

# ACOLHIMENTO: CONCEPÇÕES, IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO E NA ATENÇÃO EM SAÚDE

**Welcoming: concepts, implications for work processes and the provision of health care**

Lêda Maria Leal de Oliveira<sup>1</sup>; Andréa Simoni Manarin Tunin<sup>2</sup>; Fernanda Cristina da Silva<sup>3</sup>

## RESUMO

O estudo foi produzido a partir de dados da pesquisa “O Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde da Família: reorganização do processo de trabalho e qualidade da atenção”. Este artigo, que se constitui na análise de dados parciais da pesquisa, tem como objetivo identificar as concepções dos profissionais sobre o significado do acolhimento e as implicações desta prática no processo de trabalho e na atenção à saúde prestada aos usuários. Trata-se de um estudo qualitativo realizado na Unidade Básica de Saúde da Família de Progresso - Juiz de Fora/MG. Os sujeitos da pesquisa constituíram-se nos trabalhadores de saúde e residentes do Programa de Residência em Saúde da Família - Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde - da referida Unidade que foram abordados através de entrevistas semi-estruturadas. Utilizou-se, ainda, como técnica complementar a observação participante. Os dados sinalizaram que o acolhimento tem se constituído em um permanente desafio, repleto de tensões. Porém, tem contribuído para uma (re)significação do processo de trabalho e impactado de forma positiva a atenção à saúde dos usuários.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde. Acolhimento. Saúde da Família. Trabalho.

## ABSTRACT

The study was based on data from a research project “Welcome\* in a Primary Care Family Health Unit: a reorganization of the work process and the quality of care”. This article, comprising a partial analysis of the research data, attempts to identify the understanding of health professionals regarding the significance of “welcoming” and the implications of this practice on the way work is carried out and on the kinds of care provided to users. It is a qualitative study carried out in the Family Health Unit of Progresso, in Juiz de Fora/ M. Those studied were the health care workers and the medical residents from the Family Medicine Residency Program, doctors, nurses, social workers, nursing assistants and community health agents all of whom were given semi-structured interviews. Additionally participant observation was used as a technical tool. The data showed that “welcome” constitutes a continuous challenge, full of tension. However it has contributed toward a sense of the re-significance of the work processes and has impacted in a positive way the care given to users.

**KEY WORDS:** Primary Health Care. User Embracement. Family Health. Work.

<sup>1</sup> Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Endereço: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, Campus Universitário s/n - Martelos, Juiz de Fora/MG, CEP 36036-330 - E--mail: ledaoliveira@terra.com.br - Fone: (32) 3217-4507

<sup>2</sup> Graduanda da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Bolsista Programa Iniciação Científica - BIC /UFJF

<sup>3</sup> Graduanda da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Bolsista Programa de Iniciação Científica - BIC/ UFJF/CNPQ

## INTRODUÇÃO

Com a aprovação do Sistema Único de Saúde - SUS, a Carta Magna brasileira promulgada em 1988 definiu os princípios para a reorganização da atenção à saúde. Contudo, o Programa Saúde da Família - PSF é que tem se constituído na estratégia estruturante que busca garantir a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Na perspectiva de viabilizar este novo modelo, o PSF tem como princípio fundamental a luta em torno da promoção da saúde.

A Carta de Ottawa, resultado das discussões ocorridas na I Conferência Internacional em Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1996, é reconhecida como o marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo. Nela a promoção da saúde é definida como “o processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. O conceito de promoção da saúde passa assim a ser definido em termos de políticas e estratégias, significando um avanço em relação à Declaração de Alma-Ata (1978), que estabeleceu a meta de “saúde para todos até o ano 2000”, através da expansão da atenção primária.

Considerando-a também como um avanço, Ferraz (1996, p.89) afirma que a Carta “incorporou a importância e o impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde”. Ademais reconhece que a promoção da saúde “não concerne exclusivamente ao setor saúde, mas ao contrário, ela se constitui numa atividade essencialmente intersetorial”.

Destaca-se que as recomendações propostas pela Carta de Ottawa foram reforçadas e ampliadas em outros documentos que a sucederam e, hoje, podemos defini-la como:

*[...] estratégia de desenvolvimento de ações ... que visam, em última análise, a transformação social na direção de uma melhor condição e qualidade de vida de todos os cidadãos. Nestes termos, ela é vista como um meio de resgatar a cidadania - transformação do indivíduo em sujeito de ação e de direito. (SPERANDIO, 2003, p. 42)*

A ação de saúde centrada na lógica da proteção e promoção da saúde traduz-se neste compromisso com a qualidade de vida e com o direito do cidadão. Assegurar este compromisso tem se constituído em um desafio para os serviços de saúde. Dentre as possibilidades que se coloca para enfrentá-lo, destaca-se o acolhimento que, compreendido como um processo, uma prática de trabalho que busca garantir a escuta, o estabelecimento de uma relação vincular,

a responsabilização, a atenção resolutiva, a promoção da cidadania e autonomização do usuário, conforma-se como uma ação tecno-assistencial. Ação que pressupõe, em última instância, a mudança da relação profissional e usuário através de parâmetros técnicos, éticos, de solidariedade e de humanização.

Sob esta ótica, o acolhimento propõe que o serviço de saúde se (re)organize tendo como eixo central o usuário. Franco *et al.* (1999, p.345) argumentam que esta (re) organização deve observar os princípios:

1. *Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal;*
2. *reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;*
3. *qualificar a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.*

Com este entendimento, desenvolveu-se a Pesquisa **“O Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde da Família: a reorganização do processo de trabalho e a qualidade do atendimento”** que teve como objetivo refletir sobre o trabalho da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde de Progresso (Juiz de Fora/MG), no que se refere ao acolhimento dos usuários. Buscou-se analisar como este processo vem sendo operacionalizado, discutindo sobre a relação trabalhador x usuário, as práticas de saúde executadas, o envolvimento da equipe de saúde em todo o processo de acolhimento, as possíveis mudanças ocorridas no processo de trabalho e, ainda, refletir sobre as repercussões na atenção prestada, na perspectiva do trabalhador e do usuário.

