**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS**
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Fabio Koji Nakai**

# PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE PARA A AMPLIAÇÃO DO ACESSO DOS USUÁRIOS À UNIDADE DA SAÚDE VILA MARIA, MUNICÍPIO BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

**Belo Horizonte – Minas Gerais**
**2020**

**Fábio Koji Nakai**

# PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE PARA A AMPLIAÇÃO DO ACESSO DOS USUÁRIOS À UNIDADE DA SAÚDE VILA MARIA, MUNICÍPIO BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

**Belo Horizonte – Minas Gerais**

**2020**

**Fábio Koji Nakai**

# PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE PARA A AMPLIAÇÃO DO ACESSO DOS USUÁRIOS À UNIDADE DA SAÚDE VILA MARIA, MUNICÍPIO BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em:16/03/ 2020

## DEDICO

Dedico o presente trabalho a todos os professores do curso, ao orientador do trabalho e a todos aqueles que de certa forma contribuíram para a realização deste projeto.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Maria Rizoneide Negreiros de Araújo pela ajuda e incentivo durante a realização do meu trabalho de conclusão de curso.

Agradeço a minha Equipe de Saúde da Família pelo companheirismo e colaboração.

Aos colegas de trabalho e pacientes que participaram e auxiliaram no aprendizado. A minha família pelo apoio e presença.

“O médico que só sabe de medicina, nem de medicina sabe.” (Salazar)

## RESUMO

O acesso é um atributo primordial da atenção básica e um indicador da qualidade no cuidado em saúde. Dessa maneira mudanças organizacionais são necessárias para melhorar o atendimento às pessoas, e diminuir o tempo de espera por um atendimento. A atenção primária à saúde é a porta de entrada e por meio dela as pessoas têm acesso aos serviços do sistema público de saúde. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para ampliar o acesso da população adstrita a equipe de saúde da família Laranja (ESF 4), por meio do acolhimento. Para contribuir na elaboração do plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguintes descritores: Acolhimento, Humanização e Classificação de risco. O plano de intervenção foi elaborado seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Dessa maneira, é de extrema importância trabalharmos para melhorar a acessibilidade, em todos os aspectos, para melhoramos a qualidade do serviço oferecido a população e consequentemente oferecer melhor assistência as pessoas.

Palavras chave: Acesso. Humanização. Classificação de risco.

## ABSTRACT

Acess is a primary attribute of primary care and an indicator of quality in health care, so organizational changes are necessary to improve care for people, and decrease the waiting time for care. Primary health care is the gateway and through it people have access to the services of the public health system. This work aims to develop an intervention plan to expand the access of the population assigned to the family health team Orange (ESF 4), through the welcoming. To contribute to the elaboration of the intervention plan, a bibliographic search was carried out in the databases of the Virtual Health Library to raise the existing evidence on the subject. The bibliographic search was carried out using the following descriptors: Reception, Humanization and Risk classification. The intervention plan was prepared following the steps of Strategic Situational Planning. Thus, it is extremely important to work to improve accessibility, in all aspects, to improve the quality of the service offered to the population and, consequently, offer better assistance to people.

Keywords: Access. Humanization. Risk rating.

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS | Ministério da Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

# LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 4, Unidade Básica de Saúde Vila Maria, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais 17

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ampliação do acesso por meio do acolhimento”, no território sob responsabilidade da Equipe Laranja de Saúde da Família, bairro Vila Maria, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais 31

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ampliação do acesso por meio do acolhimento”, no território sob responsabilidade da Equipe Laranja de Saúde da Família, bairro Vila Maria, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais 32

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ampliação do acesso por meio do acolhimento”, no território sob responsabilidade da Equipe Laranja de Saúde da Família, bairro Vila Maria, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais 33

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO** 12

1.1 Aspectos gerais do município 12

1.2 Aspectos da comunidade 13

1.3 O sistema municipal de saúde 13

1.4 A Unidade Básica de Saúde Vila Maria 14

1.5 A Equipe de Saúde da Família 4, Unidade Básica de Saúde Vila Maria 14

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 4. 14

1.7 O dia a dia da equipe 4. 15

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) 16

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) 17

**2 JUSTIFICATIVA** **19**

**3 OBJETIVOS** **20**

3.1 Geral 20

3.2 Específicos 20

**4 METODOLOGIA** **21**

**5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA** **22**

**6 PLANO DE INTERVENÇÃO** **29**

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) 29

6.2 Explicação do problema (quarto passo) 29

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) 30

6.4 Desenho das operações (sexto passo) 30

**7 CONSIDERAÇÕES FINAIS** **34**

**REFERÊNCIAS** **35**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Aspectos gerais do município

Belo Horizonte é a capital do Estado de Minas Gerais. Assim, é notável toda sua representatividade político, econômica, social e cultural. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE, 2019) Belo Horizonte tem uma população estimada em 2.501.576 habitantes. Está localizada na região central do Estado e pelas suas características de metrópole é de uma rica diversidade de pessoas, de serviços, espaços de convivência, centros políticos e tudo que se refere a uma cidade de grande porte.

Conta com importantes monumentos, parques e museus, como o Museu de Arte da Pampulha, o Museu de Artes e Ofícios, o Museu de Ciências Naturais da PUC Minas, o Circuito Cultural Praça da Liberdade, o Conjunto Arquitetônico da Pampulha, o Mercado Central e a Savassi, e eventos de grande repercussão, como o Festival Internacional de Teatro, Palco e Rua (FIT-BH), Festival Internacional de Curtas e o Encontro Internacional de Literaturas em Língua Portuguesa.

De acordo com dados do Índice de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2016), Belo Horizonte é a quinta capital estadual mais violenta do país, segundo o estudo "Mapa da Violência dos municípios brasileiros", publicado pela Rede de Informação Tecnológica Latino Americana, com base nos dados do Ministério da Saúde de 2008. Em 2016, o salário médio mensal era de 3.5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 53,1%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 27,8% da população nessas condições.

