimento: espaço de escuta	3.1. ouvindo detidamente	20
	3.2. dedicando tempo ao outro	09
	3.3. empatia e escuta	20
4. Acolhimento: gerando mudanças no serviço	4.1. percebendo as mudanças	40
	4.2. melhoras percebidas	30
	4.3. dificuldades surgidas	11
	4.4. organizando o serviço	20
5. Acolhimento: um caminho a percorrer	5.1. desafios na implementação do acolhimento	15
	5.2. limitações no acolhimento	14
	5.3. construindo possibilidades	15

Fonte: Os autores (2008)

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Ceará, que avaliou sua pertinência, os objetivos da pesquisa e os riscos e/ou benefícios a que estão vulneráveis os participantes da investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram definidas 233 unidades de sentido, que geraram as subcategorias e posteriormente as categorias de análise, das quais podemos citar: acolhimento - algo desconhecido? cuidado, atenção e carinho - sinônimos de acolhimento; acolhimento: espaço de escuta; acolhimento gerando mudanças no serviço; acolhimento: um caminho a percorrer.

Acolhimento - algo desconhecido?

O acolhimento implica uma reformulação da relação entre os profissionais e os usuários. Estes são percebidos por aqueles não somente como um indivíduo isolado do seu contexto, mas considerando-se as suas dimensões socio-cultural, ambiental e histórica (FRANCO; PANIZZI, 2004).

Embora seja uma proposta nova e com pouco tempo de implantação no Município de Fortaleza, identificamos o fato de que muitos usuários perceberam que houve alguma mudança na dinâmica do atendimento na unidade, mas

não souberam expressar através de suas respostas a sua compreensão do que seja o acolhimento, como podemos observar nos relatos abaixo:

“Não tenho idéia do que seja” Ent-2

“Não sei informar” Ent-12,15 e 18

“Nem sei falar agora” Ent-8

“Isso aí eu não sei responder não” Ent-5

Anteriormente, existia na unidade a realização de um “acolhimento” ainda que de maneira incipiente, na qual os residentes em saúde da família abordavam os usuários na fila da recepção para, na verdade, executar uma triagem, que, na época, já era chamada de acolhimento, mesmo não atendendo a proposta que de fato este dispositivo impõe.

Com a implantação desta nova forma de acolher, toda a dinâmica da unidade mudou, e os usuários começaram a conhecer e se inserir nessa nova maneira de serem acolhidos. Segundo Panizzi e Franco (2004), é nessa perspectiva que o acolhimento surge, pois além de valorizar a relação com o usuário, estabelece um novo significado nas relações da própria equipe, potencializando a sua capacidade resolutiva e estimulando a troca de saberes e práticas.

Dentro desse contexto, faz-se necessário que os usuários dos serviços de saúde se apropriem dessa mudança, entendendo essa nova dinâmica de acolher, colocada por Santos e Assis (2006) como um espaço de diálogo entre trabalhadores e entre estes e os usuários, fortalecendo o trabalho de equipe.

Dessa forma, as filas, o limite de fichas, a decisão da recepção quanto às consultas foram extintas, e os usuários passaram a ser escutados pelos próprios profissionais de saúde. Hoje, todos os usuários recebem uma senha fornecida pelo vigia da unidade, como forma de organizar a demanda, e esperam sentados pelo atendimento na sala de espera. Em seguida, uma funcionária (“posso ajudar”) identifica na senha a equipe de PSF por meio do endereço fornecido por eles. Após essa identificação, são escutados e avaliados por profissionais de nível superior (médico, enfermeiro ou dentista) e, conforme a necessidade de saúde, são agendados para o dia (senha vermelha), agendados para dois dias (senha amarela) e agendados para outra semana (senha verde). Essa é a sinalização do semáforo, utilizado de forma simbólica para classificar o risco daquele usuário.

Mesmo com esse fluxograma que define todas as etapas que o usuário segue para ter acesso ao serviço de saúde, desde a recepção até o atendimento, encaminhamento e/ou remarcação, percebemos que, inicialmente, não houve de fato uma compreensão do que isso representasse para

eles. Acreditamos que essa falta de entendimento tem a ver com a não participação dos usuários da unidade na construção da proposta de acolhimento, que ficou a cargo dos trabalhadores de saúde.

