

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA  
FAMILIA

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA - ÊNFASE NO VÍNCULO  
ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA

VERA LÚCIA BONFIM DE SOUZA

UBERABA-MG

2011

VERA LUCIA BONFIM DE SOUZA

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA - ÊNFASE NO VÍNCULO  
ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA

Monografia apresentado à banca examinadora da  
Universidade Federal de Minas Gerais como requisito  
obrigatório para obtenção do título de especialista em  
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Maria Teresa Marques Amaral

Uberaba-MG

2011

VERA LÚCIA BONFIM DE SOUZA

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA- ÊNFASE NO VÍNCULO ENTRE  
PROFISSIONAIS E USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Banca Examinadora

Prof. \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A todos da minha família, em especial ao meu esposo **Carlos Roberto** e as minhas filhas **Maria Eduarda e Sofia**, que estiveram comigo em todos os momentos incentivando-me e dando-me todo o apoio nesta fase da minha formação.

## AGRADECIMENTOS

### **A Deus**

A Deus por guiar os meus passos e me estar sempre ao meu lado guiando-me com sabedoria, e é responsável por todas as conquistas em minha vida.

Por me ensinar que a cada dia podemos recomeçar, por me fazer sentir  
Um alguém diferente, e por eu saber que sempre contar contigo.

### **A vida**

Se pudéssemos ter consciência do quanto nossa vida é efêmera, talvez pensássemos duas vezes antes de jogar fora as oportunidades que temos de ser e de fazer os outros felizes.

### **A amiga Ângela**

Agradeço sua amizade que, gentilmente, você me permitiu desfrutar.

### **A minha família**

Por gostarem de mim do jeito que sou... Por ter me aceitado com meus defeitos, e por saber também elogiar minhas virtudes. Agradeço a energia que, positivamente, muitas batalhas vocês me ajudarão a ganhar.

Agradeço a força que, bravamente, vocês conseguirão me emprestar.

Agradeço de coração todo carinho que vocês poderão me dar...

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde reflete tendências teóricas atuais, tendo como um dos seus grandes objetivos o acesso universal e a abordagem integral do indivíduo. A Estratégia Saúde da Família foi implantada para ser uma ferramenta de materialização desse novo ideal na atenção básica no Brasil. O presente trabalho analisa criticamente as atuais definições do acolhimento sob o amparo das diretrizes gerais e específicas da constituição atual, do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família. Aponta suas funções dentro do contexto da saúde pública e as condições em que hoje são colocadas em prática. Verificou-se que, apesar das atuais definições de acolhimento estarem de acordo com o ideal do modelo assistencial, não tem surtido o efeito esperado na realidade. Apesar de alguns casos revelarem a prática real de acolhimento, seu entendimento e seu realismo ainda estão distantes do marco teórico adotado e, assim se reaproximam ainda da velha clínica hospitalocêntrica, fragmentada e autoritária.

Palavras-chave: Atenção Primária; acolhimento; sistema único de saúde; estratégia saúde da família.

## ABSTRACT

The Health System reflects current theoretical trends, and as one of its major objectives universal access and comprehensive approach to the individual. The Family Health Strategy was implemented to be a tool for the materialization of this new ideal in primary care in Brazil. This study sought to examine critically the current settings of care under the umbrella of general and specific guidelines of the current constitution, the National Health System and the Family Health Strategy. Intended to point out their functions within the context of public health and the conditions under which today are put into practice. It was found that, despite the current host definitions are in line with the ideal model of care, has not yielded the expected effect in reality. Although some cases reveal the actual practice of care, understanding and realism are still far from the theoretical framework adopted, and thus also to reconnect with the old hospital-clinic, fragmented and authoritarian.

Keywords: Primary; host; health care system, the family health strategy

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA .....	12
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo geral .....	14
3.2 Objetivos específicos.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	15
5 RESULTADOS ESPERADOS .....	16
6. DESENVOLVIMENTO.....	17
6.1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO ATUAL MODELO ASSISTENCIAL E A ESF .....	17
6.2 ANÁLISE TEÓRICA SOBRE A ATUAL DEFINIÇÃO DE ACOLHIMENTO .....	20
6.2.1 Acolhimento e a Sua Importância na Humanização em Saúde.....	21
6.2.1.1 A política nacional de humanização.....	23
6.2.2 O Acolhimento e sua Função de Organização do Serviço de Saúde e o Processo de Trabalho.....	24
6.2.3 O acolhimento e o Efeito na Formação do Vínculo entre Profissionais e Usuários.....	26
6.3 A ATUAL REALIDADE DO ACOLHIMENTO: UM ESTUDO PRÁTICO .....	28
6.3.1 O Acolhimento Sob a Ótica dos Profissionais de Saúde.....	29
6.3.2 O Acolhimento Sob a Ótica dos Usuários.....	34
6.3.3 Considerações sobre o modelo proposto pela ESF e a prática no município de Delta....	34
7 CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS .....	41

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente estamos vivendo uma fase de intensas mudanças no que diz respeito ao modelo assistencial de saúde. A implantação do Sistema Único de Saúde, prevista já no texto constitucional de 1988, é recente. O SUS como componente de instituições democráticas ainda é um projeto em construção contínua. A Estratégia Saúde da Família (ESF), como ferramenta que busca a concretização do ideal teórico desse novo modelo, não fica excluída do âmbito do processo do modo que se faz saúde no Brasil.

A mudança de modelo assistencial, historicamente acompanha profundas mudanças teóricas do modo como se entendia o conceito de saúde. A questão, apesar de teórica, induz as práticas centrais de toda uma estratégia política para garantir o direito à saúde da população. O Estado ainda não conseguiu adequar inteiramente os diversos setores do governo aos comandos da democracia. A saúde, direito fundamental de todo indivíduo, encontra outras particularidades. Longos séculos de omissão política em relação a esse direito fez nascer um triste cenário de exclusão social associando a figura do hospital com o conceito de urgência.

O novo modelo assistencial baseia-se na abordagem integral do usuário, o que difere prontamente das condutas anteriores, focadas na doença e no procedimento técnico. O debate sobre a saúde pública, nesse contexto, fica então instalado, já que inúmeras dificuldades são encontradas, desde formação ainda muito fragmentada dos trabalhadores da saúde até os erros, lacunas e alterações do próprio modelo assistencial. Para materializar as diretrizes da ESF uma nova proposta de trabalho deve se tornar rotina no cotidiano das unidades de saúde da família. E uma das ferramentas sugeridas para a concretização desse modelo é o acolhimento.

O acolhimento tem tomado contornos conceituais amplos e uma análise revela que ele é uma das chaves elementares para o êxito do atendimento integral. Para Schimith e Lima (2004) devemos analisar o acolhimento e o vínculo no PSF com o propósito de conhecer o que de fato ocorre durante a realização do trabalho em saúde.

A rotina dos profissionais de saúde na ESF reduziu o conceito de acolhimento a uma simples triagem, que deveras, por causa da alta demanda, é feita com base em critérios duvidosos que não atendem a necessidade do usuário, levando à insatisfação do indivíduo e o vício do sistema.

Para Solla (2005), o Programa de Saúde da Família configura-se como a principal estratégia para reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, apresentando real potencial de fortalecer a implantação do acolhimento na rede básica, o vínculo entre equipe, serviço e usuário, e a humanização do atendimento.

De acordo com Crevelim e Peduzzi (2004), o Programa Saúde da Família tem como diretrizes básicas o trabalho em equipe multiprofissional e a participação social, ou controle social. Afirmam ainda que, ambas as diretrizes mencionadas, estão relacionadas à medida que decorrem e expressam as relações entre a população de referência, o serviço e a equipe de trabalho e as relações entre trabalhadores e usuários. Sendo assim, ambas as propostas, a participação social e o trabalho em equipe, significam um processo de democratização das instituições.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica (SOUZA *et al* 2008, p.102).

Sem dúvida, a proposta abordada constitui um grande desafio para os profissionais de saúde, de que o encontro entre os cidadãos usuários e os trabalhadores em saúde seja oportunidade em que se produza uma relação de respeito, solidariedade e ajuda mútua, resultando, de fato, em produção de saúde.

No centro da questão, o acolhimento guarda parte da essência da ESF. Como estamos envolvidos num cenário de construção e desconstrução de práticas clínicas, o constante estudo da temática é extremamente proveitoso diante da evolução das ações clínicas rotineiras aos princípios gerais e específicos da atual constituição, do SUS e da ESF.

## 2 JUSTIFICATIVA

Exercer o trabalho em saúde num município de especial dificuldade de comunicação entre os usuários e os trabalhadores em saúde foi a principal motivação da escolha do tema “Acolhimento na Atenção Básica”. A realidade encontrada nele é a afluência de uma grande população de diferentes regiões, com cultura e costumes próprios. Tais características tornam ainda maior o desafio da implementação de um acolhimento coletivo e individual eficiente.

Verifica-se que há uma grande busca por atendimento médico nas Unidades de Saúde, não sendo o usuário, numa parte considerável de casos, acolhido em suas reais necessidades, o que frustra o objetivo da ESF já nesse primeiro contato. Rotineiramente confundido com altruísmo e generosidade, o acolhimento não é devidamente exercido e nem entendido pelos próprios trabalhadores da saúde em grande parte das unidades básicas do Brasil. Como porta de entrada do sistema e ficando verificado que seu efeito maior se traduz na autonomia do usuário, a temática é de extrema relevância para melhores intervenções na realidade.