A cidade é a quarta mais rica do Brasil com 1,54% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, atrás de São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília, respectivamente. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013 seu PIB somou R$ 81.426.708.267,07 o que equivale a aproximadamente 16,7% de toda produção de bens e serviços do estado (IBGE, 2013).

Apresenta 96,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 82,7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 44,2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2013).

## 1.2 Aspectos da comunidade

A equipe Laranja, também conhecida como equipe quatro, realiza suas atividades no Centro de Saúde Vila Maria, localizado no bairro Jardim Vitória, pertencente ao distrito sanitário Nordeste, pois a cidade com um total de sete distritos sanitários. O centro de saúde foi construído inicialmente para o atendimento dos moradores da comunidade Vila Maria, uma área de ocupação, dentro do bairro Jardim Vitória. Com o passar dos anos e aumento da população no território foram criadas mais equipes e atualmente cinco equipes de saúde convivem no mesmo espaço físico. A área é considerada de alta vulnerabilidade social.

Dentro do território há uma enorme heterogeneidade de famílias, pessoas e valores, pois com o aumento da população e a construção de habitações populares, houve uma migração de um contingente expressivo de pessoas. A equipe 4 foi criada para atender essa parte da população considerada nova ou recente no local. A equipe praticamente começou o atendimento conjuntamente com a mudança das pessoas para o território há cinco anos, portanto é uma equipe nova e em construção.

## 1.2 O sistema municipal de saúde

Belo Horizonte dispõe de um total de 36 hospitais, sendo um municipal, dois federais, sete estaduais e o restante filantrópicos e privados. Há cerca de 5.500 leitos na capital (3,2 leitos por mil habitante) e a rede conta com 141 Unidades Básicas de Saúde e 150 ambulatórios e 507 equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que dão cobertura a 76% da população da capital.

## 1.4 A Unidade Básica de Saúde Vila Maria

A Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada dentro da comunidade Vila Maria, é de fácil acesso e conta com cinco equipes dentro do mesmo espaço físico.

A UBS funciona de segunda a sexta feira de 7h às 18h. A estrutura física é constituída de dois pavimentos contando com 11 consultórios, consultório odontológico, sala de zoonoses, espaço multiuso, recepção, duas salas de espera, sala de observação, sala de vacina, sala de coleta, de curativos, cozinha e dois banheiros. Há corrimão nas escadas, rampas de acesso e um elevador.

Apesar do tamanho da instalação a mesma é insuficiente pois fora construída para comportar apenas três equipes, e com o aumento demográfico passou a contar com cinco equipes. Assim é consenso entre governo, profissionais e comunidade a necessidade da construção de outra unidade para a divisão do território.

## 1.5 A Equipe de Saúde da Família 4, da Unidade Básica de Saúde Vila Maria

Contamos hoje, com médico, enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitárias de Saúde (ACS), um cirurgião dentista e uma técnica de saúde bucal.

## 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe

No momento de abertura da unidade, os usuários dirigem-se para os setores de seu interesse. Os pacientes que buscam a unidade por demanda espontânea em sua maioria procuram a recepção para atendimentos de quadros agudos, e são classificados por grau de risco pelo protocolo de Manchester, entretanto como a maioria é classificada com o mesmo grau, os atendimentos dos quadros agudos são praticamente agendados por ordem de chegada. Este momento também é um horário de alta demanda, pois é o horário preferencial da coleta de material em virtude da exigência de jejum para realização dos exames. Dessa forma, percebe-se que no horário de abertura prioriza-se o atendimento a casos agudos e coleta de material

para exames, e dependendo do dia da semana é realizado o “acolhimento por equipe” que nada mais é que a escuta da demanda dos pacientes e direcionamento dos mesmos para atendimento ou marcação de consultas, renovação de receitas ou qualquer que seja a necessidade apresentada..

Ao longo do dia as pessoas procuram a unidade para consultas agendadas, busca de medicamentos ou insumos, aplicação de medicamentos ou procedimentos, agendamentos de consultas especializadas ou exames solicitados, práticas de oficinas ou Lian gong, atendimentos em grupo, atendimentos por profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), cadastro, entre outros serviços. O atendimento às condições agudas acontece ao longo do dia, sempre com um profissional de referência para urgências (pacientes classificados pela cor amarela, laranja ou vermelha) e estes casos sempre serão atendidos como prioridade. Vale ressaltar que, a maioria dos casos é encaminhado para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pois são classificados como Azul ou Verde e a grande maioria das vagas foi ocupada no momento da abertura da unidade e com isso, muitos usuários deixam a unidade sem atendimento pois não há atendimento a demanda espontânea diariamente para todas as equipes, e dessa forma, gera insatisfação para algumas pessoas.

## 1.7 O dia a dia da equipe 4

O tempo da equipe laranja divide-se em atendimentos à demanda espontânea e a demanda programada. Estimulamos sempre o acolhimento às pessoas da equipe a qualquer momento que solicitados. De modo geral, há três portas de entrada para acesso aos profissionais. A primeira delas é o momento de escuta da equipe que acontece duas vezes por semana sendo, duas horas na parte da manhã de segunda feira e duas horas no turno da tarde nas sextas feiras. Esse momento é utilizado para acolhermos e ouvir as necessidades dos pacientes e direcioná-los de acordo com as mesmas. A segunda são as consultas programadas que visam atender os principais grupos de risco, ou as condições de saúde crônicas. E a terceira e última é o atendimento aos quadros agudos que possuem horário e escalas próprias e realizam atendimento e triagem dos quadros em todo período de funcionamento da unidade de saúde.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Dentre os principais problemas referente ao sistema municipal de saúde podemos citar o enorme contingente de pacientes que necessitam de avaliações e procedimentos, após diagnosticadas as enfermidades, nos níveis de atenção secundários e terciários. Além disso, pelo fato da cidade ser considerada referência no Estado, absorve uma quantidade expressiva de pacientes de outras regiões. Como esses problemas dependem de medidas administrativas no âmbito político pouco podemos atuar na solução dos mesmos, entretanto trabalhamos com um programa informatizado e alimentamos a base de dados para que no futuro medidas sejam tomadas.