Ao serem interrogados sobre o entendimento deles no que tange ao acolhimento, percebemos dificuldades em elaborar uma definição que melhor se adequasse à proposta implementada, ou então responderam de forma equivocada, atrelando o acolhimento como uma forma de monitorar os pacientes e/ou associando a uma espécie de triagem, como nos mostram as falas abaixo:

“Acho que é pra monitorar os pacientes” Ent-11
“É tipo uma triagem né? Antes eu não entendia, mas agora sei que a gente passa por lá pra pegar uma ficha pro médico”
Ent-6

Alguns entrevistados definiram o acolhimento como se fosse uma triagem. Sabemos que na proposta não se trata de uma triagem, pois esta constitui um dos passos para execução do acolhimento, porém, não se restringe a isso, embora ainda seja confundida por muitos. Triagem significa uma filtragem de quem pode e quem não pode ser atendido, com base no que o serviço tem para oferecer, sem considerar as diferentes necessidades dos usuários. Desse modo, o acolhimento é diferenciado da triagem, pois ele não constitui uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2004).

O conceito tradicional de triagem exclui de certa forma o acesso dos usuários, haja vista que são utilizados critérios técnicos, onde nem todos serão atendidos. É preciso repensar essas questões para que possamos respeitar a universalidade, enquanto princípio do SUS e garantir o acesso à população. O acolhimento agrega esse novo olhar.

O desconhecimento da proposta de acolhimento por parte de alguns usuários que participaram da pesquisa pode ser compreendido no fato de que houve todo um treinamento para os facilitadores que, posteriormente, repassaram para os trabalhadores de saúde da unidade. Não houve, entretanto, nenhuma estratégia por parte da unidade, nesse período, nem para engajar os usuários na construção da proposta, nem para esclarecer de fato o que seria essa mudança para eles. O acolhimento simplesmente começou e os usuários apenas foram se moldando e se adaptando ao novo modelo.

Contudo, essa caracterização realizada pelo usuário pode funcionar como reflexão para a equipe. Como se trata de uma estratégia nova, seu entendimento pode não ter

sido incorporado plenamente por todos os profissionais, que podem estar reproduzindo velhas práticas.

Cuidado, atenção e carinho - sinônimos de acolhimento

Alguns autores, como Silva Júnior e Mascarenhas (2004), Camelo *et al.* (2000), denominam acolhimento como posição, ou seja, pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários estruturados como “relação de ajuda”. As falas em seguida traduzem um pouco essa definição:

“Com bastante carinho, às vezes a gente vem lá embaixo e as pessoas não sabem atender e a gente sai mais pra baixo ainda” Ent-7

“Do jeito que está melhorou muito, a atenção está redobrada”
Ent-12

“Tratar com delicadeza, com calma, sem ignorância”
Ent-4

“Ser bem atendido e resolver seus problemas” Ent-16

“Com atenção e preparo para atender meu problema, dar prioridade no atendimento” Ent-13

A maioria dos depoimentos destaca a importância de incorporar às práticas em saúde elementos de acolhida que se traduzam em atitudes humanizadas, éticas e de solidariedade, ficando, muitas vezes, os parâmetros técnicos em segundo plano. Emerge cada vez mais a necessidade de resgatar o cuidado humano, de exercitar a escuta, enfim, de contribuir para amenizar o sofrimento do outro.

Santos e Assis (2006) expressam que o acolhimento surge como proposta de se repensar e refazer nova prática em saúde, pautada nas relações e no ato de receber e ouvir, capazes de proporcionar respostas adequadas àqueles que procuram os serviços de saúde. Campos (2003) reforça a idéia de que o acolhimento, como prática inovadora, potencializa a formação de vínculos entre usuários e trabalhadores de saúde, visando a um atendimento mais humanizado, constatado através dos depoimentos abaixo:

“Ter cuidado com o outro, receber bem, dar atenção” Ent-13;

“Tratada bem né? O ser humano tem que ser bem tratado”
Ent-5;

“Eu acho que é as pessoas cuidando dos outros, acolhendo as pessoas” Ent-7

O conceito de acolhimento traz à tona uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, que impliquem em mudanças nas práticas de saúde e, portanto, no processo de trabalho (BRASIL, 2004). As falas abaixo apontam:

“Ter respeito e da forma como está melhorou bastante”
Ent-16;

“É uma forma de ser bem recebida, bem orientada, se sentir a vontade” Ent- 19;

“Ser bem recebido, a pessoa se sentir bem no ambiente”
Ent-14.

