

O OLHAR DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE SOBRE O PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Karen Moura Duarte ¹; Lívia Karoline Morais da Silva ²; Luana Martiniano da Silva ³; Rafaela Correia Bernardo de Souza ⁴; Aralinda Nogueira Pinto de Sá ⁵

¹ Fisioterapeuta e Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), Prefeitura Municipal de João Pessoa/ Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: kmd_uira@hotmail.com

² Enfermeira e Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), Prefeitura Municipal de João Pessoa/ Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: karolinnemorais@outlook.com

^{3, 4} Nutricionistas e Residentes no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), Prefeitura Municipal de João Pessoa/ Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: luana-martiniano@hotmail.com; E-mail: rafaelanutri_vida@hotmail.com.

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Especialista em saúde da Família e em Saúde Coletiva, Docente da Faculdades de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB). João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: aralinda_nps@hotmail.com

Resumo: O acolhimento trata-se de uma diretriz ética, política e estética, assim como um dispositivo para operacionalização do processo de trabalho nos serviços de saúde. O acolher deve significar a abertura para recepção das demandas dos usuários através da escuta qualificada, visando o encontro entre o sujeito a ser cuidado e o trabalhador de saúde, no sentido de criação de vínculos permanentes e de corresponsabilização. Diante desse contexto, o presente estudo tem o objetivo de relatar o olhar de residentes da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sobre o acolhimento em uma unidade de saúde integrada composta por quatro equipes de Saúde da Família (eSF) do município de João Pessoa-PB. Para melhor compreensão do fluxo de acolhimento realizado pelas equipes as autoras participaram do “acolhimento” entre os meses de março a abril de 2018, bem como das reuniões sobre o acolhimento enquanto instrumento de trabalho. As quatro eSF consideram que realizam o “acolhimento” diário dos seus usuários no horário das 7 às 8 e das 12 às 13 horas. Observou-se, porém, que as quatro equipes de saúde realizam triagem, objetivando organizar o fluxo dos usuários para os atendimentos disponíveis e, mesmo sendo uma unidade integrada, cada uma tem sua particularidade e faz essa atividade considerando as diversidades do território e o perfil profissional. Conclui-se que a prática de acolhimento ainda não é totalmente compreendida pelos profissionais de saúde, necessitando-se de matriciamento e ações de educação permanente visando o melhor entendimento e execução da diretriz.

Palavras-chave: Acolhimento, Triagem, Escuta qualificada, Profissionais, Atenção Básica.

Introdução

A partir da constituição de 1988, o Brasil consolidou a saúde como um direito de todos os cidadãos, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, considerado um conjunto de ações e serviços de saúde, sob gestão pública e organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, com atuação em todo o território nacional. A criação do SUS foi uma das maiores conquistas sociais dos brasileiros, causando significativas mudanças no cenário de saúde do país (BRASIL, 2000).

O SUS é regido por princípios e diretrizes que norteiam sua organização, sendo os seus princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade expressa o direito que todos têm de serem assistidos, independente de cor, sexo, religião, etnia, condição econômica ou social e em qualquer lugar do país. A equidade é o princípio da justiça, sendo necessário tratar os diferentes de maneira também diferente, ou seja, é essencial que os serviços de saúde possam atender as necessidades individuais de cada um, dando prioridade ou oferecendo uma assistência diferente para os que precisarem dela. Já a integralidade, propõe garantir a assistência integral em saúde para os indivíduos, famílias e comunidades, por meio das ações e serviços oferecidos nas redes poliárquicas de atenção em saúde em articulação com políticas intersetoriais, de maneira que possibilitem atender às necessidades dos usuários (BRASIL, 2011; CAVALCANTE FILHO, 2009; MOREIRA et al., 2016).

Considerando a Atenção Básica - AB como eixo central no sentido de coordenação do cuidado e ordenação dessa rede, a Estratégia Saúde da Família – ESF surgiu para consolidar os princípios e diretrizes do SUS, pois possibilita uma reorientação do modelo de atenção que permita ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, com melhor custo-efetividade. O grande desafio, porém, para a consolidação de fato desses princípios, principalmente da integralidade em saúde, está na necessidade de humanização dos serviços prestados e das ações realizadas no âmbito do SUS (MACHADO et al., 2016).