Dentre os problemas no processo de trabalho da unidade de saúde destaca-se o fato de contarmos com cinco equipes dentro do mesmo estabelecimento acarretando certa interdependência entre elas; assim, a modificação no processo de trabalho de cada equipe deve respeitar a estrutura organizacional padronizada existente. Nessa estrutura citada, ocupa-se grande parte da jornada de trabalho ao atendimento das condições agudas, sendo que os profissionais fornecem o atendimento a qualquer cidadão independente da equipe que esteja vinculado. Como o tempo ofertado para “o acolhimento dos usuários pela equipe” é reduzida muitas das vezes as pessoas que procuram espontaneamente a unidade sem queixas ou com queixas consideradas brandas deixa de ser atendida, pois o número de vagas é limitado de acordo com a escala de atendimento aos quadros agudos.

Outra questão identificada como problema foi a falta de um gerente local para administrar questões burocráticas e de pessoal. Para uma UBS que conta com cinco equipes, mais de 60 funcionários diretos e indiretos e uma área abrangência com mais de 22 mil pessoas e em sua maioria dependentes do sistema público de saúde, faz-se necessária a presença desse profissional. As UBS do município em sua maioria contam com um gerente local para administrar o funcionamento e o trabalho de todos. A última gerente retirou-se do cargo em janeiro deste ano e somente no mês passado um novo gerente foi selecionado. E vale ressaltar que, o novo gestor já trabalhava

como enfermeiro de uma das equipes de saúde e possui conhecimento a respeito dos problemas e das dificuldades enfrentadas no dia a dia das equipes de saúde.

## 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Durante reunião de equipe realizada no dia 1/11/2018 foi elaborado um quadro para definir e priorizar as ações.

**Quadro 1 -** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 4, Unidade Básica de Saúde Vila Maria, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

| Principais Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção**** |
|---|---|---|---|---|
| Ampliação do acesso por meio do acolhimento | Alta | 8 | Total | 1 |
| Cadastramento dos usuários | Alta | 7 | Total | 2 |
| Falta de um Gerente no Centro de Saúde | Alta | 6 | Parcial | 3 |
| Comunicação/Divulgação | Alta | 5 | Total | 4 |
| Condições de saneamento, infraestrutura e serviços | Média | 3 | Fora | 6 |
| Infraestrutura da unidade | Média | 2 | Fora | 7 |
| Consultas especializadas | Média | 1 | Fora | 8 |

Fonte: próprio autor
*Alta, média ou baixa
** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30
***Total, parcial ou fora
****Ordenar considerando os três itens

A equipe de saúde da família Laranja (ESF 4), foi criada há cerca de quatro anos a partir da chegada de novos moradores na região da Unidade de Saúde contemplados pelo programa de habitação popular Minha Casa Minha Vida (MCMV). É considerada uma equipe relativamente nova em todos aspectos. O território divide-se em uma área de ocupação as margens da BR 381, e uma segunda área onde localizam-se as edificações prediais residenciais do programa MCMV. Neste último território concentra-se a população considerada recente e ainda em formação da ESF 4. São no total quatro complexos residenciais: Residencial Esplêndido, Canários, Beija flor,

Oliveira. Atualmente há no cadastro oficial 2199 pessoas, e conclui-se que há um contingente de pessoas ainda não cadastradas na ESF se avaliarmos o número de habitações construídas e ocupadas por seus proprietários ou inquilinos.

A partir disso, discutimos a importância da ampliação do cadastro ao máximo de pessoas possíveis para ampliar o diagnóstico situacional e identificar os pacientes e suas famílias do território. Um dos problemas levantados é a ausência dos moradores da residência no momento das visitas, principalmente, devido ao horário comercial.

Outra questão é a recém contratação das agentes comunitários de saúde (ACS). Atualmente estamos com a equipe completa há cerca de 3 meses. Outro ponto que pode ser melhorado é a comunicação com os síndicos, considerados por nós os “informantes- chaves”.

No nosso ponto de vista, é um problema possível de solução com esforço e divulgação da importância do cadastro e acesso facilitado ao serviço público de saúde. Ainda assim, consideramos pouco, diante dos outros problemas listados, pois é de extrema importância ampliar o acesso das pessoas e otimizar a presença dos usuários dentro da unidade de saúde. O acesso ampliado permite maior resolutividade e aumento do vínculo das pessoas com a equipe. Assim decidimos por priorizar a ampliação do acesso por meio do acolhimento diário, ao mesmo tempo que, elaboraremos junto as agentes comunitárias de saúde um trabalho para aumento do número de pessoas cadastradas.

Outro problema identificado foi o número de consultas com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e com isso iniciamos as discussões para melhora da comunicação e contrarreferência dos casos para manejo na ESF e com isso proporcionar o atendimento para um maior número de pessoas. Já o restante dos problemas identificados está na esfera governamental e fora da capacidade de enfrentamento pela ESF. As condições de saneamento, infraestrutura e serviços no território, assim como a estrutura da unidade de saúde dependem de investimento financeiro do município. E não é diferente para o aumento de ofertas de consultas especializadas que depende de contratação de pessoal, concurso ou parcerias com outras empresas.

## 2 JUSTIFICATIVA

Na UBS Vila Maria observa-se que um contingente relevante de pessoas que deixa a unidade sem que seus problemas de saúde ou demandas sejam solucionados. Frequentemente, os pacientes que se apresentam por demanda espontaneamente sem queixas clinicas são orientados a retornar no dia de “acolhimento” da equipe.

