

ACOLHIMENTO: PERSPECTIVA DE REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM¹

RECEPTION: POSSIBILITY OF REORGANIZATION OUTLOOK OF NURSING
ACOGIDA: REORIENTACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

*Juliana C. A. Leite²
Carmem C. Araújo Maia²
Roseni Rosângela Sena³*

RESUMO: O estudo analisa o acolhimento como estratégia para reorientação da assistência de enfermagem, identificando seus pressupostos, os mecanismos que viabilizam sua implantação e/ou implementação e as potencialidades qualificadoras da assistência. Utiliza a abordagem qualitativa, valorizando fontes primárias: questionário aplicado a gerentes, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos, dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Os resultados demonstram que o auxiliar de enfermagem realiza prioritariamente esta prática sendo em seguida o enfermeiro. Predomina a escuta, triagem e encaminhamento havendo pouco enfoque para a orientação. Os informantes ressaltam a integração da equipe e o entendimento do processo de trabalho como fatores facilitadores. A capacitação dos profissionais foi destacada como um dos mecanismos necessários à superação das dificuldades. Revela as insuficiências da estrutura dos serviços para acolher. Conclui-se que esta prática sinaliza a reorientação do processo de trabalho da enfermagem, em busca de melhoria na qualidade da assistência.

PALAVRAS CHAVES: modelo assistencial, acolhimento, trabalho em saúde

INTRODUÇÃO

O acolhimento foi implantado na Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BH) em 1996, constituindo-se como uma: "das ferramentas utilizadas para iniciar mudanças no processo de trabalho em saúde com vistas a garantir o acesso a serviços de saúde humanizados, resolutivos, de qualidade com responsabilização coletiva dos trabalhadores com as necessidades de saúde dos usuários" (SMSA/BH, 1997, p.1).

Na tentativa de modificar o critério de marcação de consultas médicas (por ordem de chegada) e qualificar a escuta as unidades básicas de saúde implantaram o acolhimento. Atividade constituída de escuta das demandas e necessidades, avaliação das situações apresentadas a partir de critérios de risco e definição das condutas a serem tomadas. A equipe idealizada era multiprofissional e os trabalhadores dispunham de alguns protocolos técnicos construídos pelo nível central. Foram realizados alguns treinamentos, porém o processo permitiu e exigiu que a capacitação maior ocorresse durante a prática diária.

A questão do acesso da população aos serviços de saúde, compreendido como a possibilidade real de consumo de ações de saúde que possam contribuir para a manutenção da vida, tem sido objeto de discussão e originado proposições diversas para o setor.

Estas, no geral, baseiam-se em aspectos como a disponibilidade de serviços, focalizando

¹ Trabalho apresentado no 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1998.

² Enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

³ Docente da Escola de Enfermagem da UFMG.

a distribuição espacial dos equipamentos como a primeira condição para viabilizar a sua utilização.

Deste ponto de vista, no Brasil "as políticas de saúde apresentaram, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes" (Cohn, 1991, p.67).

Porém, na última década, a ênfase tem sido para a questão da responsabilização dos trabalhadores da saúde em relação aos problemas apresentados pela população. Este aspecto, decorrente da própria organização do processo de trabalho, coloca em pauta que a questão do acesso ultrapassa a simples presença física de recursos. Considera-se a composição tecnológica como condição para a concretização do acesso, permitindo a população consumir serviços de saúde coerentes com o padrão de necessidades e demandas.

Ao analisar o acolhimento na SMSA/BH, enquanto proposta em construção Leite; Maia; Sena-Chompre (1997), encontraram que esta prática representou uma estratégia de mudança sustentada na:

- adesão dos profissionais, especialmente, dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros;
- humanização da relação serviço x profissional de saúde x usuário;
- facilidade de acesso e aumento da cobertura, utilizando ao máximo a potencialidade da capacidade instalada;
- inversão da lógica atual do atendimento a partir da demanda espontânea e por ordem de chegada;
- recomposição do processo de trabalho não havia ocorrido, o trabalho ainda estava centrado na atenção clínica individual;
- responsabilização do acolhimento pelos auxiliares de enfermagem;
- atendimento orientado para as ocorrências clínicas.

