



## RESUMO

## O ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÃO SOBRE CONCEITOS

Profa. Ms. Claudia Martins Rebello  
Profa. Ms. Fabiana Ferreira Koopmans  
Profa. Dra. Valéria Ferreira Romano

Este artigo apresenta uma reflexão sobre conceitos trabalhados por diversos autores, relacionando o acolhimento como possibilidade de mudança no processo de trabalho dos profissionais na Estratégia da Saúde da Família (ESF). O objetivo deste trabalho é discutir conceitos relacionados ao acolhimento enquanto potencializador no processo de trabalho na ESF. A metodologia adotada foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a compreensão do conceito de acolhimento, elaborada a partir da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004) em sintonia com os pensamentos de Merhy (1997), Campos (1994), Cecílio (2001) e Matumoto (1998). O modelo tecno-assistencial de saúde em Defesa da Vida, desenvolvido em Campinas-SP, nos finais dos anos 80, torna-se o precursor do trabalho com acolhimento. Em 2004, a PNH ampliou a proposta de humanização, como política transversal que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, atuando em consenso com a proposta do acolhimento, quando estabelece a organização do trabalho com base em equipes multiprofissionais com atuação transdisciplinar. O acolhimento na ESF vem como possibilidade de reverter essa tendência de modelo ainda médico-centrado e não usuário-centrado (CAMPOS, 2003), como propõe o conceito de acolhimento pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006). Conclui-se que o acolhimento tem sido um grande desafio, pois é importante que não fique restrito ao local da recepção da demanda espontânea. Ao contrário, espera-se que seja entendido como próprio a um regime de afeto, algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como uma passagem para o acolhimento nos processos de saúde e de produção de saúde.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Humanização. Saúde da Família.

Profa. Ms. Claudia Martins Rebello  
Universidade Estácio de Sá  
Médica de Família e Mestre em Saúde da  
Família pela Universidade Estácio de Sá  
cmrebello@gmail.com

Profa. Ms. Fabiana Ferreira Koopmans  
Centro Universitário Augusto Motta  
(UNISUAM)  
Enfermeira de Família e Mestre em  
Ciências da Saúde pela Escola Nacional  
de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz  
(ENSP/FIOCRUZ).  
biasferreira@hotmail.com

Profa. Dra. Valéria Ferreira Romano  
Universidade Federal do Rio de Janeiro  
(UFRJ)  
Médica de Família e Doutora em Saúde  
Coletiva pelo Instituto de Medicina Social -  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro



## ABSTRACT

## THE WELCOMING IN THE PROCESS OF WORKING IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: CONCEPTS ON REFLECTION

This article focuses on concepts worked by several authors, relating the embracement as a possibility of change in the process of working professionals in the Estratégia da Saúde da Família (ESF). The objective of this paper is to discuss concepts related to the embracement while potentiating the work process in the ESF. The methodology adopted was to conduct a literature review on the understanding of the concept of embracement, by the Política Nacional de Humanização (PNH) (BRAZIL, 2004), Merhy (1997), Campos (1994), Cecil (2001), Matumoto (1998). The techno-model health care in Defesa da Vida, developed in Campinas-SP, in the late 80s, became the precursor of the embracement. In 2004, the PNH expanded the proposition of humanization, as transversal policy that crosses different actions and management levels of SUS, acting in agreement with the proposal of the host when establishing the organization of work based on multidisciplinary with disciplinary action. The embracement comes as the ESF possibility of reversing this trend of physician-centered model is still not user-centered (CAMPOS, 2003), and proposes the concept of embracement by the PNH (BRAZIL, 2006). We conclude that the embracement has been a major challenge, it is important not to be restricted to the reception site of spontaneous demand. Rather, it is expected to be understood as itself a regime of affection, something that qualifies a relationship and is therefore liable to be apprehended and worked in any meeting and not just against a particular condition, which is that occurs at the reception. The embracement at the door only win if we understand feeling as a gateway to the health care processes and health production.

**Keywords:** Embracement. Humanization. Family Health.

### 1 INTRODUÇÃO

Este artigo é parte das reflexões de pesquisa sobre acolhimento para a dissertação de Mestrado em Saúde da Família. Apresenta uma reflexão sobre conceitos trabalhados por diversos autores, relacionando o acolhimento como possibilidade de mudança no processo de trabalho dos profissionais na Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Parte do pressuposto em discutir o acolhimento como



possibilidade de mudança do processo de trabalho na ESF, aqui entendido como uma postura ética e política de cumplicidade de uma equipe multiprofissional de saúde em consonância com as necessidades de saúde do usuário.