Para Silva (2005), a comunicação é um processo que acontece entre as pessoas, no qual se deve considerar todas as experiências, culturas, valores, interesses e expectativas, pois elas nos capacitam para entendermos melhor o mundo, transformando-o e, ao mesmo tempo, sendo transformado por ele. Quando a habilidade da escuta não é desenvolvida, comprometemos a dinâmica do acolhimento e voltamos à velha prática clínica autoritária, enfraquecendo os laços com o coletivo.

Acolhimento possui uma relação íntima com a fala e a escuta. Segundo Vasconcelos, *et al.* (2009) acolhimento é na realidade abrir porta de entrada para o outro, demonstrar a sua sensibilidade e a capacidade de cuidar, dar acolhida, reconhecer no outro a sua imagem; é na realidade um grande desafio para construção da própria humanidade.

A presença do acolhimento em todas as etapas do atendimento demonstra compromisso com o coletivo. No âmbito da saúde, a atenção deve estar centralizada nas ações de reconstrução de princípios, e de compromisso com os usuários, estabelecendo uma relação solidária e de confiança, garantindo a quem busca os direitos preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Entendemos que o acolhimento é ação fundamental na formação do vínculo entre usuário e trabalhadores, especialmente no contexto atual, caracterizado pela desconstrução de

práticas antigas. Neste contexto, a abordagem crítica das novas formas de atuação faz-se importante para o efetivo atendimento das necessidades de saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Busca-se por meio desse trabalho abordar criticamente as atuais definições do acolhimento sob o amparo das diretrizes gerais e específicas da constituição federal, do SUS e da ESF, apontando suas funções dentro do contexto da saúde pública e as condições em que hoje é colocado em prática.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Realizar o levantamento da produção científica sobre a temática: acolhimento na atenção básica, com ênfase no vínculo entre profissionais e usuários na estratégia saúde da família;

Apontar como os resultados da análise dessa produção científica podem contribuir para a prática do acolhimento na implementação das diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa sobre a importância do acolhimento na atenção básica foi feita através de uma revisão de literatura do tipo narrativa. A revisão de literatura de tipo narrativa é baseada em uma avaliação não sistematizada de algumas publicações sobre o tema. Segundo Cordeiro *et al* (2007, p. 430), ela “... não exige um protocolo tão rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica”.

Trata-se de uma revisão baseada em artigos científicos retirados do site *Scielo*, e trabalhos presentes na Biblioteca Virtual em Saúde, BIREME e referências bibliográficas das apostilas utilizadas no curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. Foram usadas publicações entre 1978 até o ano de 2011.

Primeiramente foram identificadas as bases teóricas gerais do atual modelo assistencial, partindo de princípios elementares da constituição do SUS e especificamente da ESF, buscando-se assim, avaliar a importância do acolhimento na atual realidade da Estratégia Saúde da Família. As palavras chave utilizadas foram: saúde da família, acolhimento, atenção básica, vínculo e humanização. Após a seleção das referências foi feito fechamento de acordo com o tema.

## **5 RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se com esse estudo apontar a atual função do acolhimento na concretização das diretrizes da ESF e o seu papel na formação de vínculo entre usuário e profissionais da saúde na atenção básica, buscando, a partir dos dados levantados, auxiliar na consolidação de novas práticas, mais coesas com a idealização teórica de modelo assistencial adotada hoje no Brasil.

Como coordenadora de uma Unidade de Saúde da Família no município de Delta-MG, espero que o presente trabalho possa melhorar o entendimento sobre acolhimento e servir de base para projetos que tenham por objetivo melhorar a relação entre os usuários e os trabalhadores da Saúde.

## 6. DESENVOLVIMENTO

### 6.1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO ATUAL MODELO ASSISTENCIAL E A ESF

Para uma melhor compreensão sobre a função do acolhimento dentro da atenção básica na formação de vínculo entre profissionais e usuários na Estratégia Saúde da Família, é importante um histórico sobre a atenção básica no Brasil. Essas considerações conceituais servirão de parâmetros para a análise crítica da definição, inserção e prática do acolhimento dentro da ESF no âmbito nacional.

A atual constituição brasileira traz normas fundamentais sobre a Dignidade da Pessoa Humana, e dentre outros direitos básicos, a saúde é um desdobramento inseparável do direito a vida, e mais especificamente a vida digna. O art. 196 resumidamente sintetiza a idéia central, na qual devem pautar as políticas públicas em relação à saúde, assim diz ela: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, sp.).

A saúde como um dever do Estado se concretiza por meio de ações políticas que buscam torná-la disponível para a população. Essas ações se constroem a partir de modelos de assistência. As estratégias e as prioridades em saúde serão justificadas de acordo com o modelo de assistência adotado.

O desenvolvimento científico e industrial possibilitaram e possibilitam um gradativo avanço na área médica, aumento da expectativa de vida das pessoas e por conseqüência, credibilidade na ciência. Essa crença absoluta no poder da ciência levou primeiramente a criação de modelos que levavam em conta tão somente a causa e efeito. A cura só seria possível com a descoberta da causa da doença; a condição de recuperação repousava no encontro e na eliminação da causa maléfica.

Aos poucos foi se comprovando que os antigos modelos biomédicos se equivocaram e o chamado estado saudável não encontrava suas causas somente na biologia, a definição era muito mais complexa. Foi preciso novas formas de abordagem da realidade para que um novo modelo assistencial pudesse ser construído. Sob o amparo dessas novas descobertas a tradicional visão de saúde como um estado de ausência de doença não mais fazia sentido.

A idéia de atenção primária em Saúde é algo relativamente novo na história, sendo atribuído ao relatório do Ministério da Saúde do Reino Unido *Downson*, em 1920, a sua disseminação. O relatório associou a idéia de atenção primária com a de regionalização e hierarquização dos cuidados (DONNANGELO FMC, 1976 *apud* CONILL, 2008). O relatório tinha como proposta a definição de bases territoriais e populações alvo, que seriam atendidas por unidades básicas de saúde de diferentes maneiras, adequando à generalidade teórica à especificidade da realidade de cada agrupamento. Esses centros de saúde seriam as portas de entrada do sistema, onde haveria a predominância da atuação de clínicos gerais (FAUSTO e MATTA, 2007 *apud* CASTRO, 2008). Tradicionalmente temos duas concepções distintas de Atenção Primária de Saúde. Uma liga-se aos cuidados ambulatoriais de praxe e o outro diz respeito a uma política de reorganização do modelo assistencial, na forma seletiva ou ampliada (CONILL, 2008).

O debate internacional sobre a atenção primária se intensifica a partir dos anos 70, mostrando-se como resultado do diálogo que envolveu a crítica do modelo hegemônico especializado até então vigente, que nunca foi capaz de fornecer a população um acesso integral a saúde. A desigualdade no acesso a esses serviços foi também um importante fator que chamou a atenção principalmente na comunidade internacional, em que as discrepâncias entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos eram mais escancaradas (CASTRO; MACHADO, 2010).

A I Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que foi convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão no mês de setembro de 1978, influenciou mundialmente a criação de um novo modelo de assistência. A conferência enfatizou a Atenção Primária como forma de implementação do acesso irrestrito do direito a saúde por todos os indivíduos, enfatizando a Atenção Primária como pedra fundamental para uma promoção de saúde de caráter universal e igualitário.

Nesse aspecto o inciso I da declaração de Alma-Ata define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (ALMA-ATA 1978).

Nessa linha de raciocínio, a atenção primária é definida por Starfield (2002) como:

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p.28).

Em 1996 é aprovada a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 01/96), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Sendo a criação dessas medidas entendidas como ações para fortalecer o acesso e a eficácia da atenção primária no país.

O enfoque da reorganização de modelos assistenciais baseados na Atenção Primária apresenta impactos positivos nos indicadores de morbi-mortalidade, pois está voltado para cuidados em saúde mais básicos, que se voltam para o indivíduo muitas vezes antes da instalação das doenças (STARFIELD, 2002).

A ESF baseia-se nos princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – alicerçando-se em três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de atuar em equipe de forma multidisciplinar (MARQUI *et al.*, 2010).

“[...] O PSF visa ao trabalho na lógica da Promoção da Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário” (BESEN *et al.*, 2007, p. 58). Este princípio do SUS preconiza que sejam realizadas todas as ações necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos. Ou seja, obedecendo ao princípio da integralidade estão incluídas entre as responsabilidades do PSF, as atividades de educação em saúde (ALVES, 2004, 2005).

O Modelo tradicional concentra-se na doença e nos tratamentos curativos e se fundamenta no referencial biológico do processo saúde-doença (SMEKE; OLIVEIRA, 2001; CHIESA; VERÍSSIMO, 2003 *apud* ALVES, 2004, 2005), enquanto o modelo dialógico é assim chamado por destacar o diálogo como estratégia essencial. A partir do diálogo e intercâmbio dos saberes, profissionais e usuários constroem um saber sobre o processo saúde-doença. Isso fortalece a confiança no serviço, gerando assim mudanças efetivas de comportamento, não pela imposição de idéias e conceitos, mas pela construção de novos sentidos e significados sobre o processo saúde-doença (ALVES, 2004, 2005). Este é o mais adequado para ser colocado em prática pelo PSF.

No entanto, a formação dos profissionais de saúde ainda é deficiente em relação à compreensão da importância da relação entre ações educativas e de saúde e o seu impacto sobre a sociedade. “[...] O modelo de formação dos profissionais ainda é hospitalocêntrico, biologicista e fragmentado” (BESEN *et al.*, 2007, p. 58).