Visando qualificar os serviços e os profissionais de saúde do SUS, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Humanização – PNH, cuja proposta de elaboração e implantação foi amplamente discutida por setores da sociedade envolvidos com a humanização do SUS. Essa política visa a reorganização dos processos de trabalho, por meio do desenvolvimento de coletivos e grupidades que permitam a capacidade de análise e de intervenção nas organizações de saúde (GARUZI et al., 2014; MOREIRA et al., 2016).

A PNH é direcionada pelo conjunto de diretrizes: o acolhimento, a clínica ampliada, a gestão participativa e cogestão, a valorização do trabalho e do trabalhador e a defesa dos direitos do usuário

do SUS, que dão base ético-político para sua operacionalização (GARUZI et al., 2014; MOREIRA et al., 2016).

O acolhimento trata-se de uma diretriz ética, política e estética, assim como um dispositivo para operacionalização do processo de trabalho nos serviços de saúde. Ética, por se pautar no reconhecimento da subjetividade do usuário; estética, quando propõe a dignificação da vida e do viver; e política, pelo fato de implicar o compromisso coletivo de envolvimento no processo de produção de saúde. Trata-se de uma atitude de abertura à recepção das necessidades de saúde, que se expressam em forma de demandas para os serviços de saúde. Além disso, o acolhimento com classificação de risco ajuda a equipe multiprofissional direcionar o fluxo das instituições de saúde de acordo com a demanda da população e não pela oferta de ações do serviço disponíveis (BRASIL, 2010; 2006)

O acolhimento em saúde, não se resume a ações isoladas e pontuais, como por exemplo, uma recepção confortável, uma simples triagem ou um bom encaminhamento para serviços especializados. Ele deve ser perpassado por processos de responsabilização e escuta qualificada que permita a aproximação do usuário com mútuo reconhecimento de seus direitos e deveres, e decisões, os quais possibilitem intervenções pertinentes, eficazes e resolutivas em torno de suas necessidades (PASCHE, 2010).

Dessa forma, o acolher deve significar a abertura para recepção das demandas dos usuários, visando o encontro entre o sujeito a ser cuidado e o trabalhador de saúde, no sentido de criação de vínculos permanentes e de corresponsabilização, para a efetividade do cuidado integral em saúde (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008).

Visto, pois, que a Atenção Básica (AB) é o primeiro contato, a porta de entrada preferencial nos serviços de saúde com potencial resolutivo com cerca de 85% das necessidades da população, para isso utiliza-se do acolhimento como o dispositivo operacional da PNH, o qual oportuniza aos profissionais da equipe uma maior atenção e investigação das condições de saúde do seu usuário, percebe-se que as modelagens do acolhimento são de autonomia da equipe multiprofissional, já que os cenários são diferentes e, portanto, demandam estratégias gerenciais diferentes.

Diante desse contexto, observando que as práticas de acolhimento diferem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), inclusive dentro de uma mesma cidade o presente estudo tem o objetivo de relatar o olhar de residentes da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sobre o acolhimento em uma unidade de saúde do município de João Pessoa-PB.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa na modalidade de relato de experiência, proveniente da vivência das profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC).

O cenário de estudo foi uma Unidade Básica de Saúde Integrada (UBS), composta por quatro equipes de Saúde da Família (eSF), localizada na zona sul do município de João Pessoa – PB, a qual atende, aproximadamente, 16 mil usuários com atendimentos médico, de enfermagem, odontológico, coleta de materiais para exames laboratoriais, realização de teste rápido, aplicação de vacinas, assistência farmacêutica com farmácia polo. Além de assistência de fisioterapia, nutrição, psicologia e assistência social mediante necessidade de atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Atenção Básica (NASF-AB).

Nessa unidade integrada as quatro eSF consideram que realizam o “acolhimento” diário dos seus usuários no horário das 7 às 8 horas no período matutino e das 12 às 13h no período vespertino, objetivando triar a demanda e organizar o fluxo dos usuários para os atendimentos disponíveis. Vale ressaltar que mesmo sendo uma unidade integrada cada uma das equipes tem sua particularidade e faz essa atividade considerando as diversidades do território e o perfil profissional.