Podemos perceber, nas falas, que muitos usuários perceberam essa mudança, atribuindo significados que expressavam sentimentos de acolhida, tais como: atenção, cuidado, escuta, apoio e respeito. Na medida em que chegavam à unidade, na maioria das vezes fragilizados e carentes, com a implantação do acolhimento, passaram a ser mais bem recebidos e tratados com carinho e atenção. Isso para eles era traduzido e sentido como atitude de acolhida.

Acolhimento: espaço de escuta

O acolhimento pressupõe uma posição de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos (BRASIL, 2004). Segundo Malta *et al.* (2000), o ato de escutar que marca o acolher difere do “ato de bondade”, porque é um momento de “construção de transferência” com vistas ao estabelecimento de uma relação vincular, de promoção da cidadania e favorecimento da autonomia do usuário.

A percepção que os usuários tiveram sobre o acolhimento foi vista também como espaço de escuta qualificada, na medida em que relataram em suas respostas aspectos importantes que envolvem a relevância de ouvir, a escuta como apoio, a privacidade, a necessidade de ser escutado, a escuta gerando soluções e resolubilidade e a amplitude que uma escuta qualificada pode produzir. Santos *et al.* (2007) expressa que só podemos considerar que houve acolhimento, quando da presença de três aspectos importantes - diálogo, escuta e envolvimento com a queixa do outro, não esquecendo, portanto, da co-responsabilização.

No momento em que os usuários relataram que o acolhimento não significava apenas resolver os problemas de saúde, mas também outros, podemos perceber a valorização da subjetividade, entendendo o sujeito na sua singularidade

e como parte de um contexto socioeconômico e cultural que nos permite ver muito mais do que um simples problema de saúde, como podemos observar nas falas abaixo:

“[...] ajuda a resolver os problemas, não só o de saúde”
Ent-20

“Tem muita gente carente, às vezes só precisa ser escutado, precisa de um carinho e não de remédio” Ent-3

Segundo Santos *et al.* (2007), é nesse contexto que não se pode pensar em acolhimento apenas na relação usuário-trabalhador, mas na dimensão social, política, econômica e histórica que permeia o processo de trabalho em saúde. Merhy (1997) exprime, ainda, ser nessa perspectiva que o acolhimento se abre como espaço de encontro entre trabalhador e usuário, permitindo a escuta desses problemas e necessidades dos usuários, ensejando decisões importantes no processo de trabalho.

Essa escuta, reforçam Panizzi e Franco (2004), tenta resgatar, através de uma postura humanizada, a solidariedade e a relação de confiança atendendo de forma segura as necessidades daqueles que buscam os serviços de saúde, trazendo respostas adequadas para os mais diversos problemas de saúde, como aponta as falas abaixo:

“[...] acolher é um apoio para dar uma pessoa” Ent-17;

“[...] ouvir né? às vezes as pessoas não ouve né? sai falando e andando, não estou dizendo que é o caso daqui” Ent- 6

“As pessoas escutam o problema da gente. Acontece todo mês à visita na minha casa para a minha mãe, isso porque a Dra me escutou” Ent- 17

A escuta qualificada permite ainda aguçar a percepção daqueles que fazem o acolhimento, sensibilizando-os para os problemas de saúde dos usuários através de uma ressignificação dessa relação, resultando em impacto na atitude de perceber e se colocar no lugar do outro, acolhendo e sendo acolhido, uma via de mão dupla (PANIZZI; FRANCO, 2004).