A análise das representações do acolhimento pelos atores envolvidos no processo expressam que os serviços não se articulam para prestar uma assistência segundo critérios de necessidade de saúde, seja em nível individual como em nível coletivo (Leite; Maia; Sena-Chompre, 1997).

Mendes (1993) afirma que, para redirecionar a organização e distribuição das ações e serviços de modo a responder satisfatoriamente às demandas, bem como as necessidades de saúde, é necessário associar práticas de atendimento à demanda espontânea e de vigilância à saúde.

Este trabalho propõe apreender o processo de construção do acolhimento a partir da inserção dos profissionais que o realizam, da especificidade do trabalho de cada categoria que compõe a equipe acolhedora e da articulação interna alcançada.

Para chegar a este propósito, definiu-se os seguintes objetivos:

- identificar a concepção dos diferentes profissionais sobre acolhimento;
- descrever como os profissionais percebem a prática do acolhimento;
- discutir a prática dos diferentes profissionais no acolhimento;
- identificar os fatores facilitadores e dificultadores do acolhimento na visão dos diferentes profissionais;
- descrever os mecanismos de superação das dificuldades apresentadas pelos profissionais.

O CAMINHO METODOLÓGICO

O trabalho caracteriza-se como um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa. Utilizando a abordagem dialética para reconhecer as contradições do processo de acolhimento e os mecanismos utilizados para a superação na construção de novas práticas assistenciais.

Os dados foram obtidos através de questionário, aplicado em um Centro de Saúde por

Distrito Sanitário (em número de 9 em Belo Horizonte), tendo sido respondido por 9 enfermeiros, 9 auxiliares de enfermagem, 9 médicos e 9 gerentes de Centros de Saúde que estavam desenvolvendo o acolhimento em todas as clínicas básicas (pediatria, gineco-obstetrícia e clínica médica). A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 1997.

Dos Centros de Saúde que contemplavam este critério, foi sorteado 01 por Distrito Sanitário, quando o número superava a amostragem definida, totalizando 09 Unidades. Os informantes de cada Centro de Saúde foram identificados segundo sorteio, exceto o auxiliar de enfermagem que foi indicado pelo gerente, tendo como critério o envolvimento e desempenho no exercício da prática do acolhimento.

Os questionários foram aplicados individualmente e concomitantemente, evitando-se contatos entre os informantes que pudessem influenciar as respostas.

Os dados foram trabalhados utilizando-se a análise de discurso segundo o método proposto por Fiorin (1993), identificando figuras e temas expressos nos discursos dos diferentes atores.

Num primeiro momento, procedeu-se à leitura vertical de cada entrevista, destacando as falas por categoria profissional. Em seguida, estas foram agrupadas por temas, identificando as concepções e a inserção dos grupamentos profissionais no processo de acolher.

O ACOLHIMENTO: DA CONCEPÇÃO À PRÁTICA TRANSFORMADORA.

A análise permite apreender que a concepção sobre o acolhimento entre os diferentes profissionais não apresenta diferença significativa.

Ao responder o que é acolhimento, os médicos o descrevem como recepção acolhedora. Para os gerentes, o acolhimento é um mecanismo para humanização da assistência. A resolutividade da atenção e a escuta são referidas nas falas de todos os profissionais envolvidos.

A percepção dos profissionais é muito representativa do papel que cada um vem cumprindo na construção da proposta. No estudo de Leite; Maia; Sena-Chompre (1997), verificou-se que os auxiliares eram os profissionais que assumiam, com maior responsabilidade, a acolhida ao usuário.

Constatou-se, assim, que houve uma importante mudança na prática da enfermagem. Os auxiliares manifestam mudanças de sua prática quando afirmam que:

Forma de orientar melhor o fluxo do Centro de Saúde.

Ouve o paciente e tenta resolver na medida do possível.

Todavia, não foi verificada a recomposição do processo de trabalho do médico

Para os gerentes, o acolhimento resgata a humanização do atendimento, como expresso na fala a seguir:

Humanizar, melhorar a assistência de saúde prestada a uma população. É uma unidade assumir o papel de referência para esta população e conseguir dar resposta satisfatória a esta comunidade.

Para humanizar a relação serviço x profissional de saúde x usuário, não basta considerar a questão da responsabilidade, do respeito, pressupostos para a realização da assistência. É necessário ultrapassar essa visão "afetuosa" da atenção e discutir o modo como os trabalhadores se relacionam com seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento de indivíduos e da coletividade.