As residentes participaram dessa atividade intencionando estabelecer vínculo com os usuários e profissionais, otimizar o serviço e ajustar a conduta caso necessário. Tendo em vista que a RMSFC surgiu como estratégia de formação para os profissionais de saúde, a qual se baseia nos princípios e diretrizes do SUS para problematizar a prática de cuidado nos serviços de saúde, refletindo e recriando novas tecnologias do cuidado em saúde.

Para uma melhor compreensão do fluxo e da ferramenta de direcionamento dele utilizada pelas referidas unidades, as autoras participaram do “acolhimento”, junto da equipe, entre os meses de março a abril de 2018, bem como das reuniões de equipes que problematizaram o processo de “acolhimento” como instrumento de trabalho.

Para facilitar o entendimento do trabalho as equipes foram denominadas de A, B, C e D. Para a análise da atividade desenvolvida pelas equipes, as residentes observaram as seguintes questões:

1. Como acontece o fluxo do usuário nas referidas UBS (fluxo de acordo com a oferta X fluxo de acordo com a demanda espontânea)?
2. O fluxograma da UBS oferece alguma barreira organizativa/funcional?
3. A organização do fluxo permite a equipe garantir alta resolutividade da demanda?

4. Quais os profissionais participam da atividade? E existe alguma resistência por parte desses profissionais?
5. É realizada a escuta qualificada? Qual o nível de formação do profissional que realiza a escuta qualificada?
6. Quais as potencialidades e limitações observadas durante a atividade?
7. Considerando a PNH, as quatro equipes de saúde utilizam o acolhimento como dispositivo de organização do processo de trabalho?

Resultados e discussão

O Ministério da Saúde, preconiza um modelo de acolhimento que deve enquadrar-se na realidade do território, ou seja, levando em consideração as especificidades e necessidades de saúde da população atendida (MOTA; PERUCHI; FILGUEIRA, 2014).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica – acolhimento a demanda espontânea – o acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. Logo a implantação de acolhimento “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar (BRASIL, 2013).

No que diz respeito ao fluxo do acolhimento, este ocorre de maneira particular em cada equipe, como sugere o Caderno de Atenção Básica, pois a demanda de usuários se diferencia.

Nessa UBS as equipes A e C, apresentam as maiores demandas de usuários no serviço, visto que, são os territórios mais próximos da estrutura física da unidade e que possuem uma vulnerabilidade social maior, utilizando de maneira mais frequente os serviços de saúde do SUS. O fluxo inicia-se na recepção de onde os usuários são direcionados à sala de espera da equipe, sendo este o local destinado à realização do acolhimento/escuta inicial pelo Agente Comunitário de Saúde. No entanto, quando se observa a organização desse processo, a equipe D mostra-se mais organizada, quanto ao fluxo e direcionamento dos usuários para os serviços.

No que tange ao envolvimento das equipes no acolhimento com escuta qualificada, foi observado que apenas a equipe D envolve todos os profissionais nesse processo através de uma escala. Na equipe B ocorre ausência de profissionais de nível superior no acolhimento, sendo realizado

somente pelos agentes comunitários de saúde (ACS) refletindo o modelo biomédico que não é contemplado pela PNH. A ausência desses profissionais fragiliza o acolhimento e o conhecimento, por parte dos mesmos, das demandas em saúde da população adscrita da equipe, além de reforçar a hegemonia médica.

Corroborando com o pensamento acima Guerreiro et al. (2013) afirma que um aspecto essencial do fazer o acolhimento é a participação integral da equipe de saúde afim de uma formação de vínculo com o usuário, pois a vinculação é a melhor estratégia para prestarmos assistência humanizada e com resolutividade, possibilitando aproximarmos à equipe dos usuários, conhecermos suas vidas, seus costumes, os problemas, às facilidades e às oportunidades de melhorar à saúde da população, estando intimamente ligado às necessidades de autonomia/autocuidado, pois ao reforçar a relação de confiança entre serviço e usuário é possível fortalecer potencialidades para o enfrentamento do processo saúde-doença.