A Estratégia da Saúde de Família (ESF) apresenta-se como um dispositivo importante na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Estudar o acolhimento remete a reflexões a respeito do processo de trabalho da equipe multiprofissional na troca de saberes, distribuição do poder, compromisso, responsabilização e vínculo com a comunidade em determinado território.

Percebe-se que o modelo atual de atenção à saúde, realizado na prática por muitos profissionais, ainda hegemônico, caracteriza-se por focalizar a doença, estando centrado na assistência médica individual, fragmentada, especializada e direcionada à demanda espontânea.

Na perspectiva de superar esse modelo, a Saúde da Família apresenta-se como uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde no sentido de reorganizar a prática assistencial a partir de novas bases e critérios, caracterizando-se como a principal resposta dos órgãos governamentais para a superação da crise na atenção à saúde, com ênfase na atenção básica.

Nesta direção, o acolhimento deve estar presente desde a recepção do usuário, passando pelo atendimento individual ou coletivo no ambulatório ou no domicílio, nas práticas educativas, na busca de intersetorialidade, até no encaminhamento a outros níveis de atenção por meio de referência e contrarreferência. Pode ser considerado também como uma postura comprometida com a construção do entendimento do processo saúde-doença pelo usuário, com a finalidade que ele participe como sujeito do seu processo de cura.

Uma das grandes questões em relação ao acolhimento é sua diversidade de interpretação e permeabilidade. Assim, sofre influências dependendo dos propósitos e finalidades de cada um dos sujeitos que o coloca em ação, ou seja, depende de sua visão de mundo, sua formação ideológica, técnica, ética e do contexto em que esteja inserido.

Os ruídos, em relação ao estabelecimento das relações interpessoais, e principalmente em relação aos termos do acolhimento, existentes dentro de uma equipe de saúde da família, são inúmeros, principalmente quando não se tem claro um processo de trabalho com um fim único: o de atender às necessidades de saúde da comunidade.

Diante disso, o objetivo deste trabalho é discutir conceitos



relacionados ao acolhimento enquanto potencializador no processo de trabalho na Saúde da Família.

A metodologia adotada foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a compreensão do conceito de acolhimento, elaborada a partir da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) em sintonia com os pensamentos de Merhy (1997), Campos (1994), Cecílio (2001), Matumoto (1998) e outros autores.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

Para apresentação do debate sobre o acolhimento no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família foi utilizado o recurso de temas relevantes, que se desdobram nas subseções a seguir.

### **2.1 O MODELO TECNO-ASSISTENCIAL DE SAÚDE EM DEFESA DA VIDA: UM PRECURSOR DO ACOLHIMENTO**

O modelo tecno-assistencial de saúde em Defesa da Vida, desenvolvido em Campinas-SP, originou-se de um grupo de profissionais de saúde que fundou o Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde - Lapa, nos finais dos anos 80, tornando-se o precursor do trabalho com acolhimento.

Os componentes desse grupo (LAPA) fizeram parte do Movimento Sanitário Nacional desde a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976, que foi criado dentro do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. Na Universidade, viam eles um espaço para construção de um modelo de atenção à saúde que servisse de contraponto ao modelo hegemônico (MEHRY, 1997).

O modelo em Defesa da Vida debruçou-se sobre questões críticas da saúde brasileira, tanto no terreno da saúde pública quanto privada, apontando para a fragilidade do modelo de atenção da década de 70 e a decorrente insegurança dos cidadãos quando a ele recorrem para resolver seus problemas. Isso ocorre, segundo Merhy (1997), porque o modelo vigente estava centrado no médico e no tratamento que, na maioria das vezes, se dá de uma maneira impessoal, objetiva e descompromissada com a história de vida da pessoa.

Para os proponentes desse modelo técnico-assistencial em Defesa da Vida, o cidadão é um sujeito social com direitos de acesso



à saúde, lazer, trabalho, moradia entre outros, abrindo assim a possibilidade de alcançar qualidade de vida (MERHY, 1997).

É importante registrar que o grupo Lapa-Unicamp assessorou a implantação do modelo de acolhimento em algumas cidades brasileiras, tais como: Campinas (SP), Ipatinga (MG), Caxias do Sul (RS), Betim (MG), Belo Horizonte (MG), Sobral (CE) e Chapecó (SC), contribuindo para a humanização na atenção à saúde.