Esse “acolhimento” é o momento dedicado na agenda da equipe, duas vezes por semana, para a realização da escuta aos usuários da equipe laranja. Durante esse período qualquer demanda é respondida, porém nem sempre solucionado o problema. Realiza-se a renovação de receitas, cadastro dos usuários, agendamentos de consultas com médicos, enfermeiros ou cirurgião dentista, atendimento a condições agudas e crônicas, assim como toda e qualquer demanda levantada e relevante à atenção à saúde.

Percebe-se que esse momento de escuta é de extrema relevância e pouco valorizado, tendo em vista o pouco tempo dedicado semanalmente (quatro horas). Dessa forma, decidimos trabalhar ativamente com o intuito de implantar o “acolhimento” diário da equipe 4, a fim de ampliar o acesso da comunidade. O cadastro das famílias é também um problema a ser enfrentado para que possamos organizar o processo de trabalho da equipe.

# 3 OBJETIVOS

## 3.1 Geral

Elaborar um plano de intervenção para ampliar o acesso da população adstrita à equipe de saúde da família Laranja (ESF 4), por meio do acolhimento.

## 3.2 Específicos

Reduzir o tempo de espera dos usuários que buscam atendimento na unidade básica de saúde, por meio do acolhimento.

Ampliar o cadastro das famílias para propiciar a elaboração da programação do trabalho da equipe de saúde da família Laranja (ESF 4).

## 4 METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizado o diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida quando foi possível levantar os principais problemas existentes na área de abrangência da equipe de saúde da família 4. A seguir procedeu-se a priorização dos problemas levantados tendo como marco referencial a capacidade e enfrentamento dos mesmos pela equipe. Priorizou-se a implantação diária do acolhimento e também o cadastramento da população adscrita.

Para contribuir na elaboração do plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Acolhimento.

Humanização.

Classificação de risco.

O plano de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional, conforme discutido por Faria, Campos e Santos (2018).

# 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## 5.1 Acolhimento

Marques *et al*. (2018) avaliaram a infraestrutura das unidades básicas de saúde assim como a acessibilidade para deficientes físicos, as barreiras arquitetônicas demonstrando a precariedade dos estabelecimentos de saúde em uma cidade no Estado do Ceará e a necessidade de melhoria.

Pesquisa realizada por Fortuna *et al.* (2017), com o objetivo de analisar as relações entre profissionais e destes com gestores e usuários a partir do analisador acolhimento demonstrou por meio de sessões em grupos a indiferença e o não envolvimento dos médicos ainda que eles detivessem a palavra final. A equipe de enfermagem era responsável pela negociação entre usuários e médicos. Já o serviço de recepção basicamente preocupava-se em atender a demanda e repassá-la a enfermagem. Enquanto os gestores esperavam evitar reclamações dos usuários.

Em artigo publicado por Garuzi *et al*. (2014) fizeram uma revisão integrativa a respeito do acolhimento ao usuário no Programa Saúde da Família. Foram pesquisadas as seguintes bases de dados: LILACS, SciELO e MEDLINE, entre 2006 e 2010. Identificaram-se 21 artigos que atendem aos critérios de inclusão, todos os quais descrevem estudos realizados no Brasil. Concluiu-se que o acolhimento é capaz de criar um vínculo entre os profissionais e os usuários. Além disso, promove o autocuidado, uma melhor compreensão da doença e a corresponsabilidade do usuário pelo tratamento. No entanto, a perspectiva dos usuários de saúde em relação ao acolhimento merece mais atenção e deve ser o foco de estudos no futuro.

Estudo relevante realizado na cidade de Salvador por Lopes *et al*. (2014), abordava o tema “Acolhimento: quando o usuário bate à porta”, analisou a perspectiva do usuário sobre o acolhimento e colheu o depoimento de 12 pessoas. Percebe-se que apesar de todas vantagens como estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, promoção do autocuidado, permitir melhor compreensão da doença e a corresponsabilidade do usuário pelo tratamento. A perspectiva dos usuários de saúde em relação ao acolhimento merece mais atenção e deve ser o foco de estudos futuros.

De acordo com pesquisa qualitativa realizada por Arruda e Silva (2012) com objetivo de avaliar o acolhimento e o vínculo na prática da humanização dos cuidados de enfermagem às pessoas com Diabetes Mellitus em um serviço ambulatorial público, a maioria dos usuários ficou satisfeita com o serviço prestado e destacou seus pontos fortes, como resolução, humanização e solidariedade. Os pontos fracos revelados pelas entrevistas foram relacionados à demanda acumulada, área física deficiente e não participação.

Tesser, Poli Neto, Campos (2010), no artigo “Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família”, discutem a relação entre a prática do acolhimento na atenção primária e o processo de medicalização social. Propõe uma mudança fundamental nas propostas de Acolhimento com ações programadas e atividades coletivas, e modalidades de gestão participativa. Tendo em vista que a pressão da demanda espontânea, em geral, acaba em atendimento médico. Os usuários assim o desejam, muita vez, os técnicos e enfermeiras não têm alternativa, afinal é do médico a maior responsabilidade de diagnóstico e terapêutica.

Sugere-se reflexão continuada sobre a relação entre Acolhimento e medicalização com uso de tecnologias leves e empoderamento dos diversos profissionais da atenção primária à saúde.

O artigo “Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários” discorre sobre o Plano Nacional de Humanização e o acolhimento aos seus "modos de fazer". O acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário. E a partir disso, discute-se a disparidade advinda: “entre a expectativa de um acolhimento ideal e a experiência frustrante da falta de acesso e da precariedade do atendimento que resulta em experiências excludente” (BREHMER; VERDI, 2010).