O tratamento integral do usuário e seu entorno, como parte das diretrizes da ESF, requer a construção de uma terapêutica humanitária que seja capaz de acolher o outro no que

ele realmente precisa, possibilitando o acesso a saúde que atenda o indivíduo em suas necessidades específicas. Entendido como “diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 18) o acolhimento, no processo de solidificação dos princípios norteadores do SUS, será de fundamental importância.

Sob o enfoque dessas considerações, foi possível situar historicamente a ESF como uma das principais medidas políticas para a concretização do novo modelo assistencial preconizado pelo SUS, enaltecendo seus princípios básicos e estratégias para a efetivação do direito a saúde. A partir do marco apresentado, será exposta a seguir a discussão teórica sobre o acolhimento dentro da ESF.

## 6.2 ANÁLISE TEÓRICA SOBRE A ATUAL DEFINIÇÃO DE ACOLHIMENTO

Foi destinado a esse subcapítulo um estudo teórico sobre as atuais definições e aplicações do acolhimento dentro da ESF. Como sinônimos ao termo acolher podemos mencionar vários outros verbos, tais como abrigar, amparar, acomodar, receber. Todos estes estão compreendidos na proposta de acolhimento na saúde. Conforme podemos apreender nas afirmações de Vasconcelos *et al.* (2009), a atitude de acolhimento por parte do profissional de saúde significa permitir e promover a aproximação do usuário, estabelecer relação com ele reconhecendo sua individualidade humana, descobrir suas necessidades e tomar parte na responsabilidade pela busca de atendimento das mesmas.

Assim, conforme relata Teixeira (2003), o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas toda atividade assistencial que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazer suas obrigações.

Entendemos, tal como Beck e Minuzi (2008) que o acolher, no contexto dos serviços de saúde, envolve a recepção adequada do usuário, a escuta de sua demanda, a busca de toda a equipe por formas para compreendê-la e solidarizar-se com ela, e, assim, dar uma resposta positiva, capaz de intervir sobre os problemas de saúde.

Segundo Franco *et al.* 1999 *apud* Souza *et al.* 2008, destacamos do acolhimento duas características principais. Uma delas, como a postura específica de diálogo em todos os momentos do processo de produção de serviços de saúde, buscando investigar as necessidades do usuário, a negociação e descoberta do modo de satisfazê-las. Por outro lado, esse modo de atendimento acaba por significar um dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade, atendendo diferenciadamente à demanda espontânea com o aumento do acesso e humanização das ações receptoras dos usuários.

A afirmação de Teixeira (2003) afirma-se com nosso entendimento, que acolhimento significa permear a atividade técnica de saúde com bastante “conversa”. Trata-se, sem dúvida, de uma qualidade especial de conversa. Um diálogo orientado que busca conhecer melhor as necessidades de cada usuário atendido para apresentar uma solução que represente verdadeira qualidade de saúde e de vida.

#### 6.2.1 Acolhimento e a Sua Importância na Humanização em Saúde

O exercício do acolhimento tem como resultado imediato a humanização do atendimento, objetivo que deve ser perseguido pelos profissionais de saúde. Nas palavras de Casate e Correa é a “possibilidade de resgate do humano, naquilo que lhe é próprio, é que pode residir a intenção de humanizar o fazer em saúde” (CASATE; CORREA, 2005, p. 106).

Sobre o assunto é importante destacar, tal como Oliveira, *et al* (2006) desde já, que a subjetividade torna incompleto e impreciso qualquer conceito que busque abrangê-la. Sendo assim, percebemos a humanização, especialmente no âmbito da saúde, expressa por meio de ações fragmentadas. Por seu caráter subjetivo, normalmente seus sentidos são ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa.

Ainda que não possamos conceituá-la, temos por certo que a mesma pressupõe comunicação como requisito fundamental. Oliveira afirma:

A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo, não apenas como uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo pré-determinado, mas sim como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de

metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco (OLIVEIRA *et al.*, 2006, p 281).

O acolhimento torna humano o contato entre profissional e usuário porque promove o encontro entre semelhantes, pessoas humanas e integrais, e não somente o profissional detentor de conhecimentos técnicos diante de um portador de necessidades a serem atendidas, salienta Teixeira (2003).

Mediante o acolhimento, alcançamos o entendimento de que humanizar a assistência em saúde significa tornar os serviços resolutivos e de qualidade, compreendendo integralmente as necessidades de saúde dos usuários, e tornando responsável por elas cada um dos atores sociais envolvidos no processo de trabalho porque, conforme Barros *et al* (2007), cuidar é mais do que somente um ato, mas sim uma atitude. Não se completa com um simples momento de atenção, de zelo e de desvelo, mas se representa por uma conduta de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro.

Humanizar a relação com o doente realmente exige que o trabalhador valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar. Porém, compreendemos que tal relação não supõe um ato de caridade exercido por profissionais abnegados e já portadores de qualidades humanas essenciais, mas um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável, compartilhando saber, poder e experiência vivida (CASATE; CORREA, 2005, p 110).

Sem dúvida que a sensibilidade para a escuta e o diálogo, para formação de relações éticas e solidárias, e para execução das práticas técnicas e funcionais mediante uma postura mais humana, envolve um aprendizado contínuo e vivencial. Oliveira *et al.* (2006) afirmam ainda:

Se tivesse que resumir a missão de humanização num sentido amplo, além da melhora do tratamento intersubjetivo, dir-se-ia que se trata de incentivar, por todos os meios possíveis, a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, dos gestores, dos técnicos e dos funcionários, assim como a organização para a participação ativa e militante dos usuários nos processos de prevenção, cura e reabilitação. (OLIVEIRA *et al.*, 2006, p 281).

Quanto à aplicação dessa missão de humanizar durante o exercício da atividade em saúde, citamos as palavras de Casate e Correa, que, ainda na prática “a sua consideração concreta no ato de cuidar que, muitas vezes, restringe-se ao cumprimento de tarefas

parceladas que fazem parte do trabalho fragmentado (funcional)” (CASATE; CORREA, 2005, p.110).

A atividade de recepção do usuário deverá ser entendida como o ambiente de investigação das suas necessidades e negociação de seu atendimento, percebendo-o como indivíduo singular e ao mesmo tempo integral. “A integralidade do atendimento fica prejudicada quando não se considera o usuário enquanto sujeito, portador de direitos e de opções de vida” (SCHIMITH; LIMA, 2004, p. 1491).

Segundo Beck e Minuzi (2008), ainda encontramos despreparo dos profissionais com evidência da necessidade de desfocar da queixa (aspecto biológico), para se construir uma lógica centrada no usuário, enquanto ser inteiro e falar em humanização em saúde, conforme Simões *et al.* (2007) pressupõe considerar a essência do ser, o respeito da individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições que legitime o humano das pessoas envolvidas.

Ainda conforme Simões *et al.* (2007), aspecto relevante a ser considerado é a atenção primária e seu o poder de atuar coletivamente, ou seja, conseguir abordar vários grupos de pessoas. Sem dúvida que o acolhimento se constitui como forte e importante aliado na arte de humanizar, especialmente quando aplicado através da Estratégia de Saúde da Família, pois possibilita o livre acesso ao ambiente onde vive o usuário dos serviços de saúde-

#### 6.2.1.1 A política nacional de humanização

Frente à dificuldade na solidificação de novas ações clínicas, desde 2003 a Política Nacional de Humanização (PHN) existe para efetivar os princípios do SUS na dia-a-dia das práticas de atenção primária e também de gestão. A PHN é norteada por alguns princípios que podem assim serem citados: Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, Construção de autonomia dos sujeitos envolvidos, criação de vínculos, a construção coletiva de saúde traduzido na idéia de corresponsabilidade, identificação das necessidades de saúde, mudanças de modelo no processo de gestão de trabalho, a democratização das relações de trabalho com enfoque na educação permanente e controle social de caráter participativo nas instâncias do SUS (BRASIL, 2004).

Depreendem-se a partir dos princípios da PNH vários pontos de convergência com as diretrizes da ESF. Dentre eles podemos destacar: o trabalho interdisciplinar e

multiprofissional em equipe, ênfase na participação comunitária tendo por base o princípio da corresponsabilidade, aproximação da realidade atendida e a definição de prioridades com base no contexto de intervenção (TRAD; ESPERIDIÃO, 2010).

Enfim, a PHN, que tem o acolhimento como principal ferramenta para o alcance do seu ideal de humanização, possui diversos pontos em comum com as diretrizes da ESF. Sendo assim, encontramos desde já uma aproximação teórica entre as definições de acolhimento apresentadas nesse trabalho com os princípios do SUS e da ESF.

### 6.2.2 O Acolhimento e sua Função de Organização do Serviço de Saúde e o Processo de Trabalho

Cuidar e conduzir o processo de trabalho em saúde compõe uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população no serviço de saúde sem que se altere também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de a interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão e avaliação e participação de todos.

Como estamos falando em atenção básica de saúde, certamente que em grande parte das vezes não vamos lidar com um usuário adoecido em busca de assistência curativa. O atual conceito de políticas de saúde tem em vista justamente a alteração dessa cultura, sensibilizando-a para a importância das ações preventivas e promocionais de saúde.