E para viabilizar essa escuta qualificada, faz-se necessário, além desses elementos colocados anteriormente, a importância da ambiência, ou seja, de um espaço que possa garantir a privacidade e o conforto, imprescindíveis para que o usuário se sinta à vontade. Assim, apreendemos uma preocupação no acolhimento implantado nesta unidade, não só em transformar a proposta em uma estratégia transversal, mas também em garantir a privacidade ao usuário, como demonstra as falas de alguns dos entrevistados:

“É uma coisa mais particular, individual, melhor pra gente”
Ent-3
“Escuta a gente de forma individual” Ent-20

Ressalte-se que antigamente era realizada apenas uma triagem e esta era feita na sala de espera, o que não garantia a privacidade do usuário que, muitas vezes, se sentia exposto. Para isso, foi preparada uma sala para a realização da acolhida, que não significa que seja o único espaço, já que este não se trata de um espaço ou um local, mas sim uma atitude ética (BRASIL, 2004).

O ambiente tem propiciado melhor conforto ao usuário para expor seu problema, tanto do ponto de vista estrutural e técnico, como também relativo à privacidade. Sob o prisma físico, trata-se de uma sala pequena, porém climatizada, onde o usuário relata o motivo de sua procura. Na perspectiva técnica, ele é atendido nesta sala por profissionais de nível superior, cuja maioria é das equipes de saúde da família, portanto familiarizados com as questões sociais em que estes estão inseridos e qualificados para atender por prioridades e classificação de risco. A privacidade oferecida permite ao usuário ter mais liberdade e se sentir mais à vontade, ao relatar seu problema, independentemente da natureza deste, sem se intimidar com a idéia de que outra pessoa possa escutar.

Acolhimento gerando mudanças no serviço

O SUS produz mudanças ao longo de sua trajetória, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção em saúde da população. Na prática, porém, ainda se observa a fragmentação no processo de trabalho, comprometendo questões importantes referentes ao processo de humanização, uma vez que o sistema é burocrático e vertical, resultando no desrespeito aos direitos dos usuários. Para superar esses desafios, surge a Política Nacional de Humanização (PNH), essencial para concretização do SUS (BRASIL, 2004).

Dentro da PNH, está o acolhimento como dispositivo para ocasionar mudanças nas práticas de saúde. O acolhimento é uma ação que envolve técnica e assistência, pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

É nessa perspectiva trazida pela PNH, do acolhimento como proposta de mudança, que o compreendemos, através das respostas analisadas, que consideradas em sua maioria como positivas, como expressam as falas abaixo:

“[...] agora temos resposta pra tudo” Ent-10;
“[...] toda vida que venho eston sendo bem atendida, passa por uma sala, passa por outra, mas é bem atendido” Ent-8

Essas mudanças envolvem impacto no processo de trabalho e implicam em prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, escutando, orientando, encaminhando, enfim, acolhendo. Nesse contexto, o acolhimento resulta na capacidade de impactar a organização do serviço de saúde e, a curto prazo, melhorar o acesso dos usuários a estes serviços, com determinação para utilizá-lo como ferramenta imprescindível para mudança do modelo assistencial (PANIZZII; FRANCO, 2004), como podemos perceber nos depoimentos abaixo:

*“Entendo que facilita, fica mais organizado ninguém toma a frente da gente”.*Ent-10
“Diminuiu as filas das consultas, profissionais diferentes, o bom atendimento” Ent-12
“Antes era sufoco pra conseguir consulta, depois do acolhimento a gente sempre consegue ficha” Ent-7
“Do jeito que está tá bom, antes a gente tinha que dormir no posto para conseguir uma ficha, está mais organizado” Ent-18

Os entrevistados, em sua grande maioria, referiram que, após a implantação do acolhimento, resultou melhor organização do serviço. As filas também diminuíram, já que antes eles tinham que chegar muito cedo na unidade e, com a barreira das “fichas”, nem todo mundo era atendido, sequer ouvido. Dessa forma, fica clara a melhora no acesso ao serviço de saúde e no atendimento de boa qualidade.

Há ainda outra percepção do acolhimento, definido por Franco, Bueno e Merhy (2003), como a possibilidade de olhar para o processo de produção do vínculo entre usuário e serviço por intermédio da acessibilidade, das ações de recepção dos usuários no serviço de saúde.

