

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**DAISY TEREZA DIAS DA SILVA**

**TECNOLOGIAS LEVES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
ANALISANDO PRÁTICAS**

**JABOTICATUBAS**

**2013**

**DAISY TEREZA DIAS DA SILVA**

**TECNOLOGIAS LEVES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
ANALISANDO PRÁTICAS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte da exigência do para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Me. Lucas Miranda Kangussu

**JABOTICATUBAS**

**2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

SILVA, DAISY TEREZA DIAS DA

TECNOLOGIAS LEVES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
ANALISANDO PRÁTICAS [manuscrito] / DAISY TEREZA DIAS DA  
SILVA. - 2013.

40 f.

Orientador: Lucas Miranda Kangussu.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em  
Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade  
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção  
do título de Especialista em Formação Pedagógica para  
Profissionais da Saúde.

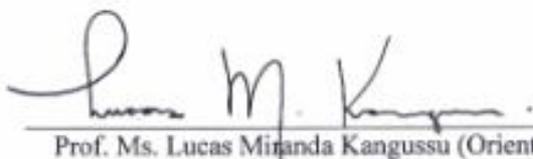
1.Tecnologias leves. 2.Atenção primaria. 3.Saúde. I.Kangussu,  
Lucas Miranda . II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola  
de Enfermagem. III.Título.

Daisy Tereza Dias da Silva

**TECNOLOGIAS LEVES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA: ANALISANDO AS PRÁTICAS ENTRE ATORES**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Ms. Lucas Miranda Kangussu (Orientador)



Profa. Dra. Geralda Fortina dos Santos

Data de aprovação: 15/02/2014

## RESUMO

Trata-se de uma revisão bibliográfica que contextualiza as tecnologias leves na prática da atenção primária no Brasil, sendo esta considerada como porta de entrada do serviço de saúde. A revisão bibliográfica permite a reunião e síntese de vários estudos que contemplam o tema abordado, possibilitando um amplo aprendizado através da construção do trabalho. Os artigos científicos pesquisados foram extraídos das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), SCIELO-Scientific Electronic Library Online e livros e revistas sobre Atenção Primária e Saúde Pública no Brasil. Entende-se que a contextualização das tecnologias leves na atenção primária, está diretamente ligada a satisfação do usuário, bem como do profissional. É notório as vantagens dessas práticas humanizadas no novo modelo de assistência à saúde, uma vez que este visa uma reorganização das ações onde o foco principal da atenção passa a ser a família em seu contexto biopsicossocial.

**Palavras-chave:** Tecnologias leves. Atenção primária. Saúde.

## **ABSTRACT**

This is a bibliographic review that contextualizes light technologies in the practice of primary care in Brazil, which is considered as a gateway to the health service. The literature review allows the gathering and synthesis of several studies that address the topic addressed, providing extensive learning through construction work. The papers surveyed were extracted from databases: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) , Virtual Health Library ( VHL ) , SCIELO - Scientific Electronic Library Online , and books and magazines on Primary Care and Public Health in Brazil. It is understood that the contextualization of soft technologies in primary care, is directly linked to user satisfaction, as well as the professional. It is noticeable benefits of these humane practices in the new health care model, since it aims at a reorganization of shares where the main focus of attention becomes the family in their biopsychosocial context.

**Key-words:** Light technologies. Primary care. Health.

## **LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS**

APS- Atenção Primária à Saúde

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

PSF Programa Saúde da Família

SCIELO- Scientific Electronic Library Online

SUS- Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>15</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>17</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	17
4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	17
4.3 COLETA DE DADOS.....	17
4.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	18
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>19</b>
5.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	19
5.2 O VÍNCULO NA PRÁTICA DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA...20	
5.3 ACESSO: PROBLEMAS CONCEITUAIS NA PRÁTICA DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS.....26	
5.4 ACOLHIMENTO: DE SUAS BASES CONCEITUAIS À PRÁTICA NA REALIDADE DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS .....	29
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a instituição que define a estrutura de assistência à Saúde Pública, e os serviços são prestados por órgãos e instituições públicas de nível federal, estadual, e municipal, tanto da administração direta como da indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (CHIODI, MARZIALE, 2006).