Segundo Mehry (1994, p. 130) "a humanização da assistência passa pela construção de um processo de gestão de trabalho que permite o exercício da autonomia do trabalhador, sob o enfoque do controle público... Isto é, o trabalhador coletivo de saúde, o gestor governamental e os usuários articulam-se em espaços de gestão e tratam dos diferentes interesses em jogo".

A fala de uma enfermeira reafirma que existe um processo em construção e que apesar das limitações em relação à concepção apresentada pelos outros profissionais existe uma mobilização para modificar a prática, principalmente da enfermagem.

Acolhimento é uma forma de facilitar o acesso ao usuário. Fazer um atendimento mais humanizado. Inverter a lógica do quem chega primeiro para quem precisa mais do atendimento.

Tentar vincular, responsabilizar os trabalhadores com os usuários. Só que acho que não se pode cair no equívoco de considerar o abrir as portas como a resolução de todos os problemas do serviço... Tem que se pensar a organização do serviço sob outras óticas, pois essa demanda é cada vez mais crescente e exigente "um saco sem fundo.

... A minha preocupação é se reduzir o serviço a uma atividade, que ainda não é processo, e acreditar que está tudo bem. Enquanto que outras atividades, ações deixam de ser executadas em nome dessa demanda nova que nos apareceu. Quer dizer, nova em termos. Diria uma demanda formalizada, escutar ao usuário sempre aconteceu. A forma é que precisa ser discutida. A responsabilização não é de todos. Em especial, a equipe médica não teve o seu processo de trabalho modificado em quase nada.

Ao analisar o trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva, Almeida et al. (1997.p.104), identificam que no modelo de atenção por demanda espontânea na rede básica, o enfermeiro tem realizado triagem dos excedentes após agendar determinado número de clientes. Neste processo "as enfermeiras se consideram 'para-choque' da demanda reprimida". Comparando a descrição das autoras com a concepção expressa pela enfermeira que está construindo o acolhimento, parece que, ainda, não foi redefinido o papel das mesmas. Em ambos os modelos a enfermagem continua exercendo a função de "para-choque".

Pode-se considerar que mesmo reconhecendo o potencial avanço que representa o acolhimento quanto à ampliação do acesso e cobertura da população adscrita ao Centro de Saúde e, muito especialmente, da humanização da atenção, o acolhimento é praticado como mais uma atividade, mais um "setor"; uma sala, um "caixotinho" dentro da unidade. Com instrumentos próprios, lugares próprios, agentes próprios e saberes próprios, como se fosse mais um serviço sendo oferecido. Há lugar, hora e separação por clínica para a oferta do "acolhimento".

Na realidade, conforme relatório do Distrito Sanitário Oeste "Sobre a questão do acolhimento" (DISAO), mesmo que as pessoas consigam chegar aos serviços de saúde, elas somente podem usufruir daquilo que a composição tecnológica existente permite realizar. Isto porque o cardápio de ofertas de serviços para a população está na dependência direta do perfil assistencial de cada unidade de saúde, limitando o acolhimento naquilo a que se propõe e comprometendo o princípio da universalidade, já que, neste modelo, o consumo de serviços de saúde está determinado pela oferta.

Ao analisar os dados obtidos das entrevistas, apreende-se que poucos relatos demonstram o entendimento do "acolher" no seu sentido literal, ou seja, o de: "dar acolhida ou agasalho à; atender; dar crédito à; dar ouvido à; admitir, aceitar; tomar em consideração". De tal compreensão depreende-se o acolhimento como algo que perpassa por todas as atividades, todos os setores, todos os profissionais e a todo momento. Esta concepção mantém-se a nível do ideário, uma vez que, no cotidiano, a organização do processo de trabalho em saúde fragmenta a atenção e limita a complementariedade entre os diferentes fazeres.

Na descrição de como acontece o acolhimento, verifica-se que os auxiliares, enfermeiros e médicos referem-se com maior frequência e maior ênfase ao acolhimento enquanto uma triagem, o que raramente aparece nas falas dos gerentes

Na realidade, o Acolhimento é uma triagem humanizada, isto é numa triagem tradicional, seleciona-se os que precisam da consulta e se dispensa os outros pacientes. No Acolhimento, também estes "outros" são ouvidos, e, na medida do possível têm seus problemas resolvidos.

