

ALFRÂNIA CÂNDIDA BARBOSA

**ACOLHIMENTO: UM OLHAR DIFERENCIADO SOBRE O
ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GOVERNADOR VALADARES
MINAS GERAIS
2011**

ALFRÂNIA CÂNDIDA BARBOSA

**ACOLHIMENTO: UM OLHAR DIFERENCIADO SOBRE O
ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Fernanda Magalhães Duarte

Governador Valadares

2011

ALFRÂNIA CÂNDIDA BARBOSA

**ACOLHIMENTO: UM OLHAR DIFERENCIADO SOBRE O
ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Fernanda Magalhães
Duarte

Banca Examinadora

Ayla Norma Ferreira Matos _____

Fernanda Magalhães Duarte _____

Dedicatória

Dedico a minha mãe Cleuza e o meu padrasto Sebastião, a minha irmã Stefania que me ama e acredita nos meus sonhos, ao meu querido e amado esposo que é uma pessoa especial que nunca deixou que o pouco tempo juntos prejudicasse a nossa vida conjugal.

A todos que contribuíram para a realização deste trabalho meu muito Obrigada.

Amo todos vocês!

Agradecimento

Agradeço a Deus em primeiro lugar pela oportunidade fazendo com que todos os obstáculos fossem sendo rompidos para que eu pudesse conquistar mais uma grande vitória. Agradeço pelo tempo que o mesmo Deus me proporcionou para prosseguir até o término deste trabalho, sei que o meu amor por Ele é tão grande, que me fez sobre saltar sob toda a dificuldade posta em minha frente. Agradeço a minha família pelo amor tão grande indispensável a mim. Também a minha Orientadora Fernanda Magalhães Duarte pela paciência e disponibilidade para atender-me nas minhas dúvidas e necessidades. Agradeço a Turma Beta pelas alegrias e os momentos descontraídos que passamos juntos. A minha inesquecível Tutora Ayla Matos com todo seu carinho e com seu jeito sóbrio de nos recepcionar a cada encontro: Você é demais!

O Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

O acolhimento é visto como tecnologia que possibilita a organização do processo de trabalho em saúde e a qualidade da assistência. O objetivo deste estudo foi identificar a importância do acolhimento na Estratégia em Saúde da Família. Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa com busca de artigos na base de dados da Bireme, Lilacs e Scielo, no período de 1990 a 2010. Para a busca de artigos foram utilizadas as palavras acolhimento, humanização e Estratégia Saúde da Família. O Acolhimento vem se caracterizando como uma tecnologia leve necessária no serviço de Atenção Primária a Saúde como forma de organizar os serviços em saúde, deixando clara a humanização entre usuário e trabalhadores, dando direcionamento e objetivo ao fluxo de atendimento e assistência, por meio de diretrizes que assegurem a direito legal de uma assistência prestada conforme preconiza o Sistema Único de Saúde. Conclui-se que o acolhimento visa diminuir a distância entre usuários e trabalhadores, criando laços de convivência de maneira a fluir com respeito e com resolubilidade, deixando clara a definição do que é acolhimento.

Palavras-chave: Acolhimento, Estratégia de Saúde da Família, Usuário, Trabalhador em Saúde.

ABSTRACT

The host is seen as a technology that enables the organization of the health work and quality of care. This study was to identify the importance of the host in the Family Health Strategy. We conducted a narrative review of the literature search of articles in the database of BIREME, SciELO and Lilacs, from 1990 to 2010. To search for articles used words were welcome, humanization and Family Health Strategy. The Home has been characterized as a soft technology needed in the service of Primary Health Care as a way of organizing health services, highlighting the humanization between user and workers, giving direction and purpose to the flow of service and support, through guidance to ensure a legal right to assistance as recommended by the National Health System concluded that the host seeks to bridge the gap between users and workers, creating bonds of harmony so as to flow with respect and with resolution, making clear the definition which is the host.

Keywords: Home, Family Health Strategy, The user, In Worker Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVO.....	13
3	METODOLOGIA.....	14
4	PROBLEMATIZAÇÃO.....	15
4.1	Surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como fator descentralizador.....	15
4.2	O Programa de Saúde da Família (PSF) e a reorganização da Atenção Primária.....	17
4.3	Conceito de acolhimento.....	19
4.4	O acolhimento como humanização entre usuários e trabalhadores.....	22
4.5	Acolhimento como um marco diferencial no Sistema Único de Saúde (SUS).....	23
4.6	Reflexão sobre o acolhimento no município de Itabirinha-MG.....	25
5	RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	27
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Depois de alguns anos de graduada e a procura de uma especialização em Atenção Primária que respondesse as minhas indagações, houve a oportunidade de estar ingressando no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, ministrado pelo Nescon (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva) – UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais).

Logo após o ingresso no curso vieram os módulos e a necessidade da escolha de um tema para o trabalho de conclusão do curso, não queria esboçar um tema que já estivesse em grande ascensão, mas algo que organizaria o serviço de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF). Dessa forma, escolhi desenvolver o trabalho sobre acolhimento, considerando que o mesmo é uma tecnologia indispensável que daria alma no processo de trabalho da ESF.