O SUS está organizado em três níveis de complexidade para o atendimento da demanda: nível primário, nível secundário e nível terciário. A totalidade das ações e dos serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida por esse conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município, voltado ao atendimento integral da população (CHIODI, MARZIALE, 2006; BRASIL, 1990).

De acordo com a lei Nº 8.080 de 1990 o nível primário de saúde constitui-se como a principal porta de entrada para os serviços de saúde, bem como o primeiro contato do usuário que procura atendimento, obedecendo os princípios da descentralização, regionalização e hierarquização dessa rede de serviços (BRASIL, 1990).

Para concretização desse princípio o desafio foi reformular as prioridades do Ministério da Saúde em relação à organização da Atenção Primária. Passou-se, então, a organizá-la com base na integração entre a unidade de saúde e a comunidade, dentro de dado território, de acordo com o princípio de regionalização disposto na lei supracitada, tendo por referência o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (BRASIL, 1990; MENDONÇA, VASCONCELOS, VIANA, 2013).

Assim, desde 1994, quando foi implantada, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que vem norteando a política de saúde para a atenção primária em todo o território nacional, visando uma reorganização da prática assistencial, onde o foco da atenção é a família a partir do seu ambiente psicossocial, permitindo às equipes uma visão bem mais ampliada do processo saúde-doença e das reais necessidades que as envolve. E substituindo o modelo tradicional orientado para cura de doenças e para o hospital (PEREIRA, 2006).

Atenção Básica à Saúde compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação e constitui o primeiro nível da atenção e porta preferencial de acesso ao

Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013; TAKEDA, TALBOT, 2006).

Sendo os serviços da atenção primária a porta de entrada do usuário para assistência no SUS, é imprescindível que este seja capaz de atender à demanda de forma organizada e eficiente, capaz de responder a necessidade de saúde do usuário, promovendo a satisfação do mesmo a fim de estabelecer com ele uma relação de confiança (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013).

Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), a saúde na atenção primária se tornaria um processo revolucionário, vindo para resgatar princípios fundamentais de acesso, acolhimento, vínculo, co-responsabilidade e outros que contribuem efetivamente para humanização do atendimento e trabalho dos profissionais e usuários da saúde (MASCARENHAS 2003).

Na atenção primária, a prestação dos serviços está pautada no uso das tecnologias leves, não se restringindo apenas em instrumentos materiais de trabalho, mas sim no conhecimento e aplicação de saberes que operam para organização das ações humanizadas e na expressão do trabalho vivo junto ao usuário, possibilitando produzir componentes vitais; acolhimento, vínculo, acesso, autonomização entre outros (MARQUES, LIMA 2004).

Sabe-se que o trabalho na saúde não deve focar apenas no conhecimento técnico científico, mas também na qualificação dos trabalhadores de forma que ocorra uma mediação entre profissional e usuário através de um processo humanizado de convívio (MARQUES, LIMA 2004).

Para conhecer a qualidade em serviço de atenção primária é necessário desenvolver um processo crítico-reflexivo sobre práticas implementadas no âmbito do sistema único de saúde. A Avaliação e reflexão na atenção primária constituem-se em um importante instrumento do gestor para verificar o cumprimento da programação; a resolubilidade dos serviços básicos; a capacidade de infra-estrutura e equipamentos; as condições de recursos humanos; a acessibilidade dos usuários aos serviços; a participação social e a coerência entre as práticas da atenção primária e os princípios básicos do Sistema Único de Saúde. Sendo assim este processo gera elementos que norteiam o planejamento das ações (GALVÃO, 2008).

## 2 JUSTIFICATIVA

O conhecimento da qualidade do serviço da atenção primária está intimamente ligado a prática, avaliação e reflexão, nos permitindo o desenvolvimento de um processo crítico-reflexivo sobre as ações implementadas no âmbito do SUS (GALVÃO, 2008).