Para Camargo-Borges e Cardoso (2005) em contraposição ao enfoque biomédico e disciplinar tradicional, vieram as mudanças trazidas principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem o compromisso de mostrar um trabalho diferenciado pela atuação direta com a comunidade no seu cotidiano. Nessa forma de trabalho a conduta profissional passa a ser mais coletiva, enfocando na família e suas relações e não mais somente no indivíduo e seus problemas individuais. Essa nova atuação no sistema possibilita resgatar as múltiplas dimensões da saúde, o que exige uma reformulação na postura de intervenção do profissional, assim como a incorporação de outros saberes para compor a produção do cuidado na saúde

Assim, o acolhimento assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, identificando demandas dos usuários e replanejando o atendimento dos mesmos. Busca ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde. Desse modo, o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupondo um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento. Isso pode possibilitar a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder às

demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais trabalhadores de saúde (BECK; MINUZZI, 2008, p. 39).

Ocorre que o acolhimento propõe uma inversão na lógica da organização e do funcionamento que o usuário acostumou-se, e exatamente por isso, sua prática exige esforço e dedicação por parte dos profissionais de saúde

Com isso, temos que os resultados da humanização e do acolhimento só podem ser obtidos com a soma de várias alterações. São necessárias modificações políticas e administrativas, bem como a transformação do olhar dos trabalhadores e também da visão próprio usuário.

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade do atendimento caracteriza-se pela identificação de práticas mais preventivas e assistenciais com o intuito de oferecer um serviço de maior qualidade. O alcance dessas alterações na organização dos serviços de saúde demanda necessariamente uma verdadeira interação intersetorial dos profissionais de saúde. Camargo-Borges e Cardoso destacam:

A equipe multidisciplinar que tem como proposta constituir-se como um espaço para a dialogia e para a troca de saberes, muitas vezes tem sido utilizada para o estabelecimento de divisão de trabalho, de papéis, fortalecendo a individualização dos profissionais em detrimento de relações mais horizontais e coletivas. Desse modo, a possibilidade de uma intervenção diferenciada, de um trabalho integrado, intersetorial, voltado para a coletividade, muitas vezes se torna difícil operacionalizar. Prevalece, assim, a dicotomia entre a competência técnica e a sensibilidade social. (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005, p. 29)

Neste ponto, devemos ressaltar a comunicação da equipe como base para que haja laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da saúde. É certo que o serviço de saúde por si só já pressupõe trabalho em equipe e comunicação eficiente, porém, “a equipe de saúde muitas vezes se organiza sem um agir comunicativo”, (PEDUZZI, 2001, *apud* CAMARGO-BORGES e CARDOSO, 2005) o que dificulta a almejada integração.

O acolhimento deve ser incorporado aos procedimentos das Unidades de Saúde, ao mesmo tempo, em que necessita transcender o caráter de rotina do cotidiano. Quer dizer, a relação de ajuda permeia todas as situações de atendimento em que trabalhador e clientela se encontram, demandando uma ação contínua de formação, supervisão e estímulo para que se torne efetiva (BECK; MINUZZI, 2008, p. 41).

Simões *et al.* (2007) afirmam ainda que o PSF é um ponto chave na construção desse novo modelo de atenção à saúde e humanização. O programa constitui uma estratégia de mudança e re-ordenamento do modelo assistencial no Brasil visto que objetiva criar vínculos entre os profissionais e usuários através da co-responsabilização na resolução dos problemas de saúde.

### 6.2.3 O acolhimento e o Efeito na Formação do Vínculo entre Profissionais e Usuários

Abordar o usuário com essa perspectiva essencialmente “comunicacional” ajuda a regular o acesso do usuário porque oferece ações e serviços mais apropriados para cada caso. Tornar a conversa a principal substância das atividades de um serviço de saúde, ou seja, realizar acolhimento, resulta em maior satisfação do usuário e resultará também na confiabilidade do usuário para com a equipe, e produção de vínculo entre ambos. O principal objetivo desse vínculo é tornar o usuário autônomo, promotor de auto cuidado com a sua saúde. Neste sentido afirmaram Schimith e Lima com precisão, dizendo que “acolhimento e vínculo dependem do modo de produção do trabalho em saúde” (SCHIMITH; LIMA, 2004, p 1487).

A esse respeito, Camelo *et al.* (2000) *apud* Medeiros *et al.* (2010) chama a atenção para o fato de que não é o bastante proceder o atendimento através da marcação da consulta, da resposta às solicitações, mas que a qualidade do atendimento ao usuário implica em comunicar disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudá-lo a descobrir alternativas para seu problema.

Tais constatações levam à reflexão de que o acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho que incorpore as relações humanas apropriadas por todos os trabalhadores de saúde, em todos os setores, em cada seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho. Existe um espaço aberto de possibilidades na construção do sistema de saúde, sendo essencial que os atores sociais sintam-se no direito de desejar a mudança e que visualizem a concretude da proposta. O usuário deve ser sujeito da situação, na qual a responsabilização e co-responsabilização devem estar presentes para que se tenha resolutividade (BECK e MINUZI 2008, P. 43).

Tal como ressalta Demeneck (2008), o profissional de saúde atuante teve uma formação voltada para desenvolver suas competências técnicas sendo que as competências interpessoais muitas vezes acabam ficando em segundo plano, relegadas. No entanto, para que

ocorra a articulação de ações do trabalho em saúde, é necessário que cada profissional de saúde tenha certo conhecimento do trabalho do outro, e, principalmente, que possa reconhecer sua necessidade e importância para a atenção integral à saúde da população.

Reiteramos que consideramos que o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família favorece esse envolvimento, bem como a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial comum, visto que a população referência é mais do que mera destinatária do trabalho desenvolvido pela equipe, e, por consequência da prática do acolhimento ora abordado, torna-se co-participante e co-responsável.

O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (CAMPOS, 1997 *apud* SCHIMITH e LIMA, 2004, p. 1488).

É evidente que a formação do vínculo com o usuário da rede prestadora de serviços de saúde depende sobremaneira do desempenho da chamada atividade de recepção. Porém, a importância que vem adquirindo a discussão sobre o acolhimento nas unidades ou, mais genericamente, da qualidade do acesso dos usuários aos serviços, deve tornar-se projeto de toda a equipe, a fim de que se concretize o acolhimento e o vínculo no trabalho vivo em ato (TEIXEIRA, 2003).

O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe, a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato (SCHIMIT; LIMA, 2004, p 1491).

Se o acolhimento for praticado pelos profissionais de saúde em todos os encontros assistenciais que marcam a passagem de um usuário pelo serviço, haverá diferentes oportunidades para que os trabalhadores conheçam de fato as necessidades daquele usuário, com finalidade de atrair para si a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação. Essa é a uma relação acolhedora e humanizada capaz verdadeiramente de prover saúde nos níveis individual e coletivo.

Solla (2005) vem dizer que:

(...) o 'acolhimento' é mais do que uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade da consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais (SOLLA, 2005, p. 496).

A presença do acolhimento em todas as relações propicia a construção de relação de compromisso com o coletivo. No âmbito da saúde, a atenção deve estar centralizada nas ações de reconstrução de princípios, e de compromisso com os usuários, estabelecendo uma relação solidária e de confiança, garantindo aos usuários os direitos preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Segundo Teixeira (2003), essa abordagem constrói um diferencial em seu espaço de abrangência de alcance social e democrático. Já destacamos que a mudança do olhar do profissional que vislumbrava o usuário com o enfoque na sua fragilidade para contemplar o indivíduo em sua totalidade produz um tratamento humanizado possibilitando acolhimento. Concluimos também que somente com essa postura o profissional conseguirá fazer com que o usuário se vincule verdadeiramente à produção de saúde, fazendo-o participar dessa nova proposta de visão, responsabilizando-o pela conquista de sua autonomia no que diz respeito à sua saúde.

### 6.3 A ATUAL REALIDADE DO ACOLHIMENTO: UM ESTUDO PRÁTICO

Após a análise da definição e a função de acolhimento a partir de princípios gerais do SUS e da ESF, é destinado a esse subcapítulo uma revisão de doze casos publicados no site *Scielo* no ano de 2009 a 2011.

Entendemos, tal como Esmeraldo *et al.* (2009) que a mudança do processo do trabalho em saúde depende da apreensão verdadeira de cada trabalhador a proposta de se produzir saúde e da adesão deste mesmo trabalhador à nova forma de agir para com o usuário. Ou seja, no presente trabalho, tão importante quanto discorrer sobre a importância do acolhimento é avaliar a compreensão dos trabalhadores, bem como a efetivação dos mesmos no cotidiano. Santos *et al.* (2006), apóiam o nosso entendimento quando reafirmam que pensar a prática

faz-nos refletir acerca de sua importância na estruturação do existir humano. O implementar de uma prática determina, em certo sentido, os modos e as maneiras de agir dos sujeitos individuais e coletivos. Abordando estudos que verificaram como se dá o atendimento em diferentes equipes de Saúde da Família, obtemos informações parciais de como é realizado na prática o acolhimento destes casos.

### 6.3.1 O Acolhimento Sob a Ótica dos Profissionais de Saúde

A seguir a análise de doze casos coletados no site Scielo. Vale lembrar que a palavra chave usada para coleta e classificação dos artigos foi acolhimento, sendo selecionados trabalhos do ano de 2009 a 2011.

**1° caso:** Apesar de 96% das demandas serem resolvidas dentro da própria Unidade de Saúde, fica constatado que falta qualificação das ações, já que o acolhimento em muitos casos foi reduzido a uma tradicional triagem, não levando em conta as desigualdades entre os usuários, o que dificulta a criação de um vínculo entre o usuário e a comunidade (BARALDI;SOUTO, 2011).