É necessário que no primeiro momento fique claro como se dá a definição do que é “Acolhimento: Acolhida. Acolhida: 1. Ato ou efeito de acolher, recepção. 2. Atenção, consideração. 3. Abrigo (4). [Sin. ger.: acolhimento.]”, no Dicionário da Língua Portuguesa (AURÉLIO, 2001, p. 12).

No contexto do serviço de saúde, a definição de acolhimento é algo além que os dicionários da Língua Portuguesa possam definir, pois acolhimento significa trazer o usuário para ser atendido e que neste atendimento pressupõe a garantia de toda a forma de acesso a este usuário/família.

Ao buscar o acesso, existem dificuldades e limites para o usuário, como os fatores sócio-econômicos, demográficos, culturais, religiosos, estes importantes para definição da busca ao acesso no serviço de saúde, que na maioria das vezes limita a população de estar solucionando a sua real necessidade. Para Solla (2005) é necessário que o acolhimento saia de uma mera escuta e passa a ser uma tecnologia leve onde o usuário fale sobre suas reais necessidades e, quando é ouvido, obtenha resposta positiva real para solução do seu problema, considerando que o final do serviço em saúde é resolver efetivamente o problema do usuário.

O modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como proposta incorporar o acolhimento e o vínculo entre usuário e trabalhadores da saúde, os mesmos vem trazendo a necessidade de revelar e solucionar a questão da (des) humanização do atendimento. Com isso, poderia solucionar os nós críticos que existem entre a relação da equipe de saúde em suas proporções éticas e culturais (SOLLA, 2005 *apud* TEIXEIRA et al, 2002).

A incorporação do acolhimento na construção da política de saúde é que sejam garantidos os princípios de acessibilidade, universalidade, equidade para que haja uma reorganização do processo de trabalho afim de que o médico não seja o ponto central de serviço em saúde, mas sim um integrante de uma equipe multiprofissional, para qualificar a relação trabalho em saúde e usuário, que deve dar uma conotação humanitária, de solidariedade e cidadania (BRASIL, 2009).

Tendo o acolhimento como uma proposta efetiva de responsabilidade clínica e sanitária por parte do sistema de saúde, abre-se um leque para que os vínculos sejam construídos entre usuários e trabalhadores, já implantados e incorporados dentro sistemas das três esferas (Federal, Estadual e Municipal) (SOLLA, 2005).

2 OBJETIVO

Analisar na literatura nacional a produção científica relacionada ao acolhimento na Estratégia Saúde da Família (ESF).

3 METODOLOGIA

Como metodologia de trabalho foi escolhida a revisão bibliográfica, com busca de publicações sobre o tema acolhimento dando importância para esta tecnologia dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF). Foram obtidos os dados para relação do trabalho das bases BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online). A pesquisa foi realizada de 05 de janeiro a 03 de julho de 2011.

Na realização da pesquisa online foram utilizadas palavras Acolhimento, Humanização, Estratégia Saúde da Família para o encontro dos artigos escolhidos.

Logo após, a leitura dos artigos, foi realizada uma seleção para assim poder começar a escrever o trabalho, fazendo uma reflexão dos artigos científicos elaborados nos anos de 1990 a 2010. Foram utilizados somente artigos em português, o que totalizou 19 artigos. Todas as informações foram lidas e analisadas.

4 PROBLEMATIZAÇÃO

4.1 Surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como fator descentralizador.

Através da Constituição Federal de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para que toda a população brasileira tenha acesso ao serviço de saúde. Antes o serviço e assistência médica estavam a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Sendo a Constituição Federal a maior lei do país. Em 1988 o Brasil promulga a 7ª Constituição também conhecida como Constituição Cidadã, havendo participação em massa da população, para elaboração da plena realização da cidadania. Tendo como objetivo construir as condições políticas econômicas sociais e culturais assegurando a efetividade dos direitos humanos com justiça com justiça social (BRASIL, 2009).

A Constituição de 1988 apresenta 05 artigos sobre saúde, os artigos 196 ao 200. Saúde é direito de todos e dever do Estado pressupondo a garantia dos serviços a todos. O Estado deve garantir o direito à saúde nas três esferas federal, estadual e municipal, e esse direito deve ser garantido mediante as políticas econômicas, acesso, universalidade, equidade, integralidade e ações que promova, proteja e recupera o usuário. É necessário que as políticas sociais garantam para o cidadão que o mesmo viva com dignidade: moradia, alimentação, educação, lazer, cultura e outros serviços (BRASIL, 2009).

Sabe-se que a saúde não é somente ausência de doença, ela está determinada pela forma em que vivemos e comportamos socialmente, o acesso a bens e consumos, a informação, a educação, saneamento básico, estilo de vida e novos hábitos, pressupondo a garantia ao direito à saúde (SCHIMITH e LIMA, 2004; BRASIL, 2009).