Monteiro, Figueiredo, Machado (2009), no estudo com o título “Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde”, evidencia que a formação do vínculo acontece de forma lenta e gradual sendo que a confiança, o compromisso, o respeito, a empatia e a organização do serviço são elementos indispensáveis para que haja a formação do vínculo. Dessa forma o

> vínculo é fundamental no serviço de saúde, pois propicia ao usuário exercer seu papel de cidadão, conferindo-lhe maior autonomia no que diz respeito a sua saúde, tendo seus direitos de fala, argumentação e escolha respeitados, e permitindo ao profissional conhecer o usuário para que colabore com a integração deste na manutenção de sua saúde e redução dos agravos (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 363).

Franco, Bueno, Merhy (1999) em trabalho realizado no município de Betim no ano de 1996 intitulado “O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil” relatam uma experiência de inversão do modelo tecno-assistencial para a saúde, tendo como base a diretriz operacional do acolhimento. Antes do acolhimento o processo de trabalho era o tradicionalmente conhecido, centrado na figura e no saber do médico para o atendimento aos usuários. Por meio da investigação realizada, foi possível observar um aumento significativo do rendimento profissional, dos servidores não-médicos, que passaram a atuar na assistência após a mudança no modelo de atendimento; e esse elevado rendimento profissional determinou, por consequência, maior oferta e aumento da acessibilidade aos serviços de saúde.

## 5.2 Humanização

Em revisão sistemática publicada por Tripodi *et al*. (2019), a respeito da importância do cuidado humanizado em serviços de pediatria demonstrou-se os efeitos benéfico em vários aspectos durante a internação com foco não só na criança como também na sua família.

Santos *et al.* (2018), em trabalho divulgado na revista brasileira de enfermagem, fizeram uma revisão sobre a percepção dos estudantes de enfermagem sobre o atendimento e cuidado humanizado. Constataram que, apesar da ampla divulgação sobre o Plano Nacional de Humanização, o mesmo ainda é mitigado nas faculdades e acaba sendo postergado e assimilado principalmente durante a prática efetiva da profissão.

Estudo realizado por Rocha *et al.* (2018), com 20 cuidadores familiares de pacientes internados em uma unidade paliativa oncológica, abordou as necessidades espirituais dos cuidadores por meio de entrevista. Perceberam que os cuidadores se apropriam da espiritualidade como estratégia de enfrentamento daquele momento. Dessa forma,

torna-se profícuo que o enfermeiro contemple as necessidades espirituais do cuidador no sentido de prestar uma assistência pautada na humanização.

Estudo exploratório-descritivo qualitativo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva em um grande hospital de Porto Alegre avaliou a percepção dos familiares dos pacientes e dos profissionais de saúde sobre Humanização. Apesar dos resultados distintos foi possível perceber a importância e necessidade de melhoria da comunicação para aprimoramento de práticas assistências humanizadoras em Unidades de Terapia Intensiva (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

Em trabalho realizado por Botti *et al*. (2017), intitulado, “Caminhos clínicos em paciente com Leucemia Mieloide Crônica: O Projeto Euriclea”. O projeto com esses pacientes é focado no cuidado humanizado empoderamento e participação dessas pessoas o que implicou na melhoria dos resultados em virtude da melhor aderência ao tratamento e um maior engajamento do paciente em relação ao seu cuidado.

Oliveira *et al.* (2017) avaliaram a percepção dos profissionais na assistência ao parto normal em duas maternidades públicas de Goiânia comparando-se as rotinas e práticas de cada serviço. Aplicaram questionário sobre o programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde. Quando comparadas as duas, naquela maternidade que foi criada como modelo de humanização, a rotina se enquadra mais às recomendações da OMS. Enquanto na segunda, foi observado uma série de intervenções consideradas pela OMS como ineficazes ou utilizadas de forma inadequada.

Para Artioli, Foà, Taffurelli (2016), o novo modelo centrado na pessoa representa um novo paradigma de saúde. Essa abordagem, baseada na compreensão holística, no diálogo hermenêutico e em um alto grau de habilidade narrativa, produz diferentes maneiras de entender e oferecer cura, cuidado e assistência. Isso poderia permitir uma avaliação direcionada, um diagnóstico preciso e uma educação personalizada. Os benefícios advindos do uso desse paradigma são vários, como por exemplo, disseminar uma experiência pessoal em uma perspectiva de humanização, melhorar a qualidade de vida e criar efeitos positivos nos resultados do atendimento ao paciente.

Reis *et al*. (2013) avaliaram a percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica realizado em um hospital do sul do Brasil. Participaram, do estudo, 11 integrantes da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica do hospital. Identificaram que a compreensão da equipe de enfermagem sobre humanização pauta-se na própria ciência do cuidado de enfermagem, e não especificamente na Política Nacional de Humanização.

A percepção dos acompanhantes sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal foi avaliada por Spir *et al*. (2011). Trata-se de uma pesquisa desenvolvida na unidade neonatal do Hospital da Universidade de São Paulo com as acompanhantes dos bebês que permaneceram internados a partir do quinto dia de vida até a alta hospitalar entre os meses de outubro de 2007 a janeiro de 2008. Os autores da pesquisa constataram satisfação dos acompanhantes quanto à assistência recebida e ao apoio da equipe, mas foram apontadas necessidades de mudanças na estrutura física do setor, para proporcionar uma assistência mais humanizada, o que é uma realidade em diversos serviços.

Pedroso, Sousa, Salles (2011), estudaram a percepção de nutricionistas para o atendimento humanizado no ambiente hospitalar. A pesquisa envolveu treze nutricionistas, que foram divididas em dois grupos de acordo com o tempo de serviço, seguindo critérios de homogeneidade. O estudo revelou que há priorização do atendimento individualizado em função do número de leitos e de atividades burocráticas, falta de autonomia em relação à prescrição de dietas, dificuldades de interação com outros profissionais de saúde e entre as nutricionistas das áreas clínica e produção de refeições. Diante do exposto, a pesquisa poderá no futuro colaborar na elaboração de um atendimento global do paciente e acompanhamento nutricional mais qualificado para todos.