Outro aspecto interessante é que essas mudanças foram percebidas por eles até no “simples” fato de ter cadeira para sentar, sala exclusiva pra atendê-los, outros profissionais (equipes de PSF) e a própria atitude dos funcionários da unidade que, segundo eles, estão atendendo melhor e “menos estressados”, como apontam as falas em seguida:

“As pessoas da recepção estão menos estressadas e atendendo melhor, temos sala pra escutar a gente e divisão dos profissionais da área da gente” Ent-14
“O ambiente mudou, tem bancos para gente sentar, uma sala exclusiva pra escutar a gente, novos profissionais, aqui

“não tinha essa história de saúde da família, agora tem emergência” Ent-16

“Toda vez que a gente vem aqui a gente é atendido” Ent-11

Quando eles relatam que sempre são atendidos, em termos práticos, nem sempre significa que sejam consultados, mas sempre são ouvidos, o que resulta para eles num tipo de atendimento, uma acolhida, um direcionamento, um encaminhamento, um agendamento ou até um “não”, mas um “não” justificado, orientado. A fala em seguida aponta a importância do “não” justificado: “[...] só em sair daqui com um sim ou com um não e o por quê daquele não já está de bom tamanho” E-10. Nesse sentido, Matumoto (1998, p.89) expressa que: “[...] uma dispensa pode ser acolhedora, se houver a disposição para escutar, procurar dar o encaminhamento adequado ao caso, percebendo as necessidades dos usuários na situação”.

No que diz respeito à relação profissional-usuário, Wendhausen (2002) acredita que esta ainda é muito caracterizada pelo autoritarismo, de forma que o profissional, muitas vezes, se coloca e é visto como aquele que detém o saber científico e, portanto, aquele que sabe o que é melhor para o usuário, configurando-se uma relação de poder e anti-democrática. Esta autora avalia a necessidade de uma mudança nessa relação como meio para democratizar as relações na saúde, fortalecendo, assim, as estratégias de participação e controle social. Acreditamos que o acolhimento pode potencializar mudanças nessa relação profissional-usuário. A relação passa a ser menos verticalizada, mais contextualizada e humanizadora, de forma que o profissional utiliza uma linguagem menos técnica e mais acessível ao usuário, resultando no fortalecimento do vínculo, da co-responsabilização e da cidadania. Não queremos, com isso, ser taxativos no que diz respeito à ampliação da horizontalidade da relação entre os profissionais da unidade e os usuários após a implementação do acolhimento. Acreditamos, no entanto, que, embora ainda exista um longo caminho a percorrer, o acolhimento não é o único, mas é um importante recurso no esforço para tornar as relações mais humanizadas e mais horizontais, na medida em que o usuário é ouvido e considerado em sua subjetividade.

Acolhimento: um caminho a percorrer

Para que realmente seja possível uma transformação efetiva do processo do trabalho em saúde, é necessário que os trabalhadores se impliquem de fato nesse processo, atuando como sujeitos ativos e agentes de mudanças. Além

disso, para que se possam enfrentar os desafios, deve-se compreender o acolhimento como algo dinâmico e flexível, resultando uma constante avaliação e a reorganização das ações. Como colocado por Panizzi e Franco (2004), a mudança só acontece se cada trabalhador aderir a essa nova forma de se relacionar com o usuário e compreender o modo de produzir saúde, dentro de uma perspectiva de saúde como dimensão da qualidade de vida.

Isso fica visível, nesta pesquisa, quando, mesmo apontados aspectos que geraram mudanças positivas, percebemos que ainda temos um longo caminho a percorrer e muitos são os desafios a enfrentar. A unidade precisa exercitar, de modo mais permanente, a co-gestão do processo de trabalho em saúde e a internalização desse dispositivo “acolhimento” deve ser inserida na rotina das práticas de saúde de todos os trabalhadores.