O artigo 198 da Constituição define ações e serviços que integram rede reorganizada hierarquizada, constituindo o sistema como único organizado por diretrizes: Descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 2009).

A Constituição Federal foi regulamentada em Dezembro de 1990 pela Lei Nº 8.080, que é conhecida como Lei Orgânica de Saúde ou Lei do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta Lei regulamenta em todo território as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. A Lei dispõe que a saúde é direito fundamental do ser humano que o Estado deve prover condições para que assim ocorra, o mesmo deve garantir a saúde na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que reduzem riscos de doenças e agravos, garantindo acesso universal e igualitário fortalecendo os fatores e condicionantes que favorecem uma condição digna a uma sociedade, dando condições de bem-estar físico, mental e social. Associadas a um conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas e privadas, que devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no Artigo 198 da Constituição Federal, estas ações devem ser executadas pelo Sistema Único de Saúde, seja direta ou mediante a participação privada onde são organizados de forma regionalizados, hierarquizada em níveis de complexidade crescentes respeitando suas competências e atribuições (BRASIL, 2009).

Segundo Brasil (2009), para que ocorra o cumprimento de promover, proteger à saúde é necessário organizar alguns princípios previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e na Lei Nº 8.080/1990 que são:

- Universalidade: atender a todos sem distinção e restrições, sem custo, tendo como direito a exames internações e tratamentos tanto no serviço público ou privado.
- Integralidade: deve organizar de forma que garanta a oferta necessária ao indivíduo e a coletividade independente da condição financeira, idade, moradia e outros.
- Equidade: é a forma de atendimento ou tratamento a todos os usuários de forma a garantir sua necessidade, pois cada indivíduo possui a sua.
- Participação da Comunidade: a comunidade deve atuar com o gestor no processo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta participação ocorre através das conferências de saúde no âmbito das 03 esferas e um colegiado permanente e deve esta representada de forma paritária, ou seja,

50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% gestores e prestadores de serviços.

- Descentralização: é transferência de responsabilidade de gestão para os municípios atendendo as determinações constitucionais e legais que embasam o SUS atribuindo às competências específicas a União, Estados, Distrito Federal e aos municípios.

- Regionalização: é a descentralização das ações e serviços de saúde no âmbito de pactuação entre gestores considerando suas responsabilidades garantindo o direito a saúde da população diminuindo as desigualdades sociais e território.

- Hierarquização: é a forma de organizar os serviços e suas ações para atender as diferentes necessidades de uma comunidade, estas ações estão sendo desenvolvidas no serviço de atenção primária a saúde com suas respectivas equipes de saúde da família.

O Sistema Único de Saúde (SUS) veio como forma de regulamentação do processo da reforma sanitária para fortalecer a forma de descentralização e organização da política de atenção primária a saúde (BRASIL, 2009).

4.2 O Programa de Saúde da Família (PSF) e a reorganização da Atenção Básica

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve início no Brasil em 1994, vendo a necessidade anteriormente prestada aos usuários propondo uma atenção primária que pudesse ofertar a sociedade uma saúde de qualidade nos 03 níveis das esferas (Federal, Estadual e Municipal) uma assistência integral e continua. O PSF veio como processo estruturador, organizando os serviços e práticas profissionais nas assistências, visando promover, prevenir doenças e trabalhar no processo de reabilitação. O PSF deixou de ser programa, pois programa é visto como termo que aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta organização (VIANA e DAL POZ, 1998).

Dentro do Programa de Saúde da Família remota a criação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) em 1991, como processo de parte da reforma do setor da saúde desde a Constituição 1998, para que a saúde seja qualificada e resolutiva. O Programa de Saúde da Família (PSF) se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil (VIANA e DAL POZ, 1998).

De acordo com a Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006 o Programa de Saúde da Família passa a ser Estratégia de Saúde da Família com função de reorganização do serviço, desta forma deixando definido o processo de trabalho de saúde em família: A implantação das equipes de saúde da família que é composta por uma equipe multiprofissional responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes com 40 horas semanais para todos e composta por no mínimo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, o número de agentes suficientes para cobrir 100% da população cadastrada com um máximo 750 pessoas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de 12 ACS por equipe de saúde da família.

É necessário que exista uma infra-estrutura para acomodação dessa equipe, onde possua consultórios para médicos, enfermagem, salas para reuniões e planejamento das ações, área para recepção, local para os arquivos e registros, sala da vacina, sanitários por unidade, equipamentos e materiais adequados para o elenco de ações programadas, há necessidade que haja fluxo de referência e contra-referência aos serviços especializados para apoio diagnóstico e regulação dos insumos necessários para o funcionamento (SANTOS et al, 2007).

A necessidade da incorporação de profissionais de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por 01 cirurgião dentista e 01 auxiliar de consultório dentário, equipamentos para a realização das ações presentes na modalidade 01. Já na modalidade 02 a equipe é composta pelos seguintes profissionais, no mínimo 01 cirurgião-dentista, 01 auxiliar de consultório dentário e 01 técnico de higiene dental com consultório dentário, estes são responsáveis por um território adscrito com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes,

tendo o comprometimento de estarem realizando ações conjuntas com toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006c).