Este artigo aborda a concepção das equipes de saúde sobre o significado do acolhimento e as implicações desta prática no processo de trabalho e na atenção à saúde prestada aos usuários, sob a ótica dos trabalhadores.

Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e foi desenvolvida com o apoio da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ.

## MÉTODO

### a) Bases Teóricas

As bases teóricas que contribuíram para a construção do estudo foram as concepções de Acolhimento e Processo de Trabalho.

Silva Júnior e Mascarenhas (2004) argumentam que acolher significa tratar humanizadamente toda a demanda; dar resposta aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção, pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados.

Os autores analisam o acolhimento em três dimensões. Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. Como técnica, o acolhimento instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas, resgata o conhecimento técnico das equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais de saúde na assistência. E como reformulador do processo de trabalho, o acolhimento identifica as demandas dos usuários e, com isso, rearticula-se o serviço.

Merhy (2003) contribui com a reflexão ponderando que o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: garantir o acesso universal, acolhendo, escutando e dando uma resposta positiva aos problemas do usuário; reorganizar o processo de trabalho, valorizando a equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador e usuário por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

A equipe de saúde, através da escuta, faz com que o usuário se sinta acolhido, estabelecendo o vínculo e permitindo uma maior participação do usuário no momento da prestação de serviços. Este, por sua vez, se torna reconhecido na condição de sujeito autônomo, que fala, julga e deseja. O vínculo não deve ser apenas entendido como o retorno do paciente à mesma unidade, mas principalmente no sentido de conhecer o usuário e seus problemas além da relação, responsabilização, resolutividade e orientação que ligue o profissional e o usuário de modo recíproco. É resultado de uma construção social e esforço multiprofissional, que envolve toda a equipe, instituições e comunidade.

A concepção de trabalho em saúde utilizada neste estudo é a sustentada por Merhy (1997a). Segundo o autor, a substância dos processos de trabalho se concretiza no encontro trabalhador-usuário, em um dado espaço-tempo. É nesta relação que os trabalhadores “podem colocar todas as suas sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procedimentos eficazes a serviço do usuário e de seu problema”.

É no movimento de atender as demandas postas pelos usuários que os trabalhadores lançam mão de seus saberes e

fazeres que possibilitam atuar sobre as necessidades expressas “em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde”.(Franco *et al.*, 1999, p.346)

Ainda segundo Merhy (1997b), no processo de trabalho em saúde, os profissionais utilizam-se de saberes tecnológicos que se inscrevem nas denominadas tecnologias duras, leve-duras e as leves. As primeiras remetem a equipamentos tecnológicos como, por exemplo, as máquinas, estruturas organizacionais, rotinas, normas, dentre outras; as segundas, aos saberes bem-estruturados que se fazem presentes no processo de trabalho como a clínica médica, epidemiologia etc.; e as últimas correspondem às tecnologias de relação como vínculo, autonomização, acolhimento etc.

## **b) O cenário de estudo**

O campo empírico para desenvolvimento da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde da Família de Progresso/Juiz de Fora - MG. A UBS está situada na região leste de Juiz de Fora/MG. Santa Paula, Borborema e Progresso são os bairros que constituem a área de abrangência da Unidade, totalizando cerca de 13 mil habitantes. A Unidade implantou o Programa de Saúde da Família - PSF em 2002 e conta com três equipes de saúde formadas por médicos, enfermeiros e assistentes sociais e Agentes Comunitários de Saúde.

Esta Unidade Básica foi escolhida por se constituir em um dos espaços de desenvolvimento do Programa de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora (RSF/UFJF) e, ainda, por ter incorporado, na rotina do trabalho, o processo de acolhimento.

A RSF, iniciada em 2002, é uma promoção do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora - NATES/UFJF em conjunto com as Faculdades de Serviço Social, Medicina e Enfermagem. Financiada pelo Ministério da Saúde - MS, tem como objetivo capacitar, através do treinamento em serviço, assistentes sociais, médicos e enfermeiros para atuarem nas equipes de saúde da família.

## **c) Sujeitos do estudo, instrumentos e técnicas utilizadas.**

No intuito de alcançar os objetivos propostos, as reflexões foram desenvolvidas abordando o objeto de estudo através da pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (1994), se propõe a compreender de forma abrangente e profunda o conjunto de dados coletados, responder a questões muito particulares preocupando-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, no caso, as ciências sociais.

Sob esta ótica, a pesquisa qualitativa busca compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, as crenças, valores, atitudes e hábitos.

Os sujeitos da pesquisa constituíram-se em trabalhadores de saúde e residentes do Programa de Residência em Saúde da Família - Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Com exceção dos últimos, pretendia-se trabalhar com todo o universo de profissionais que perfaziam um total de 19. Entretanto, 04 não se disponibilizaram a participar, alegando falta de tempo em função da grande demanda da Unidade. Assim, foram entrevistados 15 profissionais.

Em relação aos Agentes Comunitários, optou-se por trabalhar com uma amostragem definida pelo critério da saturação. Este critério permite ao pesquisador finalizar suas entrevistas quando considera que o material a que teve acesso é suficiente para que possa conduzir seu estudo. Tendo como referência este critério, entrevistou-se 06 Agentes Comunitários.

Em ambos os casos, o anonimato dos entrevistados foi preservado, sendo os mesmos identificados e numerados aleatoriamente.

Os sujeitos da pesquisa foram abordados através de entrevistas semi-estruturadas que, como adverte Minayo (1994), é um importante componente da realização da pesquisa qualitativa, posto que articula a entrevista estruturada, que pressupõe perguntas previamente formuladas, com a entrevista aberta ou não-estruturada, em que o informante aborda livremente o tema proposto.