Entender sobre a aplicação das ações prestadas pelos profissionais de saúde no âmbito da atenção primária constitui-se como importante instrumento do gestor para verificar o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, bem como a resolubilidade dos serviços básicos; a capacidade de infraestrutura e equipamentos; as condições de recursos humanos; a acessibilidade dos usuários ao serviço; a participação social; e a eficácia da promoção e prevenção dessas ações (COSTA, 2008).

Participar é uma forma de avaliar a efetiva construção e aperfeiçoamento deste amplo sistema. É buscar a adaptação das equipes dos programas de saúde da família à aderirem aos protocolos e normas, respeitando o cotidiano, o cenário de atuação, bem como as necessidades dos usuários que são assistidos e que tipo de atendimento é oferecido por essas equipes, de forma a repensar nas práticas das ações oferecidas buscando melhores resultados, num processo contínuo de aprendizagem e de comprometimento (COSTA, 2008; DIERCKS, TAKEDA, 2007).

A partir da revisão de literatura sobre a prática das tecnologias leves na atenção primária, através dos usuários e profissionais da saúde entenderemos quais elementos serão capazes para nortear o planejamento dessas ações tornando-as resolutivas e eficazes (MARQUES, LIMA, 2004).

### **3 OBJETIVO**

Discutir o uso das tecnologias leves na atenção primária à saúde.

### **CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA**

Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. (MATTA & MOROSINI, 2006)

A APS no Brasil veio como forma de organização dos serviços do SUS, incorporando princípios de reforma sanitária, levando este serviço a designação de atenção e uma reorientação do modelo assistencial a partir da integração de redes de cuidados à saúde. (MATTA & MOROSINI, 2006)

Havendo uma necessidade de fortalecer a APS no Brasil, sob uma perspectiva focalizada e através de um conjunto de ações como: extensão de cobertura, tecnologia simplificada, nível de atenção, cuidados primários e atenção básica. A APS como organização de ações política e regionalizadas tem como eixo principal e estruturante a saúde da família. (FAUSTO, 2005)

Segundo MERHY, 2003, A mudança do modelo assistencial pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo ( em ato) sobre o Trabalho Morto (instrumental e saber tecnológico). Os dois tipos de modelos estão interligados no conjunto de ações nas APS, formando a composição técnica de trabalho quando há uma hegemonia entre ambos. O trabalho vivo sobre o trabalho morto, estando no mesmo direcionamento, significa que há uma satisfação na produção de saúde com base nas tecnologias leves.

No campo da saúde, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer à lógica do ‘trabalho morto’, aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados. O ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas “tecnologias leves” (MERHY, 1997).

As tecnologias leves são tecnologias relacionais, não instrumentais, capaz de produzir cuidados através do trabalho em saúde, são relações intercessoras no trabalho vivo, é a integralização do cuidado prestado, centrado nas necessidades do usuário assistido. São as tecnologias leves que associam as relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão por toda extensão dos serviços de saúde. (MERHY, FRANCO, 2003).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de uma revisão bibliográfica, da literatura nacional que:

“revisão bibliográfica permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas (CHIODI, MARZIALE 2006, TAKEDA 2007).

### **4.2 Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos anos 1997 a 2013.

A análise e a síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas a partir da visualização da relação de confiança e os denominadores comuns entre usuários e profissionais da atenção primária, como: avaliação em saúde, acesso, acolhimento e vínculo.

### **4.3 Coleta de dados**

Trata-se de um estudo realizado por meio de levantamento bibliográfico baseado em uma revisão bibliográfica.

Realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Livros e Revistas sobre Atenção Primária e Saúde Pública no Brasil. Foram utilizados descritores e suas combinações na língua portuguesa: “Atenção Primária à saúde”, “Avaliação em Saúde”, “Acolhimento”

Literatura de revisão como assunto”, “Acesso” e “Vínculo”. Para estudos realizados no Brasil.