Infere-se que tal fato esteja ligado a uma maior participação dos gerentes na construção da proposta por ocasião da definição política de sua implantação. Neste período, os representantes formais da instituição, salientavam veementemente que acolhimento não era uma triagem. Porém,

nota-se pelos relatos que a prática do acolhimento aproxima-se em maior ou menor grau à triagem, conforme as condições estruturais e organizacionais do serviço.

Na verdade deveria ser um mecanismo que funcionasse como facilitadora da consulta. Porém, dificuldades operacionais como demanda reprimida, número insuficiente de funcionários, de unidades de urgência e pronto socorro... tornaram o acolhimento um misto de triagem, pronto-atendimento, "atalho" para marcação, que paralelamente ao lado positivo da iniciativa corre uma atividade de risco que deve ser seriamente acompanhada e planejada.

Na descrição de como os profissionais realizam o acolhimento foi manifestado pelos auxiliares que sua ação prioritária é o encaminhamento após escutar as queixas.

Escuto o paciente, tento resolver seus problemas (na medida do possível) e encaminho às respectivas clínicas mediante suas queixas.

Verifico qual a necessidade do cliente, ouço a queixa (pesquise os sintomas quando existe), priorizo os atendimentos e encaminho para outros serviços ou até mesmo para urgências.

Os enunciados acima, mostram que a unidade básica continua a ser pensada como a porta de entrada a todos os níveis dos serviços de saúde. Esta proposição deveria estar articulada a uma rede com diferentes níveis de atenção e fortes mecanismos de referência e contra-referência. O direito de todos a um serviço de qualidade e com composição tecnológica hierarquizada seria valorizado. As ações educativas voltadas à população usuária, deveria ter perspectiva de mudança de conduta e contribuir para que os indivíduos conquistem sua autonomia e qualifiquem seu modo de levar a vida. Estas ações não são descritas pelos auxiliares e enfermeiros como componentes do acolhimento, fato que pode indicar um deslocamento da ação da enfermagem que passa a centrar-se na busca de soluções imediatas para os problemas trazidos pela população.

A inserção das enfermeiras na prática do acolhimento é diversificada.

Atendo as solicitações, em termos de retaguarda, principalmente em pediatria. A grande demanda, contudo, que é de clínica médica, no meu turno de trabalho, não participo de nenhum atendimento.

O médico reconhece que não participa do acolhimento e que atua como retaguarda à equipe, atendendo os "casos" não resolvidos pelos outros profissionais, principalmente quando não foram preenchidas as vagas para consulta, limitadas em doze.

Existem enfermeiras que atuam ativamente no acolhimento, num trabalho conjunto com as auxiliares e outras que restringem-se ao apoio técnico e retaguarda, quando solicitadas.

Sou solicitada durante o atendimento dos pacientes marcados, para resolver dúvidas, que porventura tenham, quem está realizando o acolhimento.

Tento solucionar dúvidas quanto a gravidade ou não do caso e se necessita ou não de exames complementares para uma futura consulta.

Estas manifestações permitem inferir sobre a concepção de trabalho em equipe que sustenta a prática destes profissionais. Uma atuação em equipe exige a recomposição tecnológica do trabalho com a responsabilização coletiva, resguardando as especificidades de cada profissional. Nesta nova composição, a complementariedade entre o trabalho dos diferentes profissionais apresenta-se como elemento que leva a superação da prática individual.

A descrição de como estes profissionais realizam seu trabalho na proposta do acolhimento evidencia a hegemonia da concepção assistencial centrada no modelo clínico, dirigido aos indivíduos.

A CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ACOLHIMENTO: SEUS LIMITES E SUPERAÇÃO

Quando analisada as respostas referente às dificuldades que os trabalhadores encontram na realização do acolhimento, foram identificados uma série de relatos reunidos em três grupos: processo de trabalho, organização de serviço e aqueles relacionados aos profissionais.