As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro, previamente elaborado e testado, com perguntas fechadas e abertas. As questões giraram em torno dos temas: identificação do entrevistado; significado atribuído ao acolhimento; organização do processo de trabalho; avaliação do acolhimento e reflexos do acolhimento na atenção prestada aos usuários.

Como técnica complementar, utilizou-se a observação participante. Optou-se por essa técnica por permitir captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

Para a análise dos dados, recorreu-se, novamente, às elaborações de Minayo (1994), que propõe o método de interpretação dialética dos dados. Nesse método, a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida, sendo que essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala e, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a

fala. É uma interpretação que se propõe a revelar o conteúdo intrínseco, conflitivo e antagônico da realidade.

A análise foi realizada em dois momentos: a) Ordenação dos dados - transcrição dos dados, releitura do material, organização das falas em ordem de significados; b) Classificação dos dados - classificação a partir do material coletado através da releitura do mesmo e estabelecimento de uma relação interrogativa com os dados. Neste movimento buscou-se “apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco” (MINAYO, 1994, p. 235).

Este exercício possibilitou organizar os resultados nas categorias: concepções sobre o acolhimento; potencialidades e limites; processo de trabalho e impactos na atenção à saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreendendo o acolhimento como um dispositivo de mudanças na relação profissional/usuário assim como na organização do processo de trabalho e, conseqüentemente na atenção à saúde, buscou-se refletir sobre as concepções presentes entre o conjunto de profissionais das equipes de saúde, suas potencialidades e limites, o(s) rebatimento(s) no processo de trabalho e as possíveis repercussões na atenção à saúde.

### a) Concepções sobre o Acolhimento

Foi quase que consensual entre os entrevistados que acolher implica receber bem o usuário. Esta é uma concepção bastante difundida e encontra respaldo nas produções de diferentes estudiosos do assunto como Merhy, Franco, Silva e Mascarenhas, dentre outros. É possível afirmar que em todos eles, acolher tem correspondência com receber o usuário, porém, ressaltam que é preciso investir em formas de receber os diferentes modos com que o usuário busca ajuda, respeitando cada um, com suas especificidades e demandas.

Não obstante a maioria dos entrevistados ter identificado acolher com receber, observamos que este “receber” tem significados distintos. Assim, há, entre os entrevistados, aqueles que compreendem o acolhimento como um serviço de porta de entrada que tem como objetivo realizar a triagem para o atendimento médico. Este entendimento ficou claramente explícito na fala:

*“de manhã quando chega ... a gente vai ver o que é prioridade e levar pra dentro da Unidade, vai conversar, vai aferir os sinais vitais e vai distribuindo as consultas, as vagas para a demanda médica.”* (Entrevistado 17)

Fica evidente no depoimento que o acolhimento é compreendido como uma atividade, cuja terminalidade é a consulta médica, o que exprime a noção reduzida do acolhimento como forma de organizar a oferta do serviço médico.

Constatações desta natureza trazem à tona a reflexão sobre a própria relação entre as práticas de saúde e o modelo assistencial. Neste caso o que se observa é que a lógica de produção dos serviços é orientada numa concepção médico-centrada baseada, essencialmente, na cura e orientada por procedimentos fragmentados, atos em saúde mecanizados e por uma assistência tecnicizada.

Fracolli e Bertolozzi (2003) salientam que, mais do que um serviço destinado a receber para triar, separar casos e organizar a demanda, o acolhimento deve ser considerado um instrumento de trabalho que incorpore as relações humanas, apropriado por todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho.

O processo de trabalho deve, pois se re-significar, passando de uma prática direcionada para a cura para uma prática orientada para a produção do cuidado que requer, dentre outros, desencadear processos mais partilhados, não apenas dentro da equipe de saúde, mas entre profissionais e usuários. Isto significa que há de se pensar numa nova lógica, que ultrapasse a concepção médico-centrada e caminhe em direção a um novo “fazer” em saúde, centrado em especial no usuário.

Em que pese este entendimento, verificou-se outra concepção sobre o “receber” implícito no acolhimento. Acolher deixa de se resumir à porta de entrada ou à triagem dos usuários, mas envolve a escuta das necessidades do usuário e a responsabilização do serviço no sentido de dar respostas à sua demanda.

*“... é você estar aberto pra estar ouvindo o usuário ... Você estar dando este espaço para ele se colocar, pra ele ser ouvido e a partir daí você procurar dar uma resposta pra ele. Eu acho que o acolhimento é pra gente dar uma resposta.”* (Entrevistado 09)

*“... Pra mim é desde quando o usuário chega pra gente poder tá ouvindo e tá tentando resolver o problema dele da melhor forma possível ... Ele tem que sair dali tendo uma resposta.”* (Entrevistado 12)

*“... é a questão de receber, não só sentido da chegada dele na Unidade, mas de receber as demandas dele ... atendendo a todas as demandas dele que a gente tiver possibilidades É a*

*questão de ... de dar oportunidade para que o usuário tenha voz mesmo.”* (Entrevistado 03)

Parece que, de um serviço destinado à triagem, o acolhimento assume outra perspectiva voltada para a escuta qualificada, identificação de problemas e de possibilidades de intervenção no sentido de solucioná-los. Este processo de escuta e de definição de estratégias para responder as demandas desencadeia uma mudança substancial em que a centralidade da atenção não mais se situa na consulta médica e abre, para os demais profissionais, a possibilidade de melhor utilizar seu potencial.

Ademais, é possível perceber que, ao identificarem a resolução dos problemas, os entrevistados pontuam que isto ocorre conforme as possibilidades do serviço e da equipe, porém existe responsabilização dos profissionais com o problema apresentado pelo usuário. Parece, neste caso, que ao valorizarem as queixas dos usuários, comprometem-se com sua solução, podendo, a partir daí, transformá-las em objeto de sua ação. Franco *et al.* (1999) ressaltam que o acolhimento pode se constituir num dispositivo instituidor de novas práticas no cotidiano dos serviços centradas no usuário e comprometidas com a defesa da vida individual e coletiva.