É necessário que esta equipe multiprofissional esteja se capacitando e que educação permanente seja um processo contínuo, para o crescimento e fortalecimento da equipe para que quando as ações forem planejadas o usuário e a equipe perceba que seja garantido ao usuário o direito na continuidade do tratamento chegando até reabilitação (BRASIL, 2006c).

Ainda conforme a Portaria 648 de 28 de Março de 2006 são características do processo de trabalho de Saúde da Família:

Manter atualizado o cadastramento das famílias, usarem os dados para análise da situação de saúde processos sociais, econômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos do território; Conhecimento e mapeamento de área adscrita; Participar do gerenciamento dos insumos necessários para funcionamento da Unidade Saúde da Família; Desenvolver atividades de acordo com planejamento e programação realizados com base em diagnóstico situacional; Buscar integrar com instituições e organizações sociais e buscar parceiras; Ser um espaço de construção a cidadania; O Acolhimento não está restrito a um espaço ou local ou a um profissional específico, implica-se no compartilhamento de saberes e uma postura ética (BRASIL, 2006c).

Na seqüência por meio da Portaria GM/MS nº 154 de 24 de Janeiro de 2008 houve a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tendo como visão de ampliar as ações da atenção com maior resolubilidade apoiando a ESF na rede de serviços na territorialização, regionalização a partir da atenção básica.

4.3 Conceito de acolhimento.

Solla (2005); Coelho e Jorge (2009) desenvolvendo aspectos conceituais e metodológicos da avaliação da atenção básica em saúde identificam quatro dimensões do acolhimento: acesso - geográfico e organizacional; postura - escuta, atitude profissional-usuário e relação intra-equipe; técnica -trabalho em equipe, capacitação dos profissionais e aquisição de tecnologias, saberes e práticas; reorientação de serviços - projeto institucional, supervisão e processo de trabalho.

Para estes autores, trabalhar o acolhimento enquanto postura pressupõe uma atitude da equipe de saúde que permita receber bem os usuários e escutar de forma adequada e humanizada as suas demandas, inclusive solidarizando-se com o sofrimento. Dessa maneira é possível construir relações de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários.

A discussão sobre acolhimento nas unidades levanta questões relativas à qualidade do acesso e da recepção dos usuários e determina uma mudança do foco de tensionamento para dentro dos serviços, estabelecendo a relação médico-paciente como o caso mais emblemático. Nesta dimensão do acolhimento como postura também se situa as relações ao interior da própria equipe de saúde e entre níveis de hierarquia na gestão (SOLLA, 2005, p.496).

O trabalho em equipe e co-responsabilização em relação aos usuários favorecem o acesso a atenção primária, otimizando seus serviços, evitando filas nesse e nos demais níveis de atenção. Isso se estabelece com parte de uma política transversal de humanização do SUS, o HumanizaSUS, que propõe introduzir novas formas de interação entre profissionais e usuários do sistema de saúde qualificando seus vínculos de modo que todos sejam protagonistas desse processo de cuidado, no qual são destacados os aspectos sociais e subjetivos, paralelamente aos aspectos técnico-científicos. Para humanizar a relação serviço x profissional de saúde x usuários, não basta considerar a questão da responsabilidade, do respeito, pressuposto da realização da assistência. É necessário ultrapassar essa visão afetuosa da atenção e discutir o modo como os trabalhadores se relacionam com o seu principal objetivo de trabalho a vida e o sofrimento de um indivíduo e da coletividade (MÂNGIA et al, 2002; SCHOLZE et al, 2006).

Outra dimensão do acolhimento implica na construção de ferramentas que contribuam para a escuta e análise, identificando entre as soluções possíveis de serem ofertadas as mais adequadas às demandas apresentadas. A composição da equipe traduziria a incorporação de novos agentes e alterações no próprio processo de trabalho, relativas a mudanças na forma como os serviços são organizados. Assim, o 'acolhimento' assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, de 'diretriz de serviço', identificando demandas dos usuários e reorganizando o serviço. As atividades de

acolhimento teriam objetivo de buscar, ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde (SOLLA, 2005; TAVARES, MENDONÇA e ROCHA, 2009).

O acolhimento pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios do SUS, a partir de uma escuta qualificada que permita identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidade dos usuários, de modo a ofertar necessidades, segundo aqueles princípios do SUS. Mas as diferentes definições de acolhimento convergem em torno da comunicação, sendo considerado um modo de escuta no qual se estabelece empatia, demonstrando interesse pela fala do outro (GOMES e PINHEIRO, 2005; SCHOLZE et al, 2006).

Assim, 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 das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais (SOLLA, 2005; NERY et al, 2009).