Analisando as dificuldades relativas ao processo de trabalho, verifica-se que somente o enfermeiro e gerente as descrevem. Para estes as dificuldades estão relacionadas à falta de articulação da equipe, não compreensão do processo de trabalho, falta de protocolos clínicos, e acúmulo de trabalho para o enfermeiro. Os auxiliares e médicos não citam dificuldades quanto ao processo de trabalho. Este fato é importante uma vez que, tradicionalmente as ações na rede de serviços básicos têm sido polarizadas por estes dois profissionais, que mesmo trabalhando nos mesmos locais e dirigindo às ações, as mesmas pessoas e/ou grupos populacionais, não avançaram em termos de trabalho multiprofissional. No "modo" hegemônico de produzir serviços de saúde, os atos estão centrados no apoio ao diagnóstico do médico, exercendo os auxiliares, ações de natureza complementar ao "ato médico".

Para todos os profissionais, as dificuldades na realização do acolhimento concentram-se na organização de serviço; sendo citado prioritariamente, a falta de recursos humanos, o excesso de demanda e a insuficiente e inadequada área física.

As dificuldades relativas aos profissionais não foram destacadas como importantes. A mais citada pelos auxiliares, médicos e gerente é a falta de interesse dos profissionais.

Analisando as dificuldades e as práticas, verifica-se inconsistência e, contradição quanto a descrição do processo de "acolher". Os profissionais não apontam aspectos relevantes da composição tecnológica para a prestação da assistência, o que permite inferir um baixo nível de reflexão-sobre o cotidiano no trabalho.

Perceber e internalizar o acolhimento como uma prática que supera o modelo hegemônico de produção de serviços de saúde, requer uma reflexão crítica e uma tomada de decisão na construção de um novo modelo. Nesta perspectiva, acolher deve configurar-se como uma prática na qual o usuário passa a ser o sujeito central e justificador do processo assistencial, cuja composição tecnológica deverá manter uma relação de paridade com a dimensão da necessidade e/ou demanda expressa pelos indivíduos e por grupos organizados da população. Portanto, exige uma nova recomposição das práticas profissionais sem o que, o acolhimento configura-se apenas como mais uma atividade que compete com outras já implantadas ou a ser incorporadas pelos serviços.

O modelo assistencial entendido como modo de organização e articulação dos serviços de saúde em um determinado espaço – população confere direcionalidade para o conjunto dos trabalhadores. Em outras palavras, é o que orienta a sua "praxis".

Ao analisar as facilidades para a construção do acolhimento, apreende-se que todos os profissionais apontam a disponibilidade e a integração entre os profissionais, o relacionamento satisfatório e a disponibilidade da equipe médica para o apoio às atividades da Unidade.

Quanto aos aspectos positivos, foram apontados o entendimento e a aceitação do processo por parte dos envolvidos, incluindo os usuários e os profissionais.

Estas citações conflitam com os aspectos relevados pelos profissionais na descrição de como acontece o acolhimento e o que eles realizam. Este fato pode reafirmar que o Acolhimento é um modelo em construção e que não apresenta uma acumulação capaz de promover a superação do modelo tradicional de demanda espontânea para um modelo sustentado numa nova orientação e reorganização do trabalho.

Outro aspecto levantado como positivo, refere-se a disponibilidade do usuário de "ceder vaga para outro mais grave", o que reafirma o entendimento do modelo tradicional de atendimento segundo critérios de seleção contrário ao modelo de "amplo acesso".

Em relação aos mecanismos de superação, verifica-se uma dispersão nos aspectos apontados, variando desde aqueles relacionados a infra-estrutura – área física e materiais, até aqueles referentes à necessidade de treinamento e maior conscientização sobre o processo a ser construído.

Os gerentes fazem referência a importância de implantar o Acolhimento em todas as Unidades e a necessidade de aumentar o respaldo da instituição a nova prática.

Para os enfermeiros a superação estaria dependendo de treinamento dos profissionais e de conformação e funcionamento das equipes multiprofissionais. Assim, pode-se afirmar que todos os aspectos apontados apresentam viabilidade e dependem de uma ação política que defina como prioridade a qualidade dos serviços de saúde pensada em termos de satisfação dos usuários e dos trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES

O Acolhimento representa, hoje, um desafio na construção de uma proposição de estabelecer um modelo de "porta aberta". Reconhece-se avanços na mudança da atitude dos profissionais em relação a desenvolver uma maior competência e sensibilidade para reconhecer às necessidades e demanda dos indivíduos e de grupos populacionais.