Ainda com relação à resolução dos problemas, destacam-se os argumentos tecidos por Vasconcelos (1999) de que grande parte das demandas apresentadas em unidades básicas de saúde são complexas demais para serem curadas, mas não para serem cuidadas.

Outra concepção presente na fala dos entrevistados identifica o acolhimento com a humanização do serviço. Como no primeiro caso, também ocorreram diferenças no entendimento sobre o significado desta humanização.

Encontram-se, entre os entrevistados, aqueles que identificam humanização com ‘tratar bem o usuário’.

*“... é ser de certa forma até carinhoso com o usuário pra ele se sentir bem, se sentir como se estivesse numa extensão da casa dele .. Essa questão de sempre tá tratando bem, muito bem o usuário.”* (Entrevistado 10)

Deslandes (2005) argumenta que este entendimento representa uma visão caritativa e que pouco contribui para a construção de uma consciência crítica dos usuários sobre seus direitos e de seu papel de agente de mudanças no sistema de saúde. Para além do tratar bem, ser respeitoso, é necessário que os profissionais de saúde reflitam sobre seu objeto de trabalho - o usuário, compreendido como cidadão de direitos e não como aquele que necessita da caridade alheia.

Se, por um lado ocorreu esta posição, por outro identificaram-se visões sobre a humanização que sinalizam uma compreensão oposta e que muito se aproximam da proposta por Deslandes (2005). A dimensão do direito prevaleceu nos argumentos tecidos por alguns dos entrevistados ao afirmarem:

*“... A partir do momento que você entende a saúde como um direito você tem que acolher. Se ela tem direito ao acesso ao SUS, ela não pode voltar para a casa ... Ele tem direito a isso, ele paga caro por isso, e eu acho que o acolhimento ajuda nisso, humaniza tremendamente o serviço.”* (Entrevistado 16)

*“... A gente humaniza, começa a perceber o usuário como um direito, um direito ao acesso, ao atendimento de qualidade.”* (Entrevistado 12)

Sob esta ótica, o acolhimento é compreendido como instrumento para assegurar o direito à saúde. Significa reconhecer os sujeitos como portadores de necessidades e de direitos que precisam ser assegurados no cotidiano dos serviços de saúde.

## **b) Potencialidades e Limites**

Ao expressarem suas opiniões sobre o acolhimento na Unidade de Saúde, os entrevistados foram revelando as potencialidades e limites da prática. Como potencialidades, assinalaram que acolher tem possibilitado: a) criar espaços de conversação entre profissionais e usuários; b) facilitar a comunicação entre os membros das equipes de saúde; d) imprimir maior visibilidade ao trabalho dos profissionais não médicos; e) garantir o acesso.

O primeiro ponto assinalado - espaços de conversação entre profissionais e usuários - foi evidenciado por alguns entrevistados que demarcaram este encontro como um instrumento ou dispositivo capaz de trazer à tona as necessidades do usuário; de criar e recriar junto com o usuário soluções para seus problemas. Parece que neste encontro de conversação são firmados laços mais sólidos entre estes dois sujeitos - produtores da saúde - que se manifestam no maior comprometimento com o usuário e na criação de vínculos.

Teixeira (2003) afirma que este encontro é uma técnica especial de conversar e o define como acolhimento-diálogo ou acolhimento dialogado. As ponderações tecidas pelos entrevistados caminham nesta direção:

*“... eu acho que o acolhimento ele demonstra um compromisso mesmo com o usuário e os atendimentos em si ... Eu*

*acho positivo o interesse que os profissionais têm naquilo que o usuário traz, da escuta, de tá dando uma solução ao caso.”* (Entrevistado 05)

*“eu acho que hoje a gente tá muito mais próximo da população, da queixa dela, do real problema que ela vem trazendo pra gente(...)com o acolhimento não, com ele você vai ouvir e vai criar, de repente, possibilidades, vai criar alternativas até né?”* (Entrevistado 09)

*“a população acaba tendo a gente como referência, identifica a gente e passamos realmente a fazer parte daquela comunidade, eles vem aqui e já procuram a gente, acaba criando um vínculo que é um dos princípios do PSF.”* (Entrevistado 14)

O acolhimento dialogado tem possibilitado ainda garantir o acesso às informações sobre o funcionamento da Unidade e mais, fortalecer no usuário a noção de que o serviço de saúde é um bem público e como tal pertence ao conjunto da população.

*“Eu acho que é positivo, esclarecer o entendimento do usuário sobre o funcionamento do serviço.”* (Entrevistado 16)

*“Um ponto positivo que eu vejo aqui no Progresso é que as pessoas já sentem que a UBS é delas, elas são donas disso aqui.”* (Entrevistado 20)

A comunicação entre os membros das equipes surgiu como a capacidade do acolhimento em ultrapassar as fronteiras da relação equipe/usuários e se fazer presente nas relações intra-equipe. Silva Junior e Mascarenhas (2004, p. 224) ao salientarem que a proposta de acolhimento deve estar presente nas várias relações oriundas do trabalho em saúde, ponderam que o estabelecimento de relações mais democráticas “estimula a participação, autonomia e decisão coletiva, produzindo sujeitos de novas práticas sanitárias”. Alguns relatos sinalizaram que o acolhimento provoca a comunicação, a discussão entre os membros da equipe e a possibilidade de uma decisão coletiva:

*“... eu acho que isso (o acolhimento) aumenta a comunicação entre a equipe, por que a gente chega com um problema ou com outro e você tem a possibilidade de estar discutindo com outros profissionais.”* (Entrevistado 12)

*“... O acolhimento te empurra para o outro profissional sim, fortalece essa aproximação... às vezes a gente precisa tá recorrendo a um outro profissional pra trocar idéias mesmo,*

*pra tirar uma dúvida, perguntar o que ele acha que é melhor ou que resposta eu posso dar para aquela pessoa... E, aí, a gente recorre ao outro o tempo todo”* (Entrevistado 02)