Trabalho de Silva, Barbieri, Fustinoni (2011) objetivou compreender as vivências e experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. Os dados foram coletados em um hospital da cidade de São Paulo, onde foram entrevistadas oito puérperas. Embora o estudo tenha sido realizado em um modelo assistencial considerado humanizado, as experiências das puérperas revelaram que ainda se distanciam de uma efetiva humanização. De acordo com o estudo, isto se deva à baixa

qualidade da assistência pré-natal, centrada na obstetrícia tradicional, também à desarticulação entre os serviços de saúde e às resistências existentes de poder e saber entre os profissionais, que impedem uma mudança no modo de ver a parturiente e individualização do cuidado a partir de seu conhecimento, para que seja efetivada a humanização da assistência ao parto com maior participação da mulher, dos seus acompanhantes ou dos familiares. Diante disso, a importância na realização de ações educativas e promoção do conhecimento, assim, faz-se necessário um curso de preparação para o parto voltado à humanização da assistência e nas experiências das mulheres, e que consiga desenvolver o exercício da cidadania.

Pesquisa realizada por Teixeira e Pereira (2006) procurou estudar aspectos das experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT que pariram em um ambiente hospitalar. Identificaram-se inúmeros problemas relatados pelas mulheres entrevistadas e a necessidade de se melhorar a qualidade da assistência ofertada pelos profissionais nos hospitais públicos e nos conveniados pelo SUS, para que mantenham um relacionamento mais humano e integral. As formas como as práticas são conduzidas dentro dos serviços, revelaram profissionais que desenvolvem as atividades de forma técnica. Ficaram evidentes que as relações sociais dentro desse ambiente foram desiguais, sem uma comunicação verbal, uso de terminologias técnicas, o que reforça a ausência de participação das mães no que é talvez o mais delicado e importante momento de suas vidas.

Medina e Backes (2002) realizaram pesquisa com 15 pacientes cirúrgicos internados em um hospital de Santa Maria no Rio Grande do Sul com intuito de avaliar as vantagens do atendimento humanizado. No acompanhamento pré-operatório procurou-se identificar e reduzir os fatores responsáveis pela ansiedade, medo e desconforto causados pela iminência do ato cirúrgico. A empatia aliada a comunicação verbal e não verbal, com paciente e os familiares permitiram uma assistência de enfermagem diferenciada, com maior apoio e presença, orientação e reflexão e segurança e conforto ao cliente compareceu.

## 5.3 Classificação de risco

Estudo de Souza *et al.* (2018) teve como objetivo analisar a confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester para determinar o grau de prioridade de pacientes em serviços de urgência e para isso contou com uma amostra de 361 enfermeiros. Os

dados foram coletados e os questionários aplicados utilizando software eletrônico com profissionais de 21 Estados do país. A concordância foi mensurada pela avaliação de casos clínicos sendo que os desfechos avaliados foram: concordância com o padrão ouro e intraobservadores na indicação do fluxograma, discriminador e nível de risco. Demonstraram que, a confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester variou de moderada a substancial e foi influenciada pela experiência clínica do enfermeiro. Evidenciar que o protocolo é seguro para definição dos casos prioritários mesmo utilizando diferentes fluxogramas de classificação.

Pesquisa realizada por Silva *et al*. (2016) procurou avaliar o grau de satisfação dos pacientes no setor de Acolhimento com Classificação de Risco do Pronto-Socorro Adulto de um hospital público. Foram entrevistados 300 usuários e os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. As variáveis relacionadas à satisfação do paciente com o cuidado prestado foram: tempo de espera, equipe de saúde (cortesia, respeito, interesse e confiança), vestuário prestado pelo serviço de saúde, atendimento prestado e ambiente físico (sinalização, conforto e limpeza). A maioria dos entrevistados respondeu estar satisfeito em relação aos itens: agilidade no atendimento; acolhimento; confiança; ambiente, humanização (educação, respeito e interesse); agilidade no encaminhamento/agendamento de consulta e expectativa sobre o serviço. Verificaram elevado grau de satisfação dos usuários, evidenciada pela forte associação da satisfação do usuário com os itens investigados.

A revisão bibliográfica demonstrou a importância do acolhimento humanizado com classificação de risco, possibilita uma maior aproximação do cidadão com os profissionais de saúde e propicia satisfação com o atendimento realizado e confiança com o trabalho dos profissionais de saúde.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O Plano de intervenção direcionado para o principal problema identificado no quadro 1 refere-se à “ampliação do acesso por meio do acolhimento”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

Outros problemas foram levantados e classificados como menos prioridades, entre eles: ampliação do cadastro, ausência de um gerente local, comunicação e divulgação das ações ofertadas, condições de saneamento e serviços para a comunidade, infraestrutura da unidade de saúde e a baixa oferta de consultas especializadas.

Na Equipe Laranja, do Centro de saúde Vila Maria, o problema “ampliação do acesso por meio do acolhimento” foi selecionado como prioridade 1. Uma vez definidos os problemas e a prioridade de intervenção pela equipe (primeiro e segundo passos), a próxima etapa foi a descrição do problema selecionado.

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O acesso ampliado por meio do acolhimento caracteriza a porta de entrada do usuário aos serviços públicos de saúde, que é o momento do primeiro contato do paciente com sua equipe de saúde. Estudos e trabalhos recentes mostram que o acesso ampliado por meio do acolhimento acarreta maior vínculo entre o usuário e equipe, maior satisfação das pessoas, maior resolutividade dos quadros clínicos e menor tempo de espera por uma consulta. Com a limitação do acesso muitas demandas deixam de ser solucionadas e acabam sendo postergadas para outro momento.

### 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Frequentemente, os pacientes apresentam demandas espontaneamente sem queixas clinicas e são orientados a retornar no dia de “acolhimento” da equipe. Esse “acolhimento” é o momento dedicado na agenda da equipe duas vezes por semana para a realização da escuta aos usuários da equipe 4 (Laranja).