## 2.2 A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE

Segundo estudos de revisão sobre o conceito de humanização, realizados por Casate e Corrêa (2005), existem diferenças significativas no enfoque da humanização presente na produção científica entre as décadas de 1950 a 1980 e os trabalhos da última década.

No primeiro caso (1950 a 1980), segundo os autores Casate e Corrêa (2005), a humanização era entendida em uma “perspectiva caritativa”. O paciente era mostrado como um ser frágil, vulnerável e dependente, que despertava a piedade dos profissionais de saúde. As características dos profissionais, como doçura, compaixão e espírito de caridade, eram valorizadas, além do caráter divino de sua atuação.

Na década de 70, surgiram discussões e lutas sobre os direitos dos pacientes. A primeira declaração de direitos dos pacientes a ser reconhecida pela literatura foi emitida pelo Hospital Mount Sinai, em Boston, nos Estados Unidos, em 1972. O conceito de humanização passou a ser entendido como um princípio vinculado ao paradigma dos direitos humanos, às ideias de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética entre pacientes e profissionais de saúde (CASATE; CORRÊA, 2005).

Nos anos 80, caminhou-se para a valorização dos sujeitos, das relações dialógicas e das trocas solidárias. A humanização veio a representar a possibilidade de uma nova ordem relacional. A prática médica havia se tornado impessoal, gerando a reivindicação de humanização do atendimento em saúde por parte dos movimentos sociais e associações de defesa de direitos de pacientes, sobretudo aqueles de certos grupos mais vulneráveis e/ou organizados, como pacientes idosos, portadores de HIV e de distúrbios mentais (Ibid.).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi criado em 1999, pela Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. O objetivo central



era promover uma mudança na cultura do atendimento na área hospitalar (BRASIL, 2001).

Em 2003, o Ministério da Saúde definiu como uma de suas prioridades a humanização do Sistema Único da Saúde. Nessa época o Programa de Humanização passou a ser subordinado à Secretaria Executiva do Ministério, sendo então denominada Política Nacional de Humanização (PNH), também chamada Humaniza-SUS. A proposta inicial foi ampliada e seu foco deixou de ser apenas no sistema hospitalar, incluindo assim todo o sistema de saúde.

A PNH considera como fundamentais as mudanças nas profundas desigualdades socioeconômicas, nos problemas de acesso ao serviço de saúde, na desvalorização dos trabalhadores de saúde, na precarização das relações de trabalho, no baixo investimento na educação permanente dos trabalhadores de saúde, na pouca participação destes na gestão dos serviços e no frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2003). Podemos perceber que são valorizados os diferentes sujeitos no processo de produção da saúde: os usuários, os trabalhadores e os gestores.

Em 2004 a PNH ampliou a proposta de humanização, como política transversal que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 2007).

Dessa forma constatamos que a PNH está em consenso com a proposta do acolhimento, quando estabelece a organização do trabalho com base em equipes multiprofissionais com atuação transdisciplinar, buscando a construção de trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos.

### **2.3 ACOLHIMENTO E EXPERIÊNCIAS DE ACOLHIMENTO**

Na perspectiva aqui tomada, o acolhimento se configura a partir de um fazer cotidiano, no desafio de resgatar a missão de produção de vida e de saúde, enfim, de qualidade de vida. Assim, se apoia no reconhecimento das relações entre as pessoas no momento de atendimento como uma das questões-chave, e em especial a relação trabalhador-usuário (MATUMOTO, 1998). Entretanto, esta relação trabalhador-usuário vem se construindo histórica e socialmente partindo do olhar sob o poder/saber entre o técnico e o leigo, estabelecendo uma relação de subordinação do segundo pelo primeiro, não reconhecendo e retirando da população o seu saber, criando uma relação de dependência



especialmente do saber médico (MERHY, 1994).

Silva e Bonfim (2005), em seu estudo que analisa a experiência de uma equipe do PSF em um município baiano, buscaram identificar evidências da articulação entre ações e interação entre os profissionais da equipe da saúde da família, com vistas à construção de um projeto assistencial comum. Do ponto de vista da interação, com objetivo da construção de um projeto comum, o autor identificou como aspecto favorável a partilha de algumas decisões referentes à dinâmica da unidade. Por outro lado foi observado que o planejamento das ações concentra-se nos profissionais de nível superior, de forma individualizada, sem a participação dos demais profissionais.