Ainda com relação ao trabalho em equipe, foi identificado que o acolhimento valoriza o trabalho dos profissionais não médicos, imprimindo maior visibilidade a estas práticas. É o que se pode observar nas falas:

*“... o acolhimento dá bastante visibilidade ao trabalho dos outros profissionais.”* (Entrevistado 13)

*“Hoje, sem dúvida, já tem demanda para os profissionais não médicos porque o acolhimento funciona também como uma vitrine pra mostrar os serviços da unidade e dos outros profissionais que aqui estão atuando e que também têm alguma coisa pra oferecer.”* (Entrevistado 09)

Os relatos sugerem que o acolhimento possibilita que a equipe se constitua no centro da prática em saúde. Os profissionais não-médicos têm a possibilidade de acessar todo o seu arsenal tecnológico no seu procedimento assistencial. Para Merhy (2002, p.22) a proposta de acolhimento permite o “resgate e a potenciação do conhecimento técnico das equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais da saúde na assistência”.

A capacidade de impactar o acesso dos usuários aos serviços foi, igualmente, identificada como uma potencialidade do acolhimento.

*“... não tem mais esse massacre de chegar aqui às quatro da manhã, as pessoas já perceberam que todo mundo tem algum tipo de resposta, esse eu acho que é um ponto positivo, essa questão da escuta.”* (Entrevistado 12)

*“o acolhimento humaniza o serviço, trata o usuário de forma diferente, não é aquele negócio de tem 12 vagas e o resto vai embora, ele tem muito mais acesso ao atendimento.”* (Entrevistado 11)

Panizzi e Franco (2004, p.103) refletem que, ao ampliar o acesso à demanda espontânea, o acolhimento opera para que o PSF tenha possibilidade para admitir e resolver os casos “elevando desta forma sua legitimidade diante dos usuários, reduzindo-lhes a carga de sofrimento, pois assim eles encontram na própria (Unidade) um grau de resolutividade para sua necessidade... e faz com que se sintam mais protegidos pela equipe”.

Quanto aos limites e/ou dificuldades do acolhimento, emergiram na fala dos entrevistados questões como: “ausência de normas” por parte dos usuários; despreparo dos profissionais; desgaste na equipe e resistência dos usuários.

O que se chamou de “ausência de normas” por parte dos usuários ficou expresso na fala dos entrevistados quando sinalizaram que o usuário passou a buscar a unidade de saúde em horários considerados impróprios pela equipe, chegando mesmo a “inventar” queixas que, inicialmente, sabem que serão ouvidas. Este posicionamento revela um descompasso com algumas das potencialidades definidas anteriormente pelos entrevistados, em particular a garantia do acesso e mesmo da própria concepção de acolhimento defendida por alguns dos entrevistados. Como garantir acesso se o usuário deve respeitar horários previamente definidos pelos profissionais? Como construir uma relação de troca e respeito se o usuário é visto como produtor de falsas queixas?

*“... a gente tenta educar o usuário... Tem muita gente que vem aqui de má fé, vem a qualquer hora porque sabe que vai ser atendido”.* (Entrevistado 06)

*“... que algumas pessoas já usam o acolhimento como uma porta de entrada pra dificultar o serviço no sentido assim: ah pra que eu vou lá cedo se qualquer hora que eu for eles vão me atender mesmo... eles confundem e usam isso de uma forma a favor deles, uma forma ardilosa e falam: eles vão ter que me atender mesmo. Então tem usuários que são característicos, você vai observando que toda vez eles chegam às 16:00 horas”* (Entrevistado 13)

*“E tem aqueles também que usam o próprio acolhimento pra tentar não vir na fila de manhã, então chegam falando que deu febre, que teve vômito, coisas que eles sabem já que são chaves pra você dar atenção.”* (Entrevistado 07)

*“... as pessoas, às vezes, elas não têm limites ... Aí ela despeja tudo e quer uma resposta quase que instantânea.”* (Entrevistado 15)

Outro ponto destacado pelos profissionais foi a dificuldade ou o desgaste que o acolhimento opera nas equipes:

*“é muito trabalhoso, é muito complicado, é muito desgastante pra gente profissional, sabe?”* (Entrevistado 13)

*“ele é um leão a cada dia, ele é trabalhoso, estressante.”* (Entrevistado 16)

Acolher é complexo e demanda energia. Com o acolhimento, a equipe se compromete com a demanda trazida pelo usuário. Quando o serviço se abre para a escuta, ele deixa de trabalhar apenas com a esfera clínica, com o corpo que dói e sofre, permitindo que a “vida lá de fora” entre na dinâmica do trabalho da unidade, transformando esse ato num momento de construção de saberes, entre profissional e usuário.

Ocorre que, em muitos casos, os profissionais não têm respostas para os problemas e necessidades, posto que muitas delas têm origens em situações que em muito ultrapassam as possibilidades concretas dos serviços de saúde. São problemas e dificuldades que têm suas raízes na própria estrutura da sociedade brasileira, que tem gerado enormes desigualdades sociais que, por sua vez, determinam o processo saúde/doença da população.

Silveira e Garcia (1998, p.17) argumentam que os profissionais vivenciam diariamente “esta prática da forma mais humana de sua concepção, pois, no contexto social em que trabalham, além de acolherem os usuários, são obrigados, também, a acolherem a fome, a miséria e a desesperança que acompanham essas pessoas, transformando o acolhimento em ação concreta”. Parece que este é o “leão de cada dia” e enfrentá-lo, certamente, gera angústias, sofrimento, estresse.