#### **4.4 Análise dos Dados**

Na presente revisão bibliográfica, foi realizada a análise de sessenta e quatro artigos, que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

As maiorias dos artigos incluídos na revisão integrativa têm como autores profissionais da saúde inseridos no Programa Saúde da Família, estando todos publicados em revistas científicas.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na análise dos resultados encontrados, foram consideradas quatro categorias principais: avaliação em saúde, estudos avaliativos sobre vínculo, estudos avaliativos sobre acesso e estudos avaliativos sobre acolhimento.

Os artigos selecionados e analisados para a elaboração dos resultados foram os que tratavam diretamente de uma das quatro categorias principais.

### **5.1 Avaliação em Saúde**

De uma maneira geral os estudos que avaliam a satisfação de usuários vem recebendo inúmeras críticas, no que diz respeito às limitações metodológicas destes estudos (GONÇALVES, 2005).

Não há um esforço em se contextualizar culturalmente os sujeitos, limitam-se apenas à mensuração da satisfação com o serviço prestado, através de perguntas dicotômicas relacionadas a satisfação ou insatisfação, deixando de contemplar considerações sobre a maneira de viver, crenças e compressões sobre o processo saúde-doença dos usuários, esses aspectos podem influenciar o modo em que estes utilizam os serviços, podendo a partir de uma compreensão ou utilização equivocada dos serviços, levar a possíveis questionamentos sobre a fidedignidade dos resultados (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Sobre o assunto satisfação de usuários, o que se observa na literatura, é que a maioria dos estudos encontrados, independente de ser qualitativo, quantitativo, ou outro, apresenta como resultado altas taxas de satisfação, mesmo em situações em que as expectativas sobre os serviços são negativas. Isto tem levado os pesquisadores a questionar a validade destes tipos de estudo (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

A não observância dos critérios metodológicos dos estudos pode se explicar pelo fato de que a satisfação dos usuários quase sempre é um objeto de interesse apenas para gestores e administradores preocupados em melhorar a qualidade dos serviços de saúde (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Existe pouco consenso entre os pesquisadores sobre qual dos instrumentos de medida de satisfação escolher. A maioria dos instrumentos não foi testada em outros sistemas de saúde, impossibilitando a adaptação às condições de outros serviços<sup>15</sup>.

A falta de padronização entre os instrumentos dificulta muito a comparação dos resultados. A maioria dos pesquisadores do tema desenvolve instrumentos de medidas próprios sem descrever os procedimentos adotados, dificultando a avaliação da eficácia destes (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Na literatura também se discute sobre o modo como as questões sobre satisfação são endereçadas, se a abordagem é direta ou indireta (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

É questionada a sensibilidade dos métodos em discriminar usuários satisfeitos e insatisfeitos quanto a utilização das dimensões selecionadas para o estudo de satisfação (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Diante de tantos questionamentos é importante uma análise reflexiva das produções metodológicas atualmente existentes (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

No intuito de se disponibilizar padrões de medidas que contribuam para uma tomada de decisão, além de oferecer subsídios para se aperfeiçoar os serviços de saúde (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

## **5.2 O vínculo na prática dos usuários e profissionais da atenção primária**

"A vinculação é uma tarefa nobre e não um jogo de sedução para perpetuar a necessidade de lisonja do profissional. A vinculação é um compromisso, uma manobra bem intencionada, calculada, sem ser fria, movida basicamente pela intuição e pelo sentimento do profissional" (ESPEREDIAO, TRAD, 2010).

No Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, vínculo é definido como “tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; gravame, ônus, restrições; relação, subordinação; nexos, sentido” (TRAD, 2002).

Já na área da saúde refere-se a uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o científico e o empírico, profissional e usuário, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos, favorecendo a integralidade da atenção à saúde (BENETTON, 2002).

É importante as equipes estabelecerem vínculos mais fortes com os usuários, pois favorece o acesso, resgata a autoconfiança, o que seria refletido em fortes laços interpessoais, de cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde (FERREIRA, 2006).