Contudo, pode-se afirmar que a mobilização interna dos trabalhadores é insuficiente para atender a uma demanda crescente e cada vez mais complexa por serviços de saúde.

Conclui-se que alguns aspectos são críticos para a definição de uma nova prática sanitária que envolve o processo de trabalho, onde ressalta-se a articulação interna da equipe e responsabilização de cada profissional em relação ao processo assistencial. Neste sentido, evidencia-se que o "atender", "o acolher", o "dar ouvidos a", não se esgota numa intervenção de saúde. Para esta nova prática a "ação sanitária", no sentido de preservação da vida e de potencialidades de saúde, requer um aparato tecnológico que incorpore novos pensares e novos fazeres sustentados em paradigmas que permita uma visão antecipada do "ser saudável". Portanto o acolher deve gerar uma responsabilidade de disponibilizar para o cidadão um determinado trabalho – assistência à saúde – que possa provocar um efeito positivo sobre a situação apresentada. Em última instância, esta deve ser a utilidade do serviço de saúde para a vida das pessoas.

Assim, o reconhecimento de que "muito já se fez" coloca em pauta e nas consciências a necessidade de uma construção permanente e coletiva de novas práticas, acionando em todos os níveis Governo, trabalhadores de saúde e a população.

ABSTRACT: The study analyzes reception as a strategy for reorganizing nursing care, identifying its presuppositions and mechanisms which make it possible to implement and qualifying potentialities of care. It uses the qualitative approach, giving priority to primary sources: questionnaires answered by managers, degree nurses, nursing auxiliaries and doctors from the Municipal Health Office of Belo Horizonte. It was found that the nursing auxiliary is the main person carrying out this activity, followed by the degree nurse. The main activities are listening, screening and forwarding, with little focus on guidance. The actors emphasize team integration and the understanding of the work process as facilitating factors. The training and qualification of professionals was considered as one of the mechanisms to overcome difficulties. It reveals the failures of the structure of service for reception. The conclusion is that this practice suggests the need for the reorganization of the nursing work process in order to improve the quality of health care.

KEYWORDS: Health care model, reception, health work

RESUMEN: El estudio analiza el acoger estrategia de reorientar la atención de enfermería, identificando sus presupuestos, los mecanismos que viabilizan su implantación e implementación y las potencialidades calificadoras de la atención. Utiliza un abordaje calitativo, valorizando datos de fuentes primarias: cuestionario aplicados a gerentes, enfermeros, auxiliares de enfermería y médicos de los servicios de la Secretaria Municipal de Salud de Belo Horizonte. Los resultados demostraron que el auxiliar de enfermería realiza prontamente, encamiñamientos con poca énfase en la orientación. Los

informantes ressaltam como factores facilitadores la integración del equipo y la comprensión del proceso de trabajo. La capacitación de los trabajadores fué apuntado como mecanismo para la superación de las dificultades. Fuen identificadas un deficiencias en la estrutura de los servicios para acoger. Concluye que la prática de "acoger" sinaliza la reorientación del proceso de trabajo de enfermería, para garantizar la calidad.

PALABRAS CLAVE: modelo assistencial, acoger, garantizar

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P. de, MISHIMA, S. M.; SILVA, G. M.; MELLO, D. F. O Trabalho de Enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em Saúde Coletiva – Rede Básica de Saúde In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (org.). *O trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Relatório do Seminário sobre Acolhimento*. Belo Horizonte, 1997. 14 p. (mimeogr.)
- COHN, A.; NUNCES, E.; JACOBI, P.; KARSCH, U. S. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortês, 1991. 67 p.
- DISTRITO SANITÁRIO OESTE. *Relatório sobre a questão do Acolhimen'o*. Belo Horizonte, 1997. 10 p. (mimeogr.)
- FIORIN, J. L. *Linguagem e ideologia*. 3. ed. São Paulo: Ática, 1993.
- LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; CHOMPRÉ, R. R. *Acolhimento: proposta em construção*. Belo Horizonte, 1997. Trabalho apresentado no 49º CBEn, Belo Horizonte, 1997.
- MENDES, E. V. (Org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993. 310.p.
- 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: MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, L. C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec. Saúde em debate: Série didática, 1994. 334 p.