**2° Caso:** Amostra qualitativa realizada com 16 cirurgiões dentistas por meio de entrevista semi-estruturada verificou que o conceito de acolhimento é rotineiramente confundido com triagem ou classificação de risco, caracterizado como uma ação presente somente na primeira etapa de organização da demanda. Muito dessa conduta foi justificada pela grande quantidade de demanda existente, o que prenderia o dentista a velha clínica do consultório (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

**3° caso:** Os resultados de um estudo, que trabalhou o antes e depois da capacitação dos profissionais, demonstraram modificação no significado simbólico aos termos indicativos de humanização na saúde como acolhimento. Num grupo de 111 profissionais da saúde de uma unidade hospitalar de urgência e emergência, o que se verificou foi a prevalência de um não entendimento acerca do que é acolhimento e sua função por parte dos profissionais da saúde (ANDRADE; ARTMANN; TRINDADE, 2011).

**4° caso:** Diante de problemas como a ausência de uma estratégia municipal de acolhimento, um projeto, cujo objetivo foi melhorar a acessibilidade na rede básica de Salvador, foi colocado em prática no ano de 2005. Os instrumentos usados para a efetivação dos múltiplos significados de Acolhimento foram a implantação de um sistema de marcação

de consultas a serem feitas de forma presencial ou por telefone em todos os turnos da semana, abrangendo todas as especialidades; a criação de uma lista de espera para atender a demanda espontânea, sendo instituída também uma reserva estratégica para situações tidas como prioritárias. Para a concretização das propostas formou-se uma equipe de acolhimento composta por profissionais de nível superior que tinha como função a classificação das prioridades, para preenchimento das vagas reserva com bases em critérios técnicos pré-estabelecidos. Foi feito também uma organização de acolhimento para grupos de pacientes específicos (idosos, portadores de necessidades especiais e outros.); a sistematização da oferta por meio de ações programáticas para problemas prioritários também realizada. Os resultados atestam que a implantação do acolhimento como previsto nas diretrizes gerais da ESF ainda encontram sérias dificuldades já que a concretização dos componentes do projeto variou entre 45% e 82% das unidades. O projeto verificou em 2008 persistência das medidas, porém com importantes retrocessos (VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2010). Sobre as dificuldades práticas, vale a citação dos autores:

a) desmotivação muito grande dos profissionais das unidades devido à falta de condições de trabalho; b) persistência de problemas no abastecimento da rede; c) escassez de pessoal qualificado, principalmente médicos clínicos e pediatras, bem como odontólogos. Em algumas unidades, o atendimento foi interrompido por esse motivo; d) problemas trabalhistas variados (atraso de salário e indefinição do tipo de vínculo trabalhista dos profissionais); e) problemas na gestão de pessoal (má distribuição dos profissionais; não cumprimento de carga horária; remuneração variável e multiplicidade de vínculos); f) espaço físico inadequado em muitas unidades; g) subutilização de cotas reguladas da rede credenciada; g) dualidade de poder entre gerentes de terceirizadas e da rede própria; h) mudança de secretários de saúde, com modificações nas equipes dirigentes (VIEIRA DA SILVA *et al.*, 2010, p. 11).

**5° caso:** O atendimento centrado na relação queixa-conduta foi apontado como uma das principais causas impeditivas na criação de vínculo, pois a conduta focada na doença e não no indivíduo estratifica a intersubjetividade, tornando-a mecânica, o que primariamente entende-se como contrário de humana (COELHO; BESSA JORGE, 2009).

**6° caso:** Na formação de vínculo a cumplicidade, confiança e relacionamento são elementos fundamentais. As ferramentas que mais peso tem nesse processo são a organização do processo de trabalho da equipe, o acolhimento e as visitas domiciliares (MONTEIRO *et al.*, 2009).

**7º caso:** Práticas alternativas que contrariam o modelo de saúde tradicional foram apontadas como os principais fatores na concretização do atendimento integral. Podemos citar as práticas acolhedoras de atividades preventivas como a educação, que tem por base as particularidades de saúde da comunidade atendida (KANTORSKI *et al.*, 2009). O estudo citado teve por base uma unidade de saúde da família considerada bem sucedida no que diz respeito à organização para o atendimento integral. E tal como mencionado, a prática correta e compromissada do acolhimento teve como resultado a criação de vínculo com a comunidade aproximando a prática do conceito de assistência integral.

**8º caso:** O acolhimento coletivo, entendido como uma proposta de organização de trabalho da equipe de saúde pode ser descrito como a construção de um espaço de integração, em que é possível o encontro da equipe multiprofissional da ESF com os usuários. Não se confunde de maneira alguma com triagem ou pré-consulta, sendo caracterizado como uma conversa em que se objetiva transformar tensões em entendimentos, o que torna possível a negociação das necessidades em saúde. Após esse primeiro momento de debate grupal, o acolhimento passa a ser individual, o que procura atender as singularidades específicas de cada indivíduo. A instituição do projeto diminuiu consideravelmente as tensões comuns no dia-a-dia da unidade, estabelecendo fatidicamente o vínculo entre trabalhadores e usuários como resultado (CAVALCANTE FILHO *et al.*, 2009).

**9º caso:** Viegas *et al.* (2010) expressam o entender que o acolhimento deve partir de uma postura acolhedora e visa a uma compreensão abrangente das necessidades dos usuários. O estudo realizado por Oliveira *et al.* (2010) relatam que apesar de alguns casos revelarem que houve presença de um acolhimento efetivo nos serviços de saúde observados, ainda existem desafios para concretizar a implementação do acolhimento como elo de um vínculo profissional e serviço de saúde que facilite uma assistência integral, sob o olhar de todos os profissionais.

**10º caso:** Pereira *et al.* (2010) verificaram que os profissionais de saúde abordados em sua pesquisa têm consciência do seu compromisso enquanto cuidadores e promotores da vida e da saúde. Entretanto, destacaram que compreender o cuidado humano somente não é o suficiente, afirmando que permanece a necessidade de reconhecer os sentimentos e trabalhar na possibilidade de novas perspectivas dessa realidade, tarefas fundamentais que devem ser observadas e seguidas pelos profissionais de saúde.

**11º caso:** Apesar dessa compreensão a respeito da tarefa a ser empreendida, no trabalho cotidiano, os profissionais deparam-se com uma alta demanda espontânea e detém

uma vasta gama de atribuições. Afirmam Viegas *et al.* (2010) que da parte dos profissionais há o reconhecimento da limitação que talvez se relacione ao grande número de usuários que procuram o serviço ou mesmo às deficiências quanto aos diversos recursos necessários ao cuidado da população. Isso representa um verdadeiro desafio, na medida em que a realidade atual requer que os serviços de saúde sejam capazes de acolher um grande número de pessoas que procuram e demandam atendimento imediato.

**12° caso:** Foi observado por Silva *et al.* (2010) que os médicos compreendem a ESF e sua proposta, porém, sua atenção e atuação ainda estão voltadas para a doença. O raciocínio clínico do profissional continua direcionado aos aspectos biológicos, mesmo tendo adquirido compreensão de outros determinantes do processo saúde-doença. Ao constatar isso, o autor discorre sobre tal conduta advir da racionalidade da medicina ocidental que não possui a visão abrangente proposta pela OMS. Em suas palavras, afirma que “faz-se necessário que o médico compreenda os limites de sua atuação e perceba a importância da interdisciplinaridade” (SILVA *et al.*, 2010 p. 166).

Os casos analisados mostraram que o acolhimento pode tornar-se uma realidade na saúde pública do Brasil, e que projetos voltados para o assunto têm efeitos positivos, no entanto, apesar dessa visão otimista, os estudos identificaram fortes dificuldades de implementação do acolhimento nas unidades analisadas, principalmente em relação a própria compreensão do conceito por parte dos trabalhadores da saúde. Podemos concluir parcialmente que a ESF encontra-se numa fase de adaptação e construção no que diz respeito ao acolhimento no atendimento. Para uma melhor clareza dos estudos colocados nesse subcapítulo, colocamos abaixo um quadro ilustrativo entre os casos citados:

<b>Casos</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Situação do acolhimento</b>
Caso 1	2011	O acolhimento em muitos casos foi reduzido a uma tradicional triagem.
Caso 2	2011	O conceito de acolhimento é rotineiramente confundido com triagem ou classificação de risco, caracterizado como uma ação presente somente na primeira etapa de organização da demanda
Caso 3	2011	Verificou-se no estudo prevalência de um não entendimento acerca do que é acolhimento e sua função por parte dos profissionais da

		saúde
Caso 4	2010	Os resultados atestam que a implantação do acolhimento como previsto nas diretrizes gerais da ESF ainda encontra sérias dificuldades
Caso 5	2009	O atendimento tradicional focado na doença e não no indivíduo foi o principal fator apresentado para a não concretização de projetos que tenham como objetivo o acolhimento.
Caso 6	2009	O acolhimento foi constatado e as ferramentas apontadas como responsáveis por isso foram a organização do processo de trabalho da equipe e as visitas domiciliares
Caso 7	2009	O estudo verificou a prática correta e compromissada do acolhimento que teve como resultado a criação de vínculo com a comunidade.
Caso 8	2009	O estudo foi baseado nos resultados de um projeto de debates em grupo associado com atendimento individual. Conclui-se uma redução considerável das tensões comuns no dia-a-dia da unidade, estabelecendo fatidicamente o vínculo entre trabalhadores e usuários como resultado
Caso 9	2010	O estudo verificou a existência efetiva do acolhimento em alguns casos, porém foi constatada muitas falhas, o que mostra a dificuldade do sistema de saúde.
Caso 10	2010	O estudo verificou que os profissionais de saúde abordados em sua pesquisa têm consciência do seu compromisso enquanto cuidadores e promotores da vida e da saúde, porém foi constatada uma carência sobre o entendimento real de acolhimento.
Caso 11	2010	O estudo concluiu que não há acolhimento real nas unidades, a justificativa apresentada pelos profissionais diz respeito a alta demanda e a vasta gama de atribuições.
Caso 12	2010	O estudo concluiu que há compreensão sobre a proposta da ESF e a importância do acolhimento, porém ele não é colocado em prática. A justificativa foi a dificuldade em se desvincular do modelo clínico tradicional.