O acolhimento deve seguir a responsabilização, a resolução e a autonomização do usuário. A recepção é o cerne do acolhimento-diálogo, ampliando o conceito para entendê-lo a partir de uma rede de conversações no serviço de saúde ao longo do qual são definidas as trajetórias que cada usuário necessita na busca de satisfação para suas demandas. A legitimidade do reconhecimento do outro e a insuficiência do conhecimento de cada um, além da fabricação de uma situação pelo conjunto de saberes presentes como síntese das disposições necessárias ao conhecimento (SCHOLZE et al, 2006).

Segundo o autor acima citado, como elemento inicial o acolhimento no processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves, as quais se referem o cuidado no seu sentido mais amplo não exigindo conhecimentos profissionais específicos. Isso difere da organização atual dos serviços de saúde, centradas nas tecnologias duras, intrinsecamente dependentes de equipamentos nas leve-duras, caracterizadas pelo núcleo específico de conhecimentos, como a consulta médica ou de enfermagem.

Além disso, rompe com a lógica hegemônica de agendas fechadas e pré-definidas e busca redirecionar a demanda espontânea para atividades organizadas pelo serviço para oferta programada. Implica em integração horizontal e vertical no sistema de saúde criando mecanismos que permitam identificar e acionar os recursos necessários para dar resposta adequada a cada ordem de problema identificado (SOLLA, 2005, p.497).

4.4 O acolhimento como humanização entre usuários e trabalhadores.

Através da Humanização entendemos que valorização dos diferentes atores implica no processo de produção em saúde. Os valores que permeiam a Política Nacional de Humanização (PNH) é autonomia, e o protagonista dos sujeitos (Usuários e Trabalhadores em Saúde) havendo responsabilidades entre eles, criando e estabelecendo vínculos sólidos, construção de redes, participação coletiva no caminho da gestão (REIS, MARAZINA e GALLO, 2004; BRASIL, 2006b).

A PNH do SUS visa atravessar diferentes ações e instâncias gestoras como:

Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; Contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2006b, p.14 e 15).

Conforme o autor citado acima, a Humanização do SUS se operacionaliza com:

A construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos; A troca e a construção de saberes; O trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar; A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da Saúde; O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede; O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas

das ações de saúde; A construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2006b, p. 16).

O Programa Nacional de Humanização opera com alguns dispositivos entendidos como tecnologia ou modo de fazer: Acolhimento, equipes de referência, projeto terapêutico, indivíduo ou saúde coletiva, colegiados, gestores, contratos de gestão, dentre destes dispositivos são usadas estratégias para que tanto os usuários quanto trabalhadores tenham melhores condições de atendimento e trabalho (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde propõe a garantia de agenda em função da análise de risco e das necessidades dos usuários, usando critérios de acesso, otimização no atendimento da definição de protocolos, direito a equipe multiprofissional, garantia de continuidade de tratamento, promoção, prevenção e cuidados, ações planejadas para o cuidado ao usuário respeitando suas necessidades (BRASIL, 2006b).

4.5 Acolhimento como um marco diferencial no Sistema Único de Saúde (SUS).

O acolhimento teve início no processo de reorganização do Programa de Saúde da Família quando chega a Estratégia de Saúde da Família como forma de organizar e reorganizar o serviço da atenção primária em saúde. Dentro dessa estratégia o acolhimento dentre tantas tecnologias usadas, chegou para mudar a características deste atendimento antes tão duro e pesado para uma forma humanizada e acolhedora. Recepcionar e acolher este usuário de forma leve, respeitando fazendo valer os seus direitos, trazendo de forma clara e objetiva acessibilidade, integridade e todas as diretrizes, respeitando a continuidade do tratamento de forma que o usuário entenda o seu real direito e valor dentro do processo saúde-doença, colocando dentro do serviço em saúde prestado pelos trabalhadores (BRASIL, 2006a; COELHO e JORGE, 2009).

Com o acolhimento percebe a mudança e a forma como o atendimento é feito respeitando o usuário e o profissional deixando claro quem atende e que

forma atende não deixando o usuário sem resposta evidenciando assim uma forma clara do trabalho que irá gerar uma assistência de forma qualificada e efetiva resultando em uma assistência resolutiva (BRASIL, 2006a).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006a, p. 21).

Como tecnologia leve o acolhimento dá continuidade a um serviço respeitando os usuários e trabalhadores em saúde gerando satisfação, contentamento trazendo benefícios e principalmente para os trabalhadores a satisfação e dever cumprido de estar apto para o trabalho e com perfil para o mesmo (BRASIL, 2006a).

O acolhimento favorece uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e serviços contribuindo para a promoção da cultura para a legitimação do sistema público de saúde possibilitando os avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores em defesa do SUS. Acolhimento implica em estar em relação com algo ou alguém nesse sentido de ação de estar com ou estar perto de, que afirma o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância, ética/estética/política nacional de humanização do SUS. Ética refere-se ao comprometimento com o relacionamento do outro na atitude de acolhê-lo com suas diferenças, Estética traz a construção de relações e encontros diários dando uma dignidade a vida e o viver, dessa forma dando cara a nossa própria humanidade, Política é o compromisso coletivo de desenvolver e envolver-se potencializando os protagonistas nos diferentes encontros (GOMES e PINHEIRO, 2005 BRASIL, 2006a).