O processo de trabalho em saúde nas unidades precisa ser organizado de acordo com as necessidades dos usuários. As filas ainda precisam ser mais bem organizadas, estabelecendo critérios de prioridade; a odontologia não pode ficar como um capítulo à parte, ou seja, sendo agendada de uma forma diferente que não através da acolhida; é preciso melhorar a questão das relações interpessoais e as técnicas de comunicação verbal e não verbal. As falas abaixo expressam essas dificuldades, apontadas pelos entrevistados:

“As pessoas terem consciência de que os idosos têm que ficar na frente e gestante também. Tem que ter alguém que fique sempre dizendo que é direito deles” Ent-2

“Ter acesso às consultas odontológicas” Ent-12, 18

“Diminuir a ignorância de alguns profissionais que ficam no acolhimento, quem ficar no acolhimento deve explicar melhor” Ent-13

“Mais informação pra gente não ficar rodando de um lado pro outro” Ent-15

As falas que emergiram nesta categoria nos mostram a importância de se introduzir, de forma permanente, a conversa, a escuta, o diálogo entre os profissionais e usuários, para que se possam trazer elementos não contemplados na clínica e que sejam suficientemente fortes para perceber e valorizar as necessidades dos usuários (SANTOS *et al.*, 2007).

Permite ainda a reflexão no processo de trabalho, buscando a superação da prática sob a lógica curativista, centrada na queixa e no saber médico, o que não tem gerado resolubilidade no serviço, ao contrário, tem gerado insatisfações que permeiam tanto os usuários como os trabalhadores de saúde (SANTOS *et al.*, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação do acolhimento, pode-se perceber, pela nossa análise de uma realidade específica, a mudança na organização do processo de trabalho em saúde, haja vista o fato de que hoje todos os usuários desse serviço têm garantido, no mínimo, uma escuta qualificada e individual da sua necessidade de saúde.

Este estudo nos mostrou que a estratégia de acolhimento para muitos usuários é algo novo e desconhecido, produzindo conflitos por trazer mudanças na dinâmica do processo de trabalho e a adaptação deve ser esperada à medida que o serviço se organize. Outros encontram nessa estratégia um espaço de escuta, de boas-vindas, atenção e direcionamento de seus diversos problemas, constatando mudanças, algumas percebidas pelos usuários como melhoria, após sua implantação.

Alguns aspectos, no entanto, tais como o acesso à consulta odontológica pelo acolhimento e a melhora no atendimento de alguns profissionais nas relações interpessoais, precisam ser revistos e modificados, pois prejudicam ou dificultam o acesso aos serviços oferecidos neste Centro de Saúde, originando tensões nas relações de trabalho.

De posse desses resultados, é expressa a possibilidade de repensar a dinâmica do processo de trabalho, ressaltando as mudanças positivas aqui mencionadas. Não podemos, no entanto, deixar de lado os obstáculos encontrados e as reflexões necessárias para conduzir soluções capazes de superar a prática centrada na queixa e garantir resolubilidade e satisfação, tanto para o usuário como para o trabalhador de saúde.

A estratégia de acolhimento foi compreendida como uma forma de contribuir para operar mudanças no processo de trabalho em saúde e, em longo prazo, favorecer a transformação do modelo. Ficam evidentes as mudanças ocorridas no serviço após a implantação do acolhimento como operacionalização de uma nova dinâmica do processo de trabalho em saúde.

Considerando a percepção dos usuários no que diz respeito às mudanças ocorridas no serviço após a implantação do acolhimento, na medida em que o usuário passa a ser visto não apenas como um sintoma, mas como uma pessoa considerada em sua subjetividade e em suas dimensões sociais, acreditamos que esse estudo traz importantes contribuições para as práticas do SUS.

Uma delas refere-se à discussão acerca da importância de se instituir práticas de humanização como requisito para a reorientação do modelo de saúde. Nesse aspecto, o acolhimento revelou-se como um fundamental instrumento

para a humanização do serviço, contribuindo para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento.

Compreendemos, também, que o estudo permitiu analisar a implantação do acolhimento e suas consequências na percepção dos usuários do serviço, os quais consideraram positivas as mudanças ocorridas particularmente na relação entre o profissional e o usuário, no qual aquele vem buscando assumir uma atitude de escuta qualificada e de cuidado para com este. Partindo disso, ressaltamos que esse estudo contribui para fortalecer a atenção básica, que tem como princípios o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e o usuário, o cuidado e a ampliação do acesso, importantes elementos considerados nas falas dos sujeitos.