### 6.3.2 O Acolhimento Sob a Ótica dos Usuários

Exatamente porque são constatadas falhas no cotidiano da organização do atendimento é que devemos dar maior importância à discussão sobre o acolhimento nas unidades de saúde, ou seja, a problemática do acesso à saúde por meio da recepção dos usuários nos serviços, da boa relação necessária quando se estabelece tal relação. Esmeraldo *et al.* (2009) propõem um estudo do acolhimento sob a perspectiva do usuário, comparando-a com a do profissional de saúde. De fato, o processo de trabalho em saúde nas unidades precisa ser organizado de acordo com as necessidades dos usuários. Podemos perceber diferença dos objetivos e da avaliação dos profissionais em relação aos usuários, conforme dados coletados por Falk *et al.* (2010):

Os usuários caracterizaram como fator mais importante ou indispensável no acolhimento o encaminhamento a outros profissionais (55,7%), seguidos da resolutividade (28,4%), da rapidez (11,4%) e da atenção (4,5%). Para os trabalhadores de saúde, a resolutividade foi o fator mais importante ou indispensável no acolhimento, com 63,6%, seguido de encaminhamento a outros profissionais, com 27,3%, e agilidade (9,1%). Essa divisão no que é considerado mais importante para usuários e trabalhadores de saúde parece ser parte de uma mesma problemática, uma vez que o “encaminhamento” busca, por si só, a solução de algum problema percebido, ou seja, está relacionado com resolubilidade. Se isso for feito de modo ágil e com rapidez, muito melhor, tanto para os usuários como para os trabalhadores (FALK *et al.*, 2010, p 7).

Coelho e Bessa Jorge (2009) compartilham o resultado de sua investigação, cujos participantes declaravam dificuldade de acesso ao atendimento especializado, pois esse tipo de atendimento é realizado em outras instituições que possuem nível secundário e terciário, cujo acesso se dá por uma “fila de espera”. A pesquisa evidenciou que as camadas sociais mais carentes da população encontram dificuldade referente ao acesso a outros níveis de atenção do sistema de saúde. Essa realidade também foi constatada no estudo de Santos *et al* (2006), que avalia como real desumanização na relação usuário-recepção, a situação de procura por consultas em que não há garantia de vagas para todos.

Por outro lado os depoimentos apurados por Medeiros *et al.* (2010) fazem perceber que na opinião dos profissionais a ESF possui muitas características facilitadoras da criação de vínculos: a carga horária de trabalho de 40 horas, a adstrição da população, a inserção comunitária, o trabalho junto às famílias e a presença do agente comunitário de saúde.

Campos *et al.* (2010) destacam, todavia, que há equipes funcionando de forma coesa, e destacaram a predominância de relações amistosas, comunicação aberta e franca, preocupação com as tarefas uns dos outros, existência de reuniões regulares da equipe com compartilhamento de decisões e de angústias. Seu estudo também observou que essa dinâmica depende, em boa parte, da postura agregadora da liderança, que envolva cada profissional da responsabilidade das tarefas. Consideramos válido enfatizar sua consideração a respeito do funcionamento das equipes, em suas próprias palavras:

O desejável é que o espaço de diálogo e reflexão criado pelo projeto possa ter propiciado uma “experiência corretiva” nos profissionais que participaram das reuniões e, assim, possa favorecer a vivência, nas reuniões regulares de equipe e nas reuniões de educação permanente, de um espaço adequado à elaboração de conflitos e divergências e ao estabelecimento de estratégias adequadas de trabalho (CAMPOS *et al.* 2010, p 53).

São também destacadas outras percepções positivas narradas pelos usuários:

(...)o bom atendimento (trato) da equipe; a unidade de saúde da família localizar-se próximo a sua casa; prioridades no atendimento; acesso; disponibilidade de vacina e exames; visita domiciliar; trabalho do agente comunitário de saúde; qualidade; ações educativas, e resolutividade, valorizando práticas voltadas ao modelo centrado nas ações básicas (cuidados) de enfermagem e atendimento médico: “antes era pior agora tem mais médico e consulta” (ROCHA, 2008, p 575).

Por sua vez Oliveira, *et al.* (2010), perceberam que atitudes simples, como a paciência e a gentileza, são instrumentos indispensáveis para a satisfação do usuário. No mesmo sentido, Falk *et al.* (2010) disseram identificar que, na percepção dos usuários quanto ao significado do acolhimento, assim quanto ao que buscam no mesmo, a maioria o percebe como um espaço de atenção, caracterizada com uma necessidade de “zelo”, “respeito”, “cortesia” e “diálogo”. A equipe de saúde como um todo (composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) precisa estar atenta para responder a estas expectativas e estes resultados corroboram com achados da literatura.

Silva *et al.* (2010) encontraram aprovação dos usuários quanto ao modelo utilizado nas consultas através da proposta da ESF. Muitos de seus entrevistados reportam a esse trabalho mostrando que o maior tempo de consulta facilita a escuta, o vínculo e o acolhimento. Afirmam neste sentido:

A escuta proporcionada pelo maior tempo de consulta, na visão dos entrevistados, permite que se estabeleça uma relação de respeito e confiança, na qual aquilo que os pacientes dizem ou comentam facilita a percepção de suas necessidades para além daquela que, porventura, originou a consulta ou a conversa (SILVA *et al.*, 2010, p. 163).

Oliveira *et al.* (2010) constataram que a comunicação não precisa ser necessariamente através da linguagem verbal, destacando a valorização do contato visual e das expressões corporais como um todo para a formação do vínculo. Também Pereira *et al.* (2010) fizeram observação a respeito da comunicação entre profissional-usuário, como forma para identificar fragilidades vivenciadas por eles, auxiliando na solução de diversidades e conflitos.

Após implantação de ações que visavam o acolhimento como forma de atendimento integral do indivíduo no hospital escola de São Carlos, estudo verificou por meio de uma amostra de 137 usuários, que os usuários ficaram “muito satisfeitos” (46,2%) com a agilidade no atendimento e com a equipe (52,6%). 59,2% dos usuários ficaram muito satisfeitos com o hospital e 68,6% o consideraram melhor do que imaginavam. Ficou evidente que a adoção de uma assistência humanizada à saúde resulta em alta satisfação dos usuários (RICCI *et al.*, 2011). Apesar de verificadas evoluções após implantação do acolhimento, houve significativo retrocesso no decorrer do tempo por insuficiência de profissionais da saúde (NASCIMENTO; TESSER; POLI NETO, 2008).

O acolhimento de crianças na atenção primária à saúde atendeu bem a expectativa dos pais e responsáveis por 384 crianças de 0 a 6 anos de idade, já que o percentual positivo em todas as respostas foi superior a 70%. As autoras enaltecem que o uso de um conceito amplo de acolhimento, é condição decisiva para a criação de vínculo do profissional da saúde com a comunidade, solidificando o ideal de atendimento integral do indivíduo (RIBEIRO; ROCHA; RAMOS-JORGE, 2010).

Uma avaliação de grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde pública municipal em cinco municípios do Estado de São Paulo identificou problemas relacionados a prática de acolhimento pelo sistema, é o que conclui-se a partir das porcentagens disponibilizadas: 72% acreditam que os serviços de saúde resolvem os problemas e necessidades da população, 57,6% reclamam de filas para o atendimento e 69,5% afirmaram possuir confiança na equipe de saúde. Sobre o estudo, apesar dos dados, os autores chamam

atenção para os relatos dos entrevistados que demonstraram a carência de um atendimento humanizado (MOIMAZ *et al.*, 2010).

O cotidiano de Unidades Básicas de Saúde revela, na percepção dos usuários, que o acolhimento é ainda atrelado basicamente a uma estratégica técnica de recepção, triagem e encaminhamento, sendo essas ações respaldadas em critérios duvidosos do ponto de vista conceitual. O acolhimento erroneamente colocado em prática tem como resultado a experiência frustrante da exclusão e da negação do direito constitucional do acesso a saúde. Distanciamentos técnicos e conceituais tornam-se a regra da rotina clínica, o que comprova uma nítida desconstrução das diretrizes da ESF na prática (BREHMER; VERDI, 2010).