A idéia que o acolhimento está presente em todas as relações quando pouco cuida-se dele parece ter ficado difícil exercer e afirmar o acolhimento no cotidiano, mas com atendimento humanizado, o acolhimento ganhou espaço e uma grande importância no diferencial da assistência dando cara, nome,

qualificação a um serviço outrora um pouco sem formato e otimização (BRASIL, 2006a).

O vínculo ocorre dentro do acolhimento quando estes dois movimentos se encontram: os usuários na busca do cuidado e os profissionais que se encarregam de executar este cuidado. Além do acolhimento criam-se vínculos pressupondo a mudança de relações entre profissionais, uniformidade na rede de serviço, postura ética entre usuários e profissionais (BRASIL, 2006a).

Dando a real importância ao acolhimento ele veio como tecnologia dentro do processo de classificação de risco no serviço em saúde para que possamos avaliar os riscos e sua vulnerabilidade, implica estar atento para o grau de sofrimento do usuário na agilidade do atendimento (BRASIL, 2006a).

4.6 Reflexão sobre o que é Acolhimento no município de Itabirinha–MG.

Através de entrevista com o Gestor Municipal de Saúde foram coletadas as seguintes informações. Na Equipe de Estratégia de Saúde da Família Barra do Itabira onde trabalho, situada na cidade de Itabirinha-MG, onde o horário de funcionamento é das 07:00 às 16:00 horas de segundas a sextas-feiras, o acolhimento é uma tecnologia inexistente, pois a minha equipe está centralizada dentro da Unidade Básica de Saúde junto com outra equipe (Equipe Sede). Não existe sala para todos os atendimentos, nem sala de enfermagem para que ocorra um atendimento qualificado, os atendimentos da enfermagem são feitos em corredores ou em possíveis salas vazias.

Diariamente são realizadas 120 consultas médicas onde o atendimento é feito por dois profissionais médicos que atendem no período da manhã e tarde. A demanda é totalmente espontânea, quem chega marca a sua consulta. Os médicos não fazem programação e planejamento das ações juntamente com os outros membros da equipe, não participam de educação continuada e permanente. Com isso, o processo de resolubilidade é deficiente, pois não depende de um profissional mais sim de uma equipe que esteja em sintonia plena.

Os profissionais médicos não participam das ações planejadas e das capacitações, ficando prejudicado todos os seguimentos da assistência em saúde. Os Agentes Comunitários, os Técnicos em Enfermagem e Enfermeiros trabalham de forma fragmentada com a Estratégia de Saúde da Família. A maior dificuldade é quando chegam os usuários com exames de atenção de média e alta complexidade para serem agendados nos serviços, pois não existem exames suficientes para essa demanda, com isso gera conflitos os usuários e trabalhadores.

No final desta demanda totalmente espontânea, e ninguém consegue resolver o problema dos usuários e os trabalhadores estão no meio de um fogo cruzado sem autonomia e poder de resolução.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre o conceito de acolhimento, na literatura há convergência que é considerado um modo de escuta no qual se estabelece empatia, demonstrando interesse pela fala do outro (SCHOLZE et al, 2006; GOMES e PINHEIRO, 2005). O acolhimento pode ser compreendido como uma forma de organização do trabalho em saúde e, como uma atitude desejável no fazer de todos os profissionais de saúde, especialmente na atenção primária (SCHOLZE et al, 2006). Nery, et al, (2009), complementa o acolhimento pressupõem que o encontro entre trabalhadores de saúde com os usuários seja marcado pela disponibilidade em receber, escutar e tratar humanizadamente, considerando suas necessidades e potencialidades, estabelecendo uma relação de interesse, confiança e apoio mútuo.

O acolhimento tende a produzir um fluxo dinâmico no interior da própria instituição e em sua articulação com outros recursos da comunidade, uma vez que, se responsabilizando pela busca de soluções para as necessidades da demanda, busca ativamente encontrar alternativas, seja no âmbito da assistência em si, seja no âmbito sócio-econômico, político e cultural. Define uma nova organização dos serviços, bem como promove o planejamento das ações de saúde e a construção dialética das práticas, na perspectiva da avaliação (MÂNGIA, et al, 2002).

Embora Scholze et al., (2006) afirme que a recepção de uma unidade de saúde seja o cerne do acolhimento-diálogo, alguns autores (Solla, 2005 ; Nery et at, 2009) destacam que o acolhimento é muito mais que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para responder as demandas dos usuários.

O Ministério da Saúde entende que tem a responsabilidade de ampliar esse debate, promover o envolvimento de outros segmentos e, principalmente, de tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde (BRASIL, 2006b). Inclusive, para Scholze et al, (2006); Gomes e Pinheiro, (2005) o acolhimento é uma estratégia para a aplicação dos princípios do SUS.