O despreparo dos profissionais revelou-se como um limite do acolhimento. Despreparo que se situa tanto ao nível da formação profissional como pessoal. O relato que se segue explicita que:

*“A principal dificuldade dentro do trabalho, eu digo que sou eu mesmo, porque a mudança de modelo assistencial acontece dentro de cada um, a gente tá muito acostumado com o processo antigo, então a gente acaba colocando barreiras íntimas da nossa formação, da nossa dificuldade inclusive psicológica..., as nossas dificuldades de relação em equipe...em tudo isso aparece o que há de mais íntimo em cada um, a sua paciência, a sua compreensão, né.”* (Entrevistado 15)

A reflexão proposta no relato traz para o debate a discussão a respeito da capacitação da equipe. Fica evidente que, apesar do PSF se propor a operar uma mudança no modelo tecno-assistencial, buscando ultrapassar o modelo hegemônico - biologicista, reducionista, individualista e orientado para a cura -, os profissionais ainda têm uma formação que privilegia ações curativas, centradas na produção de procedimentos. Compreende-se que tais ações fazem parte da produção do cuidado, porém devem estar combinadas com outras que visem à promoção e prevenção da saúde. Como, então, mudar se um dos principais sujeitos de mudança - as equipes de saúde - ainda tem a

reabilitação/recuperação da saúde como objeto privilegiado de sua intervenção?

A fala destaca ainda as dificuldades nas relações interpessoais entre os membros das equipes como um dificultador para operar o acolhimento. Como no acolhimento a proposta é superar a fragmentação dos saberes e caminhar em direção a um trabalho coletivo produtor de cuidados, é fundamental que as relações interpessoais sejam objeto de discussão no interior das equipes de saúde. Trabalhar em equipe significa construir uma rede de relações entre diferentes sujeitos com interesse, saberes, projetos, poderes também distintos. Constitui-se, assim, num processo de relações que necessita ser permanentemente “cuidado”.

Outro aspecto identificado pelos entrevistados foi a resistência de alguns usuários. Esta resistência parece ocorrer porque o usuário, muitas vezes, espera do serviço de saúde - até porque historicamente foi a isto que se resumiu - ações curativas, procedimentos médicos que reabilitem sua saúde. É o que se verifica na fala a seguir:

*“... mas o usuário não gosta, pelo menos na minha área todo mundo reclama: tem que vim pra consultar e tem que falar com o assistente social e tem que falar com o enfermeiro pra depois chegar no médico, eles não gostam não.”* (Entrevistado 19)

### c) Processo de Trabalho

As implicações do acolhimento no processo de trabalho foram abordadas durante todo o desenvolvimento das entrevistas. Observou-se que o acolhimento imprimiu mudanças no fazer profissional, em especial dos não médicos. Mudanças que, na fala dos entrevistados, surgiram vinculadas à valorização dos demais profissionais e ao trabalho em equipe.

A valorização dos profissionais não-médicos está relacionada com as ponderações tecidas por Franco *et al.* (1999, p.45) de que, com o acolhimento, estes profissionais “passam a usar todo o seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde, trazidos pela população usuária dos serviços da Unidade”

A possibilidade de entrar em cena na produção do cuidado, explorando todas as suas potencialidades tecnológicas (duras, leve-duras e leves), tem conferido maior visibilidade a diferentes profissionais da equipe, conforme expresso nos relatos:

*“... fortalece a existência de outras profissões, por que antes era médico e não tinha mais nada ... O acolhimento ajuda*



*na medida em que ele fala que existem outros profissionais, que eles estão ali” (Entrevistado 14)*

*“... já tem procura pelos profissionais não médicos ..., por exemplo: eu queria um atendimento com aquela enfermeira assim e assim ... A mesma coisa com o Serviço Social. Tem pessoas que chegam e nos procuram diretamente, não buscam uma demanda médica. Elas dizem: eu queria falar com a Assistente Social da área e tal ...” (Entrevistado 16)*

O fortalecimento do trabalho em equipe foi abordado tendo em vista a necessidade de interagir durante o processo de trabalho. Panizzi e Franco (2004, p.84) argumentam que a necessidade de trocas de saberes e experiências entre os diferentes profissionais no momento da assistência constrói uma verdadeira “rede de conversas”. Segundo os autores, “isso potencializa muito a capacidade resolutive, uma vez que, durante o trabalho assistencial, devem ocorrer troca de saberes e práticas. Esse trabalho em rede, que se constitui de compromissos mútuos, aumenta a potência para a resolução dos problemas”.

Para Merhy *et al.* (1997), a equipe que acolhe tem como objetivos ampliar o acesso dos usuários, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho das equipes. O acolhimento pontua problemas e oferece soluções e respostas. Atuando como reformulador do processo de trabalho, contribui para a rearticulação do serviço.

*“O acolhimento acaba ajudando, os profissionais, querendo ou não, acabam tendo uma interdisciplinaridade. Tem que falar, discutir com o outro ... A gente acaba conversando e discutindo muito” (Entrevistado 12)*

*“... A gente discute o que fazer com determinado caso de um usuário. Não dá para discutir todos ..., mas na medida do possível a gente discute e passa para o outro o que está acontecendo. Essa reunião semanal continua acontecendo para discutir os casos.” (Entrevistado 13)*

Se, para os profissionais não médicos, o acolhimento provocou mudanças, parece que o mesmo não pode ser dito com relação ao trabalho médico. Esta constatação surgiu na fala dos entrevistados que, associando o acolhimento com aumento de demanda, afirmam que o médico fica quase que exclusivamente por conta das consultas.

*“... A demanda médica curativa é muito grande, não diminui e, pelo contrário, aumenta. O acolhimento aumenta a demanda, por que se a gente oferece serviços, oferece disponibilidade,*

*recebe as pessoas com carinho, elas sabem que podem contar com isso aqui e procuram mesmo.” (Entrevistado 15)*

*“... então aumenta muito a nossa demanda, o acolhimento é o contrário, ele não diminui nada, ele aumenta. O médico acaba ficando mesmo dentro do consultório...” (Entrevistado 11)*

Entende-se que o aumento da demanda ocorre para todos os profissionais. Além da demanda quantitativa, ocorre também um aumento “qualitativo”, posto que implica na responsabilização e na necessidade de propor alternativas no sentido de solucionar as demandas postas pelos usuários. Entende-se, igualmente, que a questão da demanda médica (curativa) deve ser encarada como um problema que diz respeito a toda a equipe e não exclusivamente ao profissional médico. Parece que o fato de os médicos permanecerem na esfera puramente curativista tem correspondência com a organização e planejamento do trabalho coletivo e, também com a concepção deste profissional sobre seu objeto de intervenção - a produção do cuidado ou a doença.