Saber ouvir e escutar as queixas desperta sentimento de importância, por parte do usuário, favorecendo o estabelecimento de confiança para com o profissional e, inquestionavelmente, facilita a formação do vínculo. O atendimento de qualidade, também, faz com que o usuário sinta que seus direitos de cidadão estão sendo garantidos e respeitados (SANTOS, 2008).

Entre outros vários benefícios, o vínculo favorece a participação dos usuários durante a prestação do serviço de saúde, ampliando a eficácia das ações, podendo até mesmo ser considerado decisivo para a evolução do cliente para a cura (CAMPESE, 2006; MONTEIRO, FIGUEIREDO, MACHADO, 2009).

Para a formação do vínculo, estratégias que facilitam a participação comunitária, o compartilhamento de experiências e saberes é eficaz, além de favorecerem a tomada de decisão para o autocuidado (ESPEREDIAO, 2010).

Em 2008 foi realizado um estudo para avaliar o grau de importância que a formação de vínculo representava aos estudantes do primeiro ano da especialização em saúde da família na universidade de Franca (MOYSES, MOYSES, KREMPEL, 2004).

Esse estudo consistiu na avaliação da importância dos seguintes itens, equipe, vínculo, política, liderança, equipamento, espaço físico adequado e profissionais, para se alcançar o objetivo do PSF, disposto em três questões (MOYSES, MOYSES, KREMPEL, 2004).

A primeira questão dispunha sobre a implantação do PSF, e o vínculo foi tido pelos profissionais em quarto lugar de importância com apenas 5% dos votos, sendo considerado o mais importante para tal implantação a ESF com 38% dos votos (MOYSES, MOYSES, KREMPEL, 2004).

Essa classificação feita pelos profissionais além de se mostrar bastante retrógrada, em um modelo onde o profissional de saúde ainda é visto como protagonista da assistência vai contra a política do ministério da saúde que considera a sensibilização da população como a primeira etapa, e atribui a eficácia dessa ao vínculo (DIAS *et al*, 2009).

A sensibilização da população tem como principal objetivo a disseminação das idéias centrais da proposta. É o momento em que os profissionais de saúde e a população devem ser instigados a reconhecer a Estratégia de Saúde da Família como uma proposta possuidora de grande potencial para transformar a forma de prestação da

assistência primária, de acordo com as diretrizes operacionais e os aspectos de reorganização das práticas de trabalho (DIAS *et al*, 2009).

O objetivo da etapa de sensibilização é constituir as alianças e as articulações necessárias ao pleno desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família. Considerando o usuário como autor principal para o sucesso do programa, ele é o foco principal dessa sensibilização, e a relação de confiança estabelecida com este é que servirá de alicerce para a construção do restante do processo (DIAS *et al*, 2009).

A segunda questão tratava do bom funcionamento do PSF, nesta, mais uma vez o vínculo veio em quarto lugar com 13,5% das respostas, e como item mais importante mais uma vez foi considerado a ESF, com 38% dos votos (MOYSES, MOYSES, KREMPEL, 2004).

Esse resultado confirma a observação feita acima, que reflete a uma valorização em excesso do profissional de saúde, por si próprio, em se tratando de assistência.

A avaliação do atendimento está ligado a qualidade do serviço prestado, a obtenção do resultado esperado. Sabe-se que na saúde, a prestação de serviços tem dimensão complexa, está na esfera da produção não material, onde serviço e produto são gerados simultaneamente de forma que o produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade (ANDRADE *et al*, 2008).

É fato portanto que o bom atendimento, demanda das equipes satisfatório envolvimento com a comunidade, deixando claro, que para o bom funcionamento, mais do que a presença da equipe, o primeiro fator em ordem de importância é a relação desta com a comunidade, ou seja, o vínculo (ANDRADE *et al*, 2008).

Insistir na equipe como foco do processo de cuidados em saúde demonstra falta de entendimento da proposta de reorientação da assistência, o que sugere que houve nova denominação para um processo que pode ser definido com o mesmo conceito do modelo curativista (MONTEIRO, FIGUEIREDO, MACHADO, 2009).

Somente na terceira pergunta deste estudo que se tratava da satisfação do usuário