Em relação ao acolhimento significa atender a todos dando direito de acessibilidade, deixando claro a humanização no atendimento, respeitando a escuta não somente da doença mas dos problemas do usuário fazendo-o de forma qualificada, dando resposta a seus questionamentos até a resolução do seu problema. Sabendo também que o acolhimento não somente diz respeito à solução de problemas, mas a criação de vínculo entre usuários e trabalhadores fazendo com que haja eficácia no atendimento (SOLLA, 2005).

Só existe acolhimento quando há diálogo, escuta qualificada, envolvimento com a queixa do usuário, na solução dos problemas (SANTOS, 2007).

O acolhimento não está restrito a um espaço. É uma postura ética, não há necessidade de hora ou profissional específico, implica no compartilhar de saberes, necessidades, angústias ou forma alternativa para a solução e o enfrentamento de problemas (BRASIL, 2006b).

Para Mângia (2002), a expressão triagem significa seleção, separação e escolha. A prática da triagem é acompanhada de agendamento de consultas, o serviço de saúde preocupa-se em dividir e classificar sintomas e realizar o tratamento, criando uma relação vertical entre usuários e trabalhadores em saúde, com isso o serviço filtra o atendimento pela oferta baseado no atendimento previamente estabelecido.

Em relação às dificuldades de implantação do acolhimento como um princípio dentro da ESF percebe-se que a equipe ainda não está pronta para garantir este princípio dentro do serviço, pois vai além da existência de fatores que determinam a qualificação do atendimento através de uma escuta diferenciada. (SOLLA, 2005; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

O acolhimento começa na porta de entrada da UBS e termina quando há resposta e solução para as necessidades dos usuários, não está centrado somente em um profissional específico, mais sim em um servidor que saiba realizar uma escuta qualificada, dando oportunidade de estar escutando os problemas do usuário assim observando-o como todo, criando vínculo com este usuário, gerando confiança, não deixando criar lacunas para que ocorram satisfação e produção na resposta do contato com usuários e trabalhadores (SANTOS, 2007; BRASIL, 2009).

A triagem ganha espaço significativo dentro do serviço em saúde, quando não seria para ter essa proporção, entende-se que há necessidade de carga horária cumprida para que haja uma visão diferenciada do serviço como programação das

ações, agendas devidamente programadas, atuação de equipe multiprofissional (MÂNGIA, 2002; Portaria GM/MS 648, de 28 de Março de 2006).

Através do acolhimento realizado de forma preconizada, o usuário é autônomo dentro da oferta de serviço em saúde, sabe onde e a quem procurar quando necessário for (REIS, MARAZINA e GALLO, 2004; BRASIL, 2006b).

Trata-se de uma reorganização no processo de trabalho, quando o acolhimento é vinculado como um princípio mostrando um direcionamento para o andamento no atendimento qualificado gerando a satisfação dos usuários e profissionais (BRASIL, 2006a; COELHO e JORGE, 2009).

Dois pontos primordiais que garanti a qualificação no atendimento e uma escuta diferenciada que gera um acolhimento satisfatório é o comprometimento dos gestores e da equipe multiprofissional, realizando um atendimento humanizado quebrando as dificuldades e limites no acesso ao serviço em saúde (BRASIL, 2006c).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento trata-se de uma tecnologia leve essencial no processo de serviço em saúde, pois é visto como um atendimento diferenciado partindo de uma escuta qualificada. O acolhimento é o principal diferenciador dentro da ESF, pois é pela porta de entrada no primeiro contato que se sabe como será o atendimento até a sua resolução final. A equipe que trabalha na ESF deve ser qualificada para recepcionar, dar acolhida, pois trata-se da criação de vínculo e respeito, quando há uma escuta com qualidade os limites e as dificuldades são quebrados, quando a mesma de forma adequada e humanizada e suas demandas inclusive solidarizando-se com o sofrimento.

O comprometimento da equipe é um dos fatores importantes para que todo o processo de organização do fluxo de atendimento seja efetivo dentro do trabalho, pois é necessário harmonia e respeito para que tudo flua em sintonia.

Dentro de uma política nacional o acolhimento afirma-se como uma das diretrizes de maior relevância Ética/Estética/Política Nacional de Humanização do SUS onde há comprometimento com relacionamento com o outro, acolhendo suas diferenças, dando a importância a construção de relações e encontros diários e comprometimento coletivo.

Dentro de uma proposta inovadora para a Estratégia Saúde da Família Barra do Itabira para o município de Itabirinha – MG é necessário que a equipe seja multiprofissional, não trabalhando de forma fragmentada, e sim em sintonia, planejando e realizando ações, prestando uma assistência qualificada, principalmente utilizando uma agenda programada e não obtendo essa demanda que não atende o usuário com qualidade e não seja uma demanda totalmente espontânea. E que haja dentro do serviço um fluxograma de atendimento deixando o funcionamento claro e com objetividade, esclarecendo a função de cada funcionário e suas competências e atribuições.