Ouvir os usuários acerca do que eles vêm achando sobre a implantação do acolhimento traduz-se numa estratégia para superar a lacuna que caracterizou o processo na unidade, tendo em vista que os usuários não participaram, juntamente com os profissionais, da construção da proposta. Ressaltamos, aqui, a partir do estudo, a necessidade de fortalecer a participação dos usuários na gestão do serviço de saúde, como requisito indispensável para humanizar as práticas.

A pesquisa científica também possui limites, sendo necessário realizar constantemente estudos como forma de buscar a superação de lacunas. No que se refere a esse estudo, uma das lacunas a ser apontada seria a não inclusão do trabalhador de saúde como sujeito participante, já que este é um importante ator no cenário da humanização das práticas de saúde, de uma forma geral, e do acolhimento nas unidades de saúde, de uma forma particular. Além disso, a efetividade do processo de humanização exige a consideração de todos os sujeitos: trabalhadores, gestores e usuários.

Considerando que essa pesquisa contemplou apenas um desses sujeitos, reconhecemos a necessidade de realizar investigações futuras com a inclusão dos profissionais e dos gestores no cotidiano dos processos de humanização na atenção básica, bem como sobre como esses atores significam esses processos.

A devolução dos resultados da pesquisa ao espaço de produção do conhecimento é uma estratégia importante para possibilitar reflexão da equipe de saúde, no sentido de aprofundar o processo de mudança iniciado com a implantação do acolhimento. O acolhimento é mais uma estratégia entre um conjunto de ações que vêm sendo implantadas no SUS, no município de Fortaleza, para reorientar o modelo de atenção e qualificar a atenção básica. Entre esses fatores, citamos a educação permanente em saúde e outros dispo-

sitivos da Política Nacional de Humanização. Portanto, temos um longo caminho a percorrer.

Esperamos, com essa análise, trazer reflexões acerca desse novo modo de acolher e assim contribuir com a efetividade do serviço prestado nesse centro de saúde, bem como em outros serviços de saúde que necessitem reorganizar sua dinâmica de trabalho. Os resultados desta pesquisa podem trazer diversas contribuições para o aperfeiçoamento do acolhimento. Compreendemos, ainda, que o estudo serve para a produção de saberes e práticas sobre a perspectiva dos usuários.

Nota: O Município é dividido em seis regiões político-administrativas, denominadas Secretarias Executivas Regionais (SER).

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Rio de Janeiro: Perssona, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196** de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, DF, 2004.
- CAMELLO, S. H. H. *et al.* Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no Município de Ribeirão Preto. **Revista latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, ago. 2000.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Convocação nº 012/2006. Diário Oficial do Município, Fortaleza, 9 jun. 2006a. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 16 jan. 2008.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. Célula da Atenção Básica. Rede Assistencial em Saúde Mental. Projeto de implementação do acolhimento por avaliação de risco e vulnerabilidades nas unidades de saúde de Fortaleza. Fortaleza, 2006b.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. Fortaleza, 2006c.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37-54.
- MALTA, D. C. *et al.* Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Belo Horizonte, v. 24, n. 56, p. 21-34, set/dez.2000.
- MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica dos serviços de saúde**. 1998. 219 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-60.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MISHIMA, S. M. *et al.* Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 137-56.
- PANIZZI, M.; FRANCO, T. B. A implantação do acolher chapecó reorganizando o processo de trabalho. In: FRANCO, T. B. A. *et al.* (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base**

no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 79-109.

SANTOS, A. M. *et al.* Linhas de tensões nos processos de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação a integralidade: construindo e (des) construindo a saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, jan./mar. 2006.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In:

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Hucitec, 2004. p. 241-57.

TEIXEIRA R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 49-61.

WENDHAUSEN, A. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí: Ed. Univali, 2002.

Submissão: abril de 2008

Aprovação: dezembro de 2008