Ainda com relação ao aumento da demanda, é importante ressaltar que, se, por um lado, para alguns entrevistados, significa um “aprisionamento” dos médicos nos consultórios, por outro, foi identificada como uma resposta positiva da população ao esforço da equipe em resolver/solucionar as dificuldades apresentadas. Além disso, o aumento da demanda é um resultado natural da ampliação do acesso.

*“... há uma quantidade maior de atendimentos ... O acolhimento ajudou no acesso do usuário à UBS, o físico nem tanto, por causa da estrutura física da Unidade, mas o acesso facilitou muito ... Eu avalio o usuário chegando como uma coisa positiva.” (Entrevistado 08)*

*“... É muito visível o aumento que tem tido da demanda ... O acolhimento facilitou o acesso ... As pessoas estão vindo, encontrando respostas, estão voltando e divulgando e estão vindo outras pessoas atrás.” (Entrevistado 07)*

#### **d) Impactos na atenção à saúde**

Os impactos do acolhimento na atenção à saúde surgiram em diversos momentos nos relatos de praticamente todos os entrevistados. Parece que os impactos identificados têm sua raiz no avanço qualitativo nas relações entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado (profissionais e usuários) proporcionado pelo acolhimento. Avanço que

se expressa no estabelecimento de relações mais solidárias e no esforço de trabalhar com as assimetrias de saberes.

A fala dos entrevistados sugere que esse investimento nas relações vem impactando positivamente a atenção à saúde, posto que vem possibilitando assegurar uma atenção mais qualificada, pautada na escuta, no diálogo, na garantia do acesso, na humanização do serviço, no trabalho em equipe. Esses aspectos são identificados em argumentos como:

*“Com certeza sim, repercutiu no acesso, na escuta da queixa do usuário, da opinião dele sobre o serviço, com certeza melhorou.”* (Entrevistado 05)

*“... com o usuário e com a comunidade cria vínculo mesmo com a gente ... Aproxima muito e melhora este canal de conversa e diálogo”* (Entrevistado 14)

*“... Eu afirmo que o acolhimento facilitou o acesso do usuário à UBS...Então pela própria abertura que a gente dá , pelo próprio trabalho de acolhimento que a gente faz, permite que esse usuário chegue ao serviço, que ele tenha acesso ao serviço.”* (Entrevistado 08)

*“Eu acho que o atendimento depois do acolhimento é um atendimento mais humanizado e com isso ele é mais qualificado.”* (Entrevistado 15)

*“...a relação profissional com outro profissional acaba até melhorando, eu aprendo com ele, ele aprende comigo (...) há um entrosamento muito bom entre a equipe e isso repercute no atendimento e no vínculo com o usuário.”* (Entrevistado 13)

Assim, quando se destaca que o acolhimento garante o acesso, humaniza o serviço, estreita o vínculo com a comunidade, fortalece a relação entre os membros da equipe e a troca de saberes e estimula a participação do usuário ao valorizar suas opiniões, o que se está dizendo é que a atenção à saúde do usuário tem se pautado em outros parâmetros que se traduzem, em especial, na busca de uma relação mais simétrica e solidária entre os trabalhadores de saúde, e entre estes e a população usuária do serviço.

Além dos aspectos assinalados, um entrevistado fez sua avaliação assinalando o aumento da demanda como um sinal de que o acolhimento vem repercutindo positivamente na atenção à saúde. Seu argumento é interessante, pois deixa transparecer o entendimento de que a população aprova ou está satisfeita com o atendimento prestado. Sustenta sua posição no que vivencia no cotidiano do

serviço, isto é, no aumento de usuários que buscam a Unidade de Saúde.

*“eu acho que isso é muito visível no aumento que tem tido da demanda, é muito grande sabe, cada vez mais a gente tem atendido mais pessoas e o posto fica mais cheio.”* (Entrevistado 07)

É interessante observar que praticamente todos os entrevistados elencaram somente os impactos positivos do acolhimento, o que sinaliza um reconhecimento, por parte dos trabalhadores, de que o acolhimento tem produzido mudanças qualitativas no processo de produção de cuidados à saúde.

Somente um entrevistado sugeriu que o acolhimento não tem repercutido na atenção prestada. Salientando que foi contratada recentemente, fez sua avaliação partindo do que vê ou escuta dos próprios usuários. Assim, ponderou:

*“eu cheguei agora e já tinha esse acolhimento e agora eu não sei se eu não posso falar não, só sei que o usuário reclama muito e aí eu não posso falar que é bom porque o que eu ouço é só reclamação do acolhimento.”* (Entrevistado 10)

É uma avaliação que traz a percepção do trabalhador sobre a posição do usuário diante do acolhimento. Em que pese o entrevistado não trazer mais elementos para a discussão, justificada pelo pouco tempo que está no serviço, é uma afirmativa que deve ser melhor investigada, posto que diz respeito ao usuário, sujeito e fim do processo assistencial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido possibilitou chegar ao final do estudo, não com respostas acabadas, mas com algumas pistas que podem contribuir para o debate em torno do acolhimento na atenção à saúde, em especial, na atenção primária.

Embora o acolhimento seja uma prática reconhecida e vivenciada pela equipe de saúde no cotidiano do trabalho, observou-se que se constitui em tema de conflitos e contradições que se expressam nas concepções dos profissionais e nas repercussões no processo de trabalho e na atenção à saúde.

No que se refere à concepção dos profissionais sobre o significado do acolhimento, observaram-se alguns nós críticos que necessitam ser desatados. Concepções que identificam o acolhimento como triagem, “ato de bondade” e impulsionador de demandas, em especial para os profissionais médicos, devem ser objeto de reflexão do conjunto de profissionais se se pretende transformar a atenção em

saúde em direção a um modelo que tenha sua centralidade no usuário, sujeito e fim do processo assistencial.