Percebe-se que esse momento de escuta é de extrema relevância e pouco valorizado, tendo em vista o pouco tempo dedicado semanalmente (quatro horas). Dessa forma, decidimos a trabalhar ativamente com o intuito de implantar o “acolhimento” diário da equipe 4 a fim de ampliar o acesso da comunidade ao serviço de saúde.

Para entendermos o motivo do tempo reduzido no tempo de acolhimento das equipes devemos conhecer o perfil da população dentro do território, a motivação da gerência local e dos profissionais, a estrutura organizacional das unidades e o processo de trabalho na unidade.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os principais nós críticos identificados foram os seguintes:

- Perfil da população local, cultura da comunidade; que utiliza os serviços do centro de saúde na maior parte das vezes diante de quadros estabelecidos em detrimento das atividades de prevenção de doenças, com uma visão centrada na figura do médico.
- Motivação da gerência local; em virtude da dificuldade do processo de mudança cultural dentro de uma comunidade extremamente carente em diversos aspectos, onde as mudanças devem acontecer sem limitar o atendimento ao público;
- Estrutura organizacional e processo de trabalho já implantado e arraigado assim como motivação dos profissionais envolvidos.

6.4 Desenho das operações sobre os nós críticos (sexto passo)

A Equipe 4 propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

Os quadros 2, 3 e 4 possibilitam uma visualização dos nós críticos e as atividades propostas.

Portanto, quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada problema selecionado como “nó crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos).

**Quadro 2** - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ampliação do acesso por meio do acolhimento”, no território sob responsabilidade da Equipe Laranja de Saúde da Família, bairro Vila Maria, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

| Nó Crítico 1 | Cultura da comunidade local |
|---|---|
| Operação | Modificar hábitos |
| Projeto/ resultados esperados | **+ Saúde:** A população reconheça as atividades das equipes dentro do centro de saúde, e conscientize-se dos horários de acolhimento de cada equipe. |
| Produtos esperados | Acolhimento diário realizado pela equipe de saúde na presença de todos os profissionais em horário definido. |
| Recursos necessários | **Cognitivo:** informação e conhecimento, humanização no atendimento.<br>**Político:** articulação entre os setores e adesão dos profissionais; alinhamento com a gerência.<br>**Organizacionais:** elaboração de agenda específica. |
| Recursos críticos | **Político:** articulação entre os setores e adesão dos profissionais; alinhamento com a gerenciada UBS. |
| Controle dos recursos crítico (atores/motivação) | Equipe de saúde da Família (favorável); |
| Ações estratégicas para a viabilidade | Reuniões intersetoriais (Equipe de saúde da família, gerencia local, gerencia regional, comunidade); |
| Prazo | Não estabelecido. |
| Responsáveis pelo acompanhamento das ações | Equipe de Saúde da Família e gerente local. |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Nível de satisfação da clientela, produção, tempo de espera por uma consulta, resolutividade de quadros agudos durante acolhimento, consultas de pacientes crônicos agendadas no acolhimento, |

Fonte: elaborado pelos autores 2019

**Quadro 3** - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ampliação do acesso por meio do acolhimento”, no território sob responsabilidade da Equipe Laranja de Saúde da Família, bairro Vila Maria, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

| Nó Crítico 2 | Motivação da gerência |
|---|---|
| Operação | Discussões a respeito das vantagens do acolhimento ampliado e da agenda aberta. |
| Projeto/ resultados esperados | **Piloto equipe 4.** Acolhimento diário da equipe com aumento da produtividade, resolutividades, melhoria nos cuidados, e consequente melhoria na qualidade do atendimento ofertado. |
| Produtos esperados | Motivação favorável da gerência local e expansão para as outras equipes lotadas na UBS |
| Recursos necessários | **Cognitivo:** conhecimento a respeito das vantagens do acesso avançado, capacidade de enfrentamento diante das adversidades encontradas.<br>**Político**: alinhamento com distrito regional.<br>**Financeiro:** não há.<br>**Organizacional:** modificação na agenda da equipe 4; |
| Recursos críticos | **Político:** alinhamento com distrito regional. |
| Controle dos recursos críticos (atores/motivação) | Gerente local (favorável); |
| Ações estratégicas para a viabilidade | Reunião entre a Equipe laranja, gerente local e representante comunitário. |
| Prazo | Não estabelecido. |
| Responsáveis pelo acompanhamento das ações | Equipe de Saúde da família e gerência local; |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Discussão com gerência local a respeito e levantamentos de dados de produção a fim de justificar a decisão compartilhada tomada com aval da gerência regional do município; |

Fonte: elaborado pelos autores 2019

**Quadro 4 -** Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ampliação do acesso por meio do acolhimento”, no território sob responsabilidade da Equipe Laranja de Saúde da Família, bairro Vila Maria, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

| Nó crítico 3 | Estrutura organizacional |
|---|---|
| Operação | Atendimento a pacientes exclusivamente da equipe 4, salvo em casos de urgência e emergência com risco a vida. |
| Projeto/ resultados esperados | **Equipe certa.** Os pacientes da equipe 4 deverão ser direcionados diretamente da recepção para os profissionais da equipe em horário pré-estabelecido. |
| Produtos esperados | Ampliação do vínculo equipe-paciente, conhecimento integral do paciente no âmbito biopsicossocial e da sua família, longitudinalidade e coordenação do cuidado; |
| Recursos necessários | **Cognitivo:** Motivação da equipe 4, conhecimento por parte dos membros das outras equipes, recepção alinhada;<br>Político: apoio da gerência,<br>**Organizacional:** independência do atendimento da equipe 4 em relação às outras equipes, salvo exceções (ausência do profissional, risco iminente de morte, entre outros plausíveis); |
| Recursos críticos | **Político**: apoio da gerência, |
| Controle dos recursos críticos (atores/motivação) | Gerência local (favorável); |
| Ações estratégicas para a viabilidade | Divulgação para a comunidade, alinhamento com recepção e equipes, |
| Prazo | Não estabelecido; |
| Responsáveis pelo acompanhamento das ações | Equipe e gerente local; |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Levantamento da produção, especificando as demandas e necessidades. Posteriormente, será aplicado questionário para avaliar a satisfação dos usuários frente a equipe de saúde; |

Fonte: elaborado pelos autores 2019

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso é um atributo primordial da atenção básica e um indicador da qualidade no cuidado em saúde, dessa maneira mudanças organizacionais são necessárias para melhorar o atendimento às pessoas, e diminuir o tempo de espera por um atendimento.