Em outro estudo, Schimith e Lima (2004) observaram o trabalho de uma equipe do PSF em um município do Rio Grande do Sul, buscando identificar o potencial de acolhimento e de construção do vínculo entre profissionais e usuários. Verificou que existem lacunas no acolhimento aos usuários, sobretudo no que se refere à abertura do serviço para a demanda, a responsabilização pelos problemas de saúde da população e ao estímulo à autonomia do usuário. Constatou-se que a produção de vínculo está relacionada somente ao desenvolvimento de atividades clínicas médicas, e o acolhimento é visto somente como atendimento de demanda.

Outros autores, Santos (2007), Chaves dos Santos et al. (2002), Branco (2005) e Cavalcante et al. (2006), constatam que o trabalho nas equipes de saúde da família ainda se mantém organizado por meio de atividades autônomas, no sentido de desarticulação entre as diversas categorias profissionais, o que gera conflitos e tensas relações interpessoais. O atendimento da demanda espontânea expressa esta desarticulação no trabalho: quem ouve primeiro o usuário para saber se é possível agendar a consulta ou decidir pelo atendimento no mesmo dia?

Segundo Franco (2004), na maioria das Unidades Básicas de Saúde sem acolhimento quem faz o primeiro atendimento é a recepcionista, que na maioria das vezes é uma agente administrativa, ficando com grande poder, o de determinar quem entra e quem não entra, ou seja, o acesso das pessoas à assistência fica limitado a ter vaga ou não de consulta médica. Quantos vão embora sem terem sido atendidos em suas necessidades?

Segundo Scholze et al. (2006) o acolhimento deve ser realizado por cada membro da equipe, ouvindo os usuários e oferecendo respostas para suas necessidades. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de uma USF talvez possibilite encaminhar as necessidades mais imediatas da população atendida,



preservando a equidade na atuação do PSF e a organização da demanda na assistência.

Apesar de todo esforço das equipes de Saúde da Família em realizar práticas educativas, as ações de saúde continuam predominantemente individuais e curativas, priorizando a consulta individual, havendo pouco espaço de articulação entre os saberes necessários para a construção do acolhimento (CAMPOS, 2003).

A partir do pressuposto de que o Programa de Saúde da Família é uma possibilidade de construção de cidadania, pode refletir a amplitude do contato direto diário com o sofrimento humano no sentido de estreitamento de vínculos, no entanto, correndo o risco de, contraditoriamente à proposta de humanização/acolhimento nos serviços de saúde, este vínculo pode gerar dependência e medicalização. O grande problema seria que a relação trabalhador-usuário, na prática do PSF, ocorre, geralmente, com pouca troca de saberes, estabelecendo um abismo que afasta o olhar das necessidades de saúde da população (CAMPOS, 2003).

O acolhimento no PSF como possibilidade de reverter essa tendência de modelo ainda médico-centrado e não usuário-centrado (CAMPOS, 2003), como propõe o conceito de acolhimento pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006), tem sido um grande desafio.

Mas, para refletir sobre o acolhimento no PSF como um dispositivo capaz de contribuir para a mudança de um modelo hegemônico médico-centrado para usuário-centrado é preciso também conceituar as principais características do trabalho em saúde.

## 2.4 O TRABALHO EM SAÚDE

O conceito de trabalho vivo em saúde vem de Merhy (1997), quando estuda a micropolítica do trabalho em saúde, e identifica dois componentes, o trabalho morto e o trabalho vivo. O primeiro é o produto do meio como ferramenta ou matéria-prima, sendo o resultado de um trabalho humano realizado em um momento anterior, por exemplo, o formulário, o estetoscópio, os equipamentos de saúde. O trabalho vivo é aquele que está em ação, vai se dando, vai se fazendo no próprio ato pelo trabalhador, dando a ele certa autonomia em sua ação, seu poder de decidir em seu microespaço. Segundo Merhy (1997), o acolhimento é produzido no encontro entre trabalhador e o usuário que ele



chama de espaço intercessor, onde cada uma das partes, o usuário e trabalhador, se colocam com toda sua inteireza, ou seja, suas necessidades, projetos, ansiedades, dores, medos, desejos, sonhos e potencialidades. Nesse espaço intercessor está a potência do trabalho vivo em ato. Isso determina uma característica essencial do trabalho em saúde, a de que ele é relacional.

Para agir nesse espaço intercessor, o trabalhador da saúde lança mão de ferramentas. O autor classifica as ferramentas em tecnologias dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura é composta por equipamentos como o termômetro, estetoscópio, assim como os exames complementares (tomografia, ressonância magnética etc.). A tecnologia leve-dura é a que foi adquirida pelo profissional durante sua formação e no exercício profissional. Por último a tecnologia leve diz respeito à qualidade da relação estabelecida entre o trabalhador e o usuário. Ela permite produzir relações, expressando como resultados a construção ou não de acolhimento, vínculos e responsabilizações.