Do ponto de vista da organização do processo de trabalho, entende-se que também a demanda pelo atendimento médico deve ser objeto de reflexão e debate das equipes de saúde. Acredita-se que o acolhimento aumenta a demanda para todos os profissionais, posto que a escuta qualificada do usuário traz à tona problemas e necessidades que em muitas vezes ultrapassa o atendimento médico. Se este é um raciocínio válido, fica a pergunta: por que o acolhimento aumentou somente a demanda médica? Acredita-se que respostas a essa pergunta podem estar em fatores como: os usuários, pela própria cultura difundida de que saúde é a simples ausência da doença, buscam somente o atendimento curativo; a histórica hegemonia médico-curativa no setor, subalterniza a intervenção dos demais profissionais, fazendo com que os usuários não “confiem” nos profissionais não médicos para a resolução de seus problemas; a existência de ruídos na comunicação usuário x equipe de acolhimento dificulta a verbalização, por parte do usuário, e/ou o entendimento, por parte do profissional, da real necessidade trazida pelo usuário.

Observou-se que os entrevistados que abordaram a questão do aumento da demanda médica destacaram que isso tem comprometido o trabalho interdisciplinar. Alguns avaliaram que as reuniões de equipe, discussões de caso e troca de saberes ficam em segundo plano, não efetivando de fato o princípio do atendimento integral implícito no acolhimento.

Ainda com relação à organização do processo de trabalho, entende-se que há a necessidade de cuidar dos profissionais. O excesso de trabalho e, principalmente, a dificuldade em conviver e buscar resolver problemas de ordem social e econômica como miséria, pobreza, fome, abandono, violência etc. - que vêm à tona com o acolhimento - têm provocado um grande desgaste nos profissionais, em especial naqueles que durante sua formação profissional não foram preparados para lidar com esses aspectos do processo saúde-doença. Há, portanto, que se capacitar profissional e emocionalmente as equipes de saúde para lidarem com situações dessa natureza.

Outro ponto que merece ser destacado tem correspondência com o “lugar” reservado ao usuário na relação com o profissional e no próprio processo de definição de suas necessidades. Em algumas falas, o usuário foi identificado como “folgado”, “mal acostumado”, “falseador de queixas”, posto que não respeita os horários estabelecidos e simula queixas para garantir o atendimento. Ponderações

dessa natureza são indicativas de que existem dificuldades na relação com o usuário e coloca em pauta a questão de quem define a necessidade. Entende-se que o usuário, ao procurar o serviço de saúde, o faz a partir de algo que por ele é qualificado como necessidade e, como tal, precisa ser respeitado e valorizado. Como, então, desenvolver uma postura de escuta, de solidariedade com o sofrimento do outro, se suas necessidades são desqualificadas? Afinal, quem define a necessidade: o serviço ou o usuário?

Em que pese as divergências/conflitos, as ponderações tecidas pelos entrevistados sugerem que o acolhimento tem contribuído para a humanização do atendimento, para o estreitamento das relações profissionais-usuários e intra-equipes, para uma maior visibilidade às ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais e para a ampliação da autonomia dos usuários.

Assim, o acolhimento tem propiciado a criação de um espaço de diálogo entre profissional e usuário, comprometendo ambos com a resolução dos problemas. Verifica-se que, mesmo que a demanda apresentada não possa ser solucionada no momento da escuta, o usuário tem garantido uma orientação ou encaminhamento, o que amplia significativamente o acesso aos serviços.

A participação do usuário tem significado uma ampliação de sua autonomia na medida em que cria um espaço para que possa expor e discutir, junto com o profissional, a melhor forma de tratamento, a viabilidade de realizá-lo, seus limites e dúvidas. Isso contribui para a construção de saberes tanto dos profissionais quanto dos usuários.

Destaca-se, ainda, que o acolhimento tem possibilitado uma maior visibilidade ao trabalho dos profissionais não-médicos. O trabalho do enfermeiro, do assistente social, do auxiliar de enfermagem e dos agentes comunitários é valorizado e incorporado nos cuidados prestados, contribuindo para a construção de uma relação colaborativa e complementar entre os trabalhadores e para uma atenção mais integral, resolutiva e de qualidade.

As questões destacadas neste estudo evidenciaram a complexidade do acolhimento. Parece que sua construção tem se constituído em um permanente desafio, repleto de contradições e ambiguidades. Porém, tem sido um processo que tem contribuído de forma positiva para uma (re)significação do processo de trabalho e para a atenção prestada aos usuários.

## REFERÊNCIAS

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de

- Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 03, p. 615-626, jul./set. 2005.
- FERRAZ, S. T. **Bases conceituais da promoção da saúde**. Brasília: OPS, 1996.
- FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. **A Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo: manual de enfermagem**, 2003. Disponível em <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 27 Jun. 2006.
- FRANCO, T. B. *et al.* O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, jan./jun. 1999.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Lugar Editorial, 1997b. Parte 1, p. 71-112.
- MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. In: FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997a.
- MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. *et al.* (Org.). **O trabalho de saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 123-152.
- MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Lugar Editorial, 1997. Parte 2, p.113-150.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- PANIZZI, M.; FRANCO, T. B. A implantação do Acolher Chapecó. Reorganizando o processo de trabalho. In: Franco, T. B. *et al.* (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal, 2004. p.79 -110.
- SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos metodológicos e conceituais. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**: Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 241- 257.
- SILVEIRA, M. F. A.; GARCIA, A. M. G. S. Um caminho de liberdade: a experiência da disciplina Semiologia e Semiotécnica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 231-244, jan. 1998.
- SPERANDIO, A. M. G. **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. Campinas: Editora R. Vieira Gráfica, 2003.
- 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**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2003. p. 89 -111.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

---

Submissão: novembro de 2007

Aprovação: abril de 2008

---