Deve existir uma cobrança por parte do Gestor Municipal de Saúde, revendo a participação dos profissionais médicos para estarem integrando a equipe, promovendo o fortalecimento levando a organização dos serviços em saúde, com isso abrangendo as capacitações permanentes e continuadas,

dessa forma a organização será integrada a toda equipe. E também este Gestor deve ter plena autonomia sobre estes profissionais.

É necessária a participação ativa do Conselho Municipal de Saúde no conhecimento das ações, das implantações e do acompanhamento do serviço em saúde fiscalizando uma continuidade e uma resolução para que a comunidade esteja satisfeita no atendimento, ajudando a solucionar os problemas de médio a longo prazo dentro do serviço em saúde. Se preciso for solicitar uma seção extraordinária na Câmara Municipal para que o Legislativo junto ao Executivo faça cumprir os direitos constitucionais dos usuários, fazendo valer carga horária dos profissionais, exames de acordo com as necessidades dos usuários, deixando claro que “Saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Há uma necessidade de um fluxograma dentro do serviço para que não só os usuários, mas os funcionários saibam a quem se dirigir nas situações problemas quando necessário. Que a estrutura física seja adequada para comportar os atendimentos diários com salas e equipamentos adequados, para que o ambiente se torne mais aconchegante e acolhedor. Não deixando o serviço desorganizado, mas para que todos estejam satisfeitos e valorizados na prestação de um serviço, é necessário autonomia para que isso aconteça, começando do Gestor até ao Auxiliar de Serviços Gerais, que todos exerçam autonomia no seu setor de trabalho, obedecendo assim uma hierarquia.

Que a Estratégia Saúde da Família Barra do Itabira seja como um espelho que reflita organização, sobriedade, harmonia, segurança, confiabilidade e a maior delas o vínculo e o prazer do cuidar com responsabilidade respeitando uma comunidade. Ao chegar dentro da Unidade Básica de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família Barra do Itabira possa ser acolhido por qualquer profissional que esteja devidamente qualificado, recebendo um atendimento diferenciado desde o primeiro momento até a resolução da sua necessidade, não deixando nunca o usuário sem resposta sempre o direcionando, pois os principais atores são os usuários.

REFERÊNCIAS

BRAGA, Patrícia Emilia; CARDOSO, Maria Regina Alves; SEGURADO, Aluisio Cotrim. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.11, pp. 2653-2662. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2007001100013.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8080.htm>>. Acesso em: 05 de Junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3.ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, **Portaria GM/MS 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 28 de mar. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sãs/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em 20 de Abril de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho de agente comunitário de saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 10-11. ISBN 978-85-334-1628-4 (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

COELHO, Márcia Oliveira; 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 [online]**. 2009, vol.14, suppl.1, Rio de Janeiro. pp. 1523-1531. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232009000800026.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda, 1910-1989. **Miniaurélio Século XXI Escolar**: O Minidicionário da língua portuguesa/Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; coordenação de edição, Margarida dos Anjos, Marina Baird Ferreira; lexicografia, Margarida dos Anjos... [et al.]. 4ed. rev. Ampliada. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001, p. 12.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, vol.9, n.17, Rio de Janeiro. p.287-301, mar/ago 2005.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; SOUZA, Damaris Cecchetti de; MATTOS, Marcia Fernandes de; HIDALGO, Valéria Camanho. Acolhimento: uma postura, uma

estratégia. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. 2002, vol. 13, n.1. São Paulo. ISSN 1415-9104.

NERY, Sônia Regina; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez de; MELCHIOR, Regina; BADUY, Rossana Staevie; LIMA, Josiane Vivian Camargo de. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciência e Saúde Coletiva [online]**. 2009, vol.14, supl.1. Rio de Janeiro. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232009000800014.

REIS, Alberto Olavo Advincula; MARAZINA, Isabel Victoria; GALLO, Paulo Rogério. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, vol.13, n.3, São Paulo. p. 36-43. set-dez 2004.

SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo; RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; JORGE, Maria Salete Bessa. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2007, vol.23, n.1, pp. 75-85. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2007000100009.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2004, vol.20, n.6. ISSN 0102-311X.

SCHOLZE, Alessandro da Silva; ÁVILA, Laila Henrique de; SILVA, Manuela Menezes; DACOREGGIO, Simone Tozetto Kaveski. A Implantação do Acolhimento no Processo de Trabalho de Equipes de Saúde da Família. **Rev. Espaço para a Saúde, Londrina [online]**. 2006, vol.8, n.1, p. 7-12. Disponível em <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>>. Acesso em 15 de Abril de 2010.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.[online]**. 2005, vol.5, n.4, pp. 493-503.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?sci_arttext&pid=S1519-3829200500400013 Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 de Março de 2010.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ROCHA, Rosa Maria da. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2009, vol.25, n.5, pp. 1054-1062. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2009000500012.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro. 1998. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>>. Acesso em 15 de Março de 2010.