Outra fragilidade é o desconhecimento do fazer acolhimento pelos próprios profissionais. A exemplo da equipe B onde os próprios ACS's demonstram resistência quanto a participação dos profissionais de nível superior argumentando em suas reuniões de equipe que, a forma como realizam o acolhimento é melhor aceita pelos usuários que tendem a “esperar menos” pelo atendimento. Realidade semelhante foi encontrada na pesquisa de Falk et al. (2010) onde os profissionais de saúde, quando questionados sobre o significado de acolhimento, responderam que é o encaminhamento para outros profissionais. Evidenciando uma falta de compreensão da própria equipe sobre fazer acolhimento.

De maneira geral, é visualizado que as equipes realizam mais uma “triagem” do que o acolhimento, de fato. Uma vez que um dos princípios do acolhimento visa priorizar as situações “mais urgentes” e não apenas ouvir as queixas, o que na maioria das vezes ocorre, fazendo com que a consulta seja realizada na mesma ordem inicial, sem priorizar o princípio da equidade. O ato de acolher para Araújo (2017) é mais que triar, ele parte de uma premissa em que o sujeito acolhedor se coloca à disposição de escutar aquele que procura o acolhimento. Exige do profissional muito mais do que o domínio técnico, capacidade de realizar triagem e conhecimento teórico, exige empatia, olhar ampliado, entrega, escuta qualificada e um olhar atento que não está dito.

Uma das queixas mais ouvidas, por uma das equipes, como obstáculo limitante para a potencialidade do acolhimento foi a necessidade de um local adequado para a realização da escuta ao usuário, a equipe expôs em suas reuniões que a “falta de espaço” para que o usuário possa ser realmente ouvido e relate verdadeiramente suas queixas e necessidades “atrapalha” o processo de

acolhimento. Fala semelhante foi encontrada no trabalho de Brehmer e Verdi (2009) onde os trabalhadores questionados sobre as fragilidades de fazer acolhimento responderam: “Um local adequado, se nós formos olhar a realidade das unidades, nem todas possuem um espaço onde a pessoa possa, sem ser no balcão onde todas as outras estão ouvindo, colocar a gravidade do seu estado, a urgência do seu atendimento, sem se expor”.

As falas acima deixam clara a falta de conhecimento do processo de acolhimento pelos profissionais de saúde, que dizem realiza-lo, uma vez que, Brasil (2013) afirma que para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não basta ter uma “sala de acolhimento”, apesar de ser útil e até necessária em alguns tipos de unidades.

Diante do que foi aqui discutido, fica o questionamento: por quê a prática do acolhimento em saúde continua sendo um desafio? Segundo Coelho e Jorge (2009) dentre as questões limitantes para a prática efetiva do acolhimento nos serviços de saúde brasileiro, estão o perfil de profissionais que integram a Estratégia Saúde da Família, a alta rotatividade e as relações de trabalho desses profissionais, afetando a criação e permanência de vínculos entre profissionais, usuários e comunidade.

Corroborando com os autores acima Medeiros et al. (2007) e Silva et al. (2011) afirmam que é importante, que os profissionais a serem absorvidos pela Atenção Básica sejam avaliados, afim de evitar os corriqueiros “apadrinhamentos”, que favorecem a entrada de profissionais, que muitas vezes, não apresentam o perfil para a função assumida dentro do serviço de saúde, gerando como consequência, dificuldades ou resistências para mudanças no processo de trabalho e uma permanência mais curta no serviço de saúde.

Destarte a forma de “acolhimento” realizada pelas quatro equipes foi relatado que houve uma melhora significativa na resolução de problemas dos usuários, direcionamento de fluxo, encaminhamentos, marcações de exames, realização de procedimentos, criação de vínculo, além de diminuição de demanda reprimida. Corroborando com essa realidade Sousa (2010), afirma que com a implantação do acolhimento, melhorou a agilidade e humanização com as marcações de consultas resultando no fim das filas de madrugada através da abertura de agendas, como também a importância da escuta qualificada como ferramenta humanizadora do atendimento. Por isso, é importante a compreensão do fazer a escuta qualificada pelas equipes de saúde, para que esta, possa, de forma concreta, acontecer.