O trabalho é um meio de vida, que tem sempre uma finalidade para que ele se realize e está ligado ao atendimento à determinada necessidade da pessoa, seja ela de que tipo for. No campo da saúde, segundo Cecílio (2001), as necessidades de saúde do usuário podem ser apreendidas em quatro grandes conjuntos: o primeiro diz respeito a ter boas condições de vida, ou seja, ao modo de levar a vida no trabalho, lazer, moradia e alimentação. O segundo se refere ao acesso a toda tecnologia capaz de melhorar a qualidade de vida. Nesse aspecto, o autor considera que o determinante do uso de cada tecnologia deveria ser definido pela necessidade de cada pessoa, e não por um protocolo de hierarquias dessas tecnologias. O terceiro considera o vínculo entre usuário e equipe e profissional de saúde, vínculo esse que expressa confiabilidade, que representa encontro de duas pessoas, trabalhador de saúde e usuário, numa relação harmônica e calorosa. O quarto e último refere-se à autonomia do sujeito, ou seja, à possibilidade de cada um refazer a sua própria vida buscando a melhoria de sua qualidade de vida.

Atender às necessidades de saúde da população nos moldes propostos implica em um trabalho de equipe multiprofissional, para realizar uma abordagem integral da pessoa, vendo-a em seu contexto socioeconômico e cultural (CECÍLIO, 2001).

Na Estratégia da Saúde da Família espera-se que os profissionais de saúde solicitados possam utilizar seus conhecimentos, experiências, habilidades na assistência direta ao usuário, ultrapassando os limites de um papel muitas vezes



burocrático dentro da equipe, para uma relação mais próxima com o usuário, levando a um crescimento pessoal e profissional, que as trocas interdisciplinares e as trocas com o saber popular podem proporcionar.

### 3 CONCLUSÃO

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com “responsabilidade e resolutividade” (BRASIL, 2006). Por isto é importante que não fique restrito ao local da recepção da demanda espontânea, ao contrário, espera-se que seja entendido como próprio a um regime de afeto (aberto a alterações), algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como uma passagem para o acolhimento nos processos de saúde, de produção de saúde.

A Política Nacional de Humanização indicou, a partir de 2007, que o grande desafio para concretização do acolhimento para humanização da atenção é entender que não só médicos fazem a clínica, mas todos os profissionais de saúde fazem cada um a sua clínica, apresentando como proposta a Clínica Ampliada. A sua proposta é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica lidando com os usuários enquanto sujeitos, buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico.

Uma das diretrizes do acolhimento é buscar a autonomia do usuário, mobilizando neste que saúde não é apenas o resultado de um processo centrado no poder e saber absoluto do médico intervindo na doença, mas que está ligado diretamente a fatores físicos, emocionais, religiosos, econômicos, culturais, ambientais e psicossociais.

Como frisado anteriormente, para a Política Nacional de Humanização, o HumanizaSUS, o acolhimento representa uma proposta de reorientação do processo de trabalho, na qual todos os profissionais de saúde são igualmente importantes e têm sua contribuição a dar para a satisfação das necessidades de saúde



da população. No processo do acolhimento todos os profissionais precisam se expor.

## REFERÊNCIAS

- BRANCO, Z. P. **Elementos socioambientais constitutivos do acolhimento no processo de trabalho em saúde da família.** 2005. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, DF: Ministério da Saúde: 2001. (Série C. Projetos, programas e relatórios, n. 20).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização (PNH). **Humanização da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde - SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos básicos para saúde).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe referência e projeto terapêutico singular 2.** ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos básicos de saúde).
- CAMPOS, G. W. **Saúde e paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.
- CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.
- CAVALCANTE, R. B.; ESPERANÇA, A. C.; MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem,** Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 30-36, jan./mar. 2006.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito



estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

FRANCO, T. B. *et al.* **Acolher Chapecó: uma experiência do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. 230 f.(Dissertação Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

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. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-159.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: \_\_\_\_\_; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

SANTOS, A. M. Conflicting situations in the reception of oral health teams from the Family Health Program in Alagoinhas, Bahia, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SANTOS, D. L. C.; SUPERTI, L.; MACEDO, M. S. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 30-51, 2002.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SCHOLZE, A. S.; ÁVILA L. H.; SILVA, M. M. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 7-12, dez. 2006.

SILVA, I. Z.; BONFIM, L. A. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005.