O exame do processo de trabalho em uma USF identificou algumas causas relevantes que estariam levando a população adstrita a procurarem o serviço de emergência de um hospital geral em ocasiões não emergenciais e que poderiam ser resolvidas pela equipe da USF. O principal fator apontado foi à questão do acolhimento. A equipe de profissionais da USF trabalha ainda de forma fragmentada voltando-se normalmente para procedimentos técnicos curativos do que ao cuidado em si. A falta de criação de vínculo com a comunidade foi apontado como efeito imediato do acolhimento insuficiente. Verificou-se uma relação intrínseca direta da produção de vínculo com o acolhimento produzido no serviço de saúde. Não foi constatado na USF o acesso em função do risco, sendo ele definido em razão da capacidade de atendimento, o que desconsiderou a singularidade do cuidado. Vale observar que a falta de credibilidade por parte dos usuários na equipe de profissionais da USF, principalmente em relação aos clínicos gerais e a falta de especialidade, também teve relevante peso na procura pelo serviço de emergência (BARROS; CASTILHO-SÁ, 2010).

Por fim, Gusmão-Filho *et al.* (2010) perceberam a dificuldade e a deficiência na participação do usuário nas questões que se referem à sua própria saúde. A autonomia do usuário que muitos autores ponderam como de elevada importância para satisfatórias ações de saúde pública e melhoria na qualidade de vida, ainda fica a desejar.

Com base nos casos expostos é possível perceber uma maior importância dada ao tema na ESF, fato muito interessante, já que a proposta é nova e tem sido muito difundida pelas atuais políticas de saúde pública. Percebe-se também certa satisfação dos usuários em relação ao atendimento prestado, principalmente quando esse atendimento é capaz de solucionar rapidamente o seu problema.

### 6.3.3. Considerações sobre o modelo proposto pela ESF e a prática no município de Delta

Situado numa pequena cidade do interior de Minas Gerais, verifica-se em minha unidade de PSF, no município de Delta, grandes dificuldades na implantação de um atendimento que use o modelo proposto pela ESF. A forma de trabalho da unidade é ainda muito focada em procedimentos emergenciais e curativos, o que a faz parecer muito com uma UBS tradicional. Podemos perceber uma oscilação na forma de atendimento na unidade. Ao mesmo tempo em que há um esforço para uma readequação de ações ao modelo adotado para a saúde básica no Brasil, há também, muitas vezes por causa da pressão da própria população, uma série de outras ações que se pautam no atendimento hospitalocêntrico tradicional. Essa alternância de formas de atendimento confunde os usuários, que não entendem o que realmente uma unidade de PSF deve fazer.

Em relação ao trabalho em equipe existe uma séria dificuldade de comunicação e planejamento de estratégias. Durante o mês são realizados encontros com alguns grupos de risco: Hipertensão /diabetes e Gestantes. As orientações são repassadas na sala de espera, sendo discutida basicamente a importância da amamentação exclusiva até o 6º mês de vida do bebê e cuidados gerais durante a gravidez (alimentação adequada, exercício físico e outros). As orientações assumem mais um papel de palestra do que de uma discussão propriamente dita, sendo percebida nos usuários certa timidez. Na quase totalidade das vezes a conversa fica focada numa única ACS (agente comunitária de saúde), não contando com a participação rotineira do médico, dentista e do enfermeiro. A falta de acompanhamento de profissionais mais qualificados confirma sérios problemas de planejamento e trabalho em equipe.

Quanto ao grupo de Hipertensão/diabetes as atividades são programadas mensalmente e contam com exercícios físicos (natação, caminhada, etc.), palestras proferidas por algum profissional da saúde, geralmente o médico, e alimentação.

A prática de acolhimento é quase inexistente, resumindo-se na marcação de consultas em um dia da semana e nas conversas informais que terminam na recepção. Não existe uma noção de humanização em atendimento por parte da equipe e nem projetos voltados para esse sentido. A comunicação se restringe a um conversa que não tem como foco o indivíduo, mas sim as burocracias próprias do setor de atendimento. Um ponto que merece destaque é a baixa qualificação técnica das agentes comunitárias de saúde. Existe um verdadeiro despreparo no que diz respeito a orientações sobre a política e a forma de trabalho dentro da ESF.

Há uma grande migração regional para a cidade de Delta, chegando comportar o município uma média de dez mil habitantes em época de safra, número bem elevado se comparado aos sete mil habitantes que têm moradia fixa na cidade, o que aumenta os

problemas em praticamente todas as áreas do setor público. A saúde é afetada muito nesse sentido. A maioria dos atendimentos realizados é em prol dos migrantes que têm residência provisória na cidade. Muitos deles chegam sem um local certo e adequado para morarem, o número de filhos é grande (mais ou menos 3 a 4 filhos por casal) trazendo uma demanda por atendimento impossível de sanar totalmente. A realidade é marcada fortemente por esses conflitos, de um lado uma população carente com sentimentos estrangeiros e de outro uma estrutura que ainda não consegue absorver todos os problemas da cidade. A procura por procedimentos curativos e emergenciais é muito alta.

De maneira geral, apesar da cidade contar atualmente com duas unidades de PSF, existe uma séria dificuldade de planejamento que busque conciliar medidas curativas que não podem esperar com uma ação de atendimento básico que use efetivamente o método de trabalho da ESF e que consiga levar a população a mudanças comportamentais. Como central parte desse estudo, a atual política de acolhimento está distante da realidade de PSF do município de Delta, o que já configura um grave problema para a efetividade da proposta da ESF.

Diante do exposto vale abrir uma reflexão sobre a ESF da realidade em que trabalho. No que diz respeito à satisfação do usuário, muitas vezes ela é negativa. Um dos motivos para isso seria uma falha na comunicação e na infra-estrutura. Percebe-se que o povo não compreende realmente a proposta da ESF, a maioria dos usuários não sabe diferenciar o trabalho realizado na unidade de PSF do realizado em uma UBS tradicional. Dada a grande demanda por procedimentos curativos, o problema tende a ficar mais grave com o passar do tempo. A falta de organização do ambiente de trabalho e de compreensão dos próprios trabalhadores de saúde da unidade e da secretaria de saúde da cidade também contribuem muito para essa avaliação negativa por parte dos usuários em relação ao serviço prestado pela equipe de PSF.

## **7. CONCLUSÃO**

Ao longo desse trabalho foi possível concluir que o atual conceito de acolhimento guarda em sua essência praticamente todo o objetivo da ESF. Essa materialização dos princípios gerais da ESF no âmbito do SUS é constatada teoricamente no acolhimento, o que claramente pode ser verificado no seu método de abordagem, a preocupação com a necessidade do outro, o reconhecimento da singularidade de cada indivíduo frente ao coletivo, a especificidade de tratamentos, dentre tantos outros atributos que designadamente já foram aqui tratados.

Vale colocar em destaque algo que pode ser percebido ao longo da análise dos estudos apresentados, segundo os relatos colhidos por Urbano (2009) profissionais parecem saber a diferença do modo vida de cada usuário, porém, ainda assim o tratamento continua igualitário para todos, ao contrário do que seria ideal, que ao considerar as singularidades de cada usuário o atendimento deveria adequar-se para atender suas necessidades diferenciadas, pois, é de “suma importância que o profissional de saúde tenha ciência de que as diferentes características individuais das pessoas fazem parte da natureza humana” (HOGA, 2004 *apud* URBANO, 2009, p 41).

Percebe-se um distanciamento das práticas rotineiras em relação ao ideal teórico de acolhimento seguido. Apesar de experiências provindas da adoção de sistemas de acolhimento evidenciarem um efeito positivo na percepção dos usuários, formação de vínculo e resolubilidade de problemas, o contexto geral da maioria das realidades analisadas ainda está distante desse marco teórico e atrelado a condutas já abolidas. A realidade local da Unidade de PSF em que trabalho não é muito diferente do constatado nos casos apresentados, sendo praticamente inexistentes projetos e ações voltados para o acolhimento. Os problemas em humanização e estratégias para criação de vínculo com a comunidade são uma das principais barreiras enfrentadas para a implementação da ESF no município.

O tratamento integral de um paciente só será possível quando houver um acolhimento do outro naquilo que ele precisa e o seu reconhecimento como ser humano. Isso na saúde pública e em qualquer setor da sociedade não é altruísmo e nem moralismo é DEVER.

## REFERÊNCIAS

ALMA-ATA. Declaração, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em 05 julho 2011.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Comunic, Saúde, Educ**, n. 16, p. 41, 47, 48, 2004/ 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n6/12.pdf>. acesso em 21 Set. 2011.

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; ARTMANN, Elizabeth e TRINDADE, Zeidi Araujo. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciênc. saúde coletiva**, 2011, vol.16, suppl.1, pp. 1115-1124. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700043&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700043&tlng=pt). Acesso em 07 julho 2011.

BARALDI, Débora Cristina e SOUTO, Bernardino Geraldo Alves. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n.1, p. 10-17, Jan./Abr. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1918.pdf>. Acesso em 22 set. 2011.

BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de e SILVA, Ana Luisa Aranha e. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. 2007, vol.41, n.spe, pp. 815-819. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea12.pdf> Acesso em 05 julho 2011

BARROS, Delba Machado; CASTILHO-SÁ, Marlene de. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010, 15(5): 2473-2482, ISSN 1413-8123. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a22.pdf> Acesso em 07 julho 2011

BECK, C.L.C e MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde**, Santa Maria, vol 34a, n 1-2: p37-43, 2008. Disponível em: <http://coralx.ufsm.br/revistasaude/2008/34a%281-2%2937-43,%202008.pdf>. Acesso em 07 julho 2011.