Com o acolhimento diário diminui-se a angústia causada pela incerteza do atendimento e melhora a qualidade do serviço prestado. A ampliação do acesso constitui uma intervenção sem gerar despesas adicionais ao sistema de saúde, além de aumentar a satisfação da população, redução do absenteísmo, redução de consultas desnecessárias em serviços de urgência, entre outros benefícios.

No horário de acolhimento da equipe não há distinção entre condições agudas e crônicas, atende-se a demanda espontânea com ou sem queixa clínica e propicia um maior equilíbrio entre oferta e demanda de consultas.

Este modelo de atendimento já é utilizado em diversas localidades do país e até mesmo em outras UBS do município de Belo Horizonte com aparente melhora do serviço prestado e aumento da satisfação da população o que indica melhora na qualidade da atenção básica. É absolutamente compreensível que tal mudança acarrete efeitos positivos e negativos, entretanto o projeto de intervenção pode representar uma mudança de cultura dentro da unidade de saúde e propicie ampliação do acesso a todos os usuários.

## REFERÊNCIAS


ARRUDA, C.; SILVA, D.M. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. bras. Enferm**. v.65, n.5, p. 758-766, 2012.

ARTIOLI, G.; FOÀ, C.; TAFFURELLI, C. An integrated narrative nursing model: towards a new healthcare paradigm. **Acta Biomed**. v. 87, n. 87, p. 13-22, 2016.

BOTTI, S. et al. Clinical pathway for patients with Chronic Myeloid Leukaemia: The Euriclea Project. **Acta Biomed**. v. 88, n. supl. 3, p. 5-12, 2017.

BREHMER, L.C.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc.** sa**úde coletiva**. v.15, n. supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018.

FORTUNA, C.M. et al. O acolhimento como analisador das relações entre os profissionais, gestores e usuários **Rev. Esc. Enferm.** USP, v. 51, n. e03258 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100459&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Mar. 2020. Epub Dec 04, 2017. https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016003303258.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim/MG. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 345-353, 1999.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. v.35, n.2, p. 144-149, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. conheça cidades e os estados do Brasil. Brasília, 2019. disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/, acesso em 30 de outubro de 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA (IPEA), 2016. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/, acesso em 30 de outubro de 2018.

LOPES, G.V.D.O. *et al.* Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev. bras. enferm**. v.67, n.1, p. 104-110, 2014.

LUIZ, F.F.; CAREGNATO, R.C.A.; COSTA, M.R. Humanização na Terapia Intensiva: percepção da família e dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm**. v. 71, n. supl. 6, p. 2635-2642, 2018.

MARQUES, J. F. *et al*. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento, **Rev. Gaúcha Enferm.** v.39, n. e2017-0009, p. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-

14472018000100405&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 mar. 2020. Epub 02-Jul-2018. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009.

MEDINA, R.F.; BACKES, V.M. Humanismo no atendimento de pacientes cirúrgicos. **Rev. Bras. Enferm.** v. 55, n.5, p. 522-527, 2002.

MONTEIRO, M.M.; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M.F.A.S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde**. Rev. Esc. Enferm. USP**. v.43, n.2, p. 358-364, 2009.

OLIVEIRA, N.R.G. *et al.* Assistência para parto normal em duas maternidades públicas: percepção dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v. 39, n.5, p.202-208, 2017.

PEDROSO, C.G.; SOUSA, A.A.; SALLES, R.K. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. **Cienc. Saúde colet**. v. 16, n. supl. 1, p. 1155-1162, 2011. Suplemento 1.

REIS, L.S. *et al*. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha. Enferm,** v. 34, n.2, p.118-124, 2013.

ROCHA, R.C.N.P. *et al*. Necessidades espirituais vivenciadas pelo cuidador familiar do paciente em cuidados paliativos em oncologia. **Rev. Bras. Enferm**. v. 71, n. supl. 6, p.2800-2807, 2018.

SANTOS, B.M. *et al*. Percepção dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado humanizado: uma revisão integrative. **Rev. Bras. Enferm**. v. 71, n. supl. 6, p.2800-2807, 2018.

SILVA, L.M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S.M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. Bras. Enferm**. v. 64, n.1, p.60-65, 2011.

SILVA, P.L. *et al.* Triagem em um serviço de emergência adulto: satisfação do paciente. **Rev. Esc. Enferm**. USP. v. 50, n.3, p. 427-433, 2016.

SOUZA, C.C. *et al*. Análise de confiabilidade do sistema de triagem de Manchester: acordo interobservador e intraobservador. **Rev. Lat. Am. Enferm.** v. 26, e3005, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100328&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Mar. 2020. Epub July 16, 2018. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2205.3005. 2018.

SPIR, E.G. *et al.* A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 45, n. 5, p. 10458-1054, 2011.

TEIXEIRA, N.Z.; PEREIRA, W.R. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Rev. Bras. Enferm**. v. 59, n.6, p.740-744, 2006.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva.** v.15, n. (supl.3), p. 3615-3624, 2010.

TRIPODI, M. *et al*. Humanization interventions in general pediatric wards: a systematic review. **Eur J Pediatr.** v.178, n. supl. 1, p.607-622, 2019.