Considerações finais

Em resposta ao objetivo desse trabalho de relatar o olhar de residentes da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sobre o acolhimento em uma unidade de saúde do município de João Pessoa-PB obteve-se um resultado satisfatório, uma vez que ao realiza-lo várias fragilidades e potencialidades das práticas realizadas pelas equipes surgiram.

Ao analisar o acolhimento em saúde dessa Unidade Básica de Saúde foi observado que as quatro equipes de saúde realizam a triagem, porém cada uma com sua maneira particular de fazer. Esse fato, associado a falas dos profissionais, deixou claro para as pesquisadoras que a prática de acolhimento ainda não é compreendida pelos profissionais de saúde. Uma vez que as equipes afirmam que tem acolhimento, mas existem barreiras organizativas no fluxograma da UBS fazendo com que o usuário que chegue procurando atendimento após o horário estipulado para o “acolhimento” não o receba.

Outro ponto que mostra esse desconhecimento é o fato de uma das equipes realizar seu “acolhimento” sem a participação de profissionais de nível superior e justificar que é melhor para o usuário pois otimiza o tempo.

Acredita-se que as várias significações do termo acolhimento provoque uma profunda confusão no entendimento dos profissionais e dificultem a sua real compreensão sobre a prática. Vale ressaltar também que o desestímulo profissional, a resistência por parte de alguns e a incompreensão dos usuários sobre a prática atrapalham e dificultam a realizam efetiva e eficaz da mesma.

Assim, ficam como sugestões a realização de matriciamento para os profissionais para a fiel compreensão da prática, deixando claro que acolhimento não é organizar prioridades, tão pouco necessita de espaço físico exclusivo. Bem como educação em saúde com os usuários para que entendam a prática e assim, percebam sua necessitada e utilidade.

Referências

ARAÚJO, C. D. C. **Acolhimento multiprofissional**: percepção de residentes multiprofissionais da atenção básica. 2017. Trabalho de conclusão de curso (Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção de Sistema Público de saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Maria - RS, 2017.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & saúde coletiva**. v. 12, p. 455-464, 2007.

BEZERRA, R. S.; CARVALHO, E. L. Profissionais de saúde e dispositivos de mediação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2011. p. 149-160.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília-DF: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos da Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília-DF, Editora do Ministério da Saúde, 2ed. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS na Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. **Cadernos da Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: 2000.

BREHMER, L. C. F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15. s. 3. p. 3569-3578, 2010.

CAVALCANTE FILHO, J. B., et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 315-328, 2009.

COELHO, M. O; JORGE, M. S. B. Technology of relations as device of humanized attendance in basic attention to health in the perspective of access, sheltering and attachment. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1523-1531, 2009.

FALK, M. L. R., et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista APS**, v. 13, n. 1, p. 4-9, 2010.

GARUZI, M., et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, p. 144-149, 2014.

GUERRERO, P, et. al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22. n. 1. p. 132-140, 2013.

MACHADO, L. M., et al. Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. **Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 4026, 2016.

MEDEIROS, C. R. G., et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 1521-1531, 2010.

MOREIRA, T. M. M. et al. **Manual de Saúde Pública**. Editora Sanar, p. 57- 66, Salvador - BA, 2016.

MOTTA, B. F; PERUCCHI, J; FILGUEIRAS, M. S. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Revista da SBPH**. v. 17, n. 1, p. 121-39, 2014.

OLIVEIRA, L. M. L; TUNIN, A. S. M; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção à saúde. **Revista APS**. v.4, n.11, p.362–373, 2008.

PASCHE, D. F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: Ministério da Saúde, **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 64-71, 2010.

SILVA, T. A. M; FRACOLLI, L. A; CHIESA, M. Trajetória profissional na estratégia saúde da família: em foco a contribuição dos cursos de especialização. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 148-155, 2011.

SOUSA, J. H. L. **A implantação do acolhimento no processo de trabalho da equipe de saúde da família de Angicos de Minas Gerais em Brasília de Minas**: um estudo de caso. Corinto – MG, 2010.