BESEN, C. B. *et al.* A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, n.1, p. 58, 66, 2007.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. **Ministério da Saúde, Acolhimento nas práticas de produção de saúde**, 2. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed.pdf)

Acesso em 04 de julho de 2011

BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização, 2004.** Disponível em: Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica [legislação na Internet]. Brasília; 2006. [citado 2009 out. 22]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em 04 julho 2011.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias e VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3569-3578. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a32.pdf>. Acesso em 04 de julho 2011

CAMARGO-BORGES, CELIANE e CARDOSO, Cármen Lúcia. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n2, Ago. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822005000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200005&lng=en&nrm=iso) Acesso em 07 julho 2011.

CAMELO SHH, Angerami ELS, Siklva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: um estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. Ver. **Latino-am enfermagem** 2000; 8(4):30-37 *apud* MEDEIROS, Flávia A; ARAUJO-SOUZA, Georgia C de; ALBUQUERQUE-BARBOSA, Aldenísia A and CLARA-COSTA, Iris do Céu. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública [online]**. 2010, vol.12, n.3, pp. 402-413. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>. Acesso em 07 julho 2011.

CAMPOS, Eugênio Paes, *et al*, Equipes do Programa Saúde da Família: Estresse profissional e dinâmica de trabalho. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 46-54, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/386/296> Acesso em 05 julho 2011

CAMPOS, GWS. **Considerações sobre a arte e ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas.** O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. P 29 a 87 *apud* SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, Dec. 2004. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso) Acesso em 03 fev. 2011.

CASATE, Juliana Cristina e CORREA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** . 2005, vol.13, n.1, pp. 105-111. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>. Acesso em 05 julho 2011.

CASTRO, Ana Luisa Barros de & MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2010, vol.26, n.4, pp. 693-705. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/12.pdf>. Acesso em 05 julho 2011.

CASTRO, Ana Luisa Barros de. A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008. **ENSP – Dissertações de Mestrado**, Rio de Janeiro, 2009, 215 p, disponível em <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/2470>. Acesso em 05 de julho de 2011

CAVALCANTE FILHO, João Batista; VASCONCELOS, Elisângela Maria da Silva; CECCIM, Ricardo Burg and GOMES, Luciano Bezerra. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface (Botucatu) [online]**. 2009, vol.13, n.31, pp. 315-328. ISSN 1414-3283. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a07v1331.pdf>. Acesso em 07 julho 2011

CHIESA, A. M.; VERISSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF **Manual de Enfermagem**. *apud* ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Comunic, Saúde, Educ**, n. 16, p. 41, 47, 48, 2004/ 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n6/12.pdf>. acesso em 21 Set. 2011.

COELHO, Márcia Oliveira e JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1523-1531. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>. Acesso em 07 julho 2011.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>. Acesso em 05 julho 2011.

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M. O. RENTERIA, J. M.; GUIMARÃES, C. A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 34, n. 6, p. 428-31 nov. -dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>. Acesso em: 18 de abr. 2011.

CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Abr. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200010&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11 Fev. 2011.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf). Acesso em: 07/07/2011.

DEMENECK, Katia Aparecida. Características da Atenção Primária à Saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 37**, nº. 1, de 2008. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/541.pdf> Acesso em 05 julho 2011

DONNANGELO FMC, Pereira L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976 *apud* CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>. Acesso em 05 julho 2011.

ESMERALDO, Geordany Rose de Oliveira Viana, *et. al.*. A Análise do Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família sob a Perspectiva do Usuário, **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 119-130, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/117/194> Acesso em 07 de julho 2011

FALK, Maria Lúcia Rodrigues; FALK, João Werner; OLIVEIRA, Francisco Arsego de; MOTTA, Marta Silvana da. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2010 Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/350/291>. Acesso em 05 julho 2011.

FAUSTO, M. C. R. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – **Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2005 *apud* CASTRO, Ana Luisa Barros de. A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008. **ENSP – Dissertações de Mestrado**, Rio de Janeiro, 2009, 215 p, disponível em <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/2470>. Acesso em 05 de julho de 2011.

FRANCO TB, BUENO WS, Merhy EE. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 1999; 15:345-53 *apud* SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s100-s110. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/15.pdf> Acesso em 07 julho 2011.

GUSMAO-FILHO, Fernando Antônio Ribeiro de; CARVALHO, Eduardo Freese de and ARAUJO JUNIOR, José Luiz do Amaral Correia de. Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Qualisus). **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1227-1238. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/032.pdf>. Acesso em 04 julho 2011.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n 1, p. 13-20, 2004 *apud* URBANO, Giseli Botini. Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí – PR. **Instituto de Medicina Social**, Disponível em [http://www.thesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/urbano\\_giseli.pdf](http://www.thesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/urbano_giseli.pdf). Acesso em 07 de julho 2011.

KANTORSKI, LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):594-601. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8707/7532>. Acesso em 04 julho 2011.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de *et al.* Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. 2010, vol.44, n.4, pp. 956-961. ISSN Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v44n4/14.pdf>. Acesso em 01 julho 2011.

MEDEIROS, Flávia A; ARAUJO-SOUZA, Georgia C de; ALBUQUERQUE-BARBOSA, Aldenísia A and CLARA-COSTA, Iris do Céu. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública [online]**. 2010, vol.12, n.3, pp. 402-413. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>. Acesso em 07 julho 2011.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis [online]**. 2010, vol.20, n.4, pp. 1419-1440. ISSN 0103-7331. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a19v20n4.pdf>. Acesso em 05 julho 2011.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva e MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. Enferm. USP**, 2009, vol.43, n.2, pp. 358-364. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v43n2/a15v43n2.pdf>. Acesso e 07 julho 2011.

NASCIMENTO, Paula Thais Avila do; TESSER, Charles Dalcanale, NETO, Paulo Poli. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. **Arquivos Catarinenses de Medicina** Vol. 37, no. 4, de 2008 . Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/607.pdf>. Acesso em 05 julho 2011.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa e VIERA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2006, vol.14, n.2, pp. 277-284. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>. Acesso em 07 julho 2011.

OLIVEIRA, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante *et al.* Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**. 2010, vol.44, n.2, pp. 429-436. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v44n2/27.pdf>. Acesso em 07 julho 2011.

PEDUZZI, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública** (pp. 103-109). São Paulo, v.35, n.1, *apud* CAMARGO-BORGES, CELIANE e CARDOSO, Cármen Lúcia. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n2, Ago. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822005000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200005&lng=en&nrm=iso) Acesso em 07 julho 2011.

PEREIRA, Adriana Dall'Asta, *et al.* Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):55-61. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9049/8439>. Acesso em 05 julho 2011.

PINHEIRO, Poliana Miranda e OLIVEIRA, Lúcia Conde de. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**. 2011, vol.15, n.36, pp. 185-198. Epub Dec 10, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop3710.pdf>. Acesso em 07 julho 2011.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ROCHA, Regina Lunardi and RAMOS-JORGE, Maria Letícia. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2010, vol.26, n.12, pp. 2316-2322. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/10.pdf>. Acesso em 07 julho 2011.

RICCI, Natalia Aquaroni; WANDERLEY, Fábio da Silva; OLIVEIRA, Marilda Siriani de and REBELATTO, José Rubens. O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 1125-1134. ISSN 1413-8123. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a44v16s1.pdf>. Acesso em 05 julho 2011.

ROCHA, Paulo de Medeiros *et al.* Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública** 2008, vol.24, suppl.1, pp. s69-s78. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/12.pdf>. Acesso em 04 julho 2011.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, Dec. 2004. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso). Acesso em 03 fev. 2011.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A.. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1):000-000, 2006. Disponível em [http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_534644224.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_534644224.pdf). Acesso em 05 julho 2011.

SILVA, Ana Caroline de Medina Alves e; VILLAR, Maria Auxiliadora Monteiro; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida e WUILLAUME, Susana Maciel. A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, **Brasil. Saude soc.** 2010, vol.19, n.1, pp. 159-169. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/13.pdf>. Acesso em 03 julho 2011.

SILVA. M. J. P.; **Comunicação tem Remédio**. 3. ed, São Paulo; Edição Loiyola, 2005.

SIMÕES Ana Lúcia de Assis *et al.* Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto & Contexto Enfermagem [en línea]** 2007, vol. 16 [citado 2011-03-24]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71416309>. Acesso em 24 março 2011.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, Dec. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292005000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000400013&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 Mar. 2011.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública [online]**.

2008, vol.24, suppl.1, pp. s100-s110. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/15.pdf>. Acesso em 07 julho 2011.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.115-36. *apud* ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Comunic, Saúde, Educ**, n. 16, p. 41, 47, 48, 2004/ 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n6/12.pdf>. Acesso em 21 Set. 2011.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, Governo Federal, 2002. Disponível em: [http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640\\_1\\_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1](http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1). Acesso em 21 set. 2011.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: **Instituto de Medicina Social**, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.

TRAD, Leny Alves Bomfim & ESPERIDIAO, Monique Azevedo. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. **Physis [online]**. 2010, vol.20, n.4, pp. 1099-1117. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a03v20n4.pdf>. Acesso em: 07/07/2011.

URBANO, Giseli Botini. Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí – PR. **Instituto de Medicina Social**, Disponível em [http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/urbano\\_giseli.pdf](http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/urbano_giseli.pdf). Acesso em 07 de julho 2011.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde: Unidade Didática 1 – Mód. 4**. Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; HEMMI, Ana Paula Azevedo; SANTOS, Regiane Veloso and PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Physis [online]**. 2010, vol.20, n.3, pp. 769-784. ISSN 0103-7331. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a05.pdf>. Acesso em 05 de julho 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria *et al.* Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]**. 2010, vol.10, suppl.1, pp. s131-s143. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/12.pdf>. Acesso em 07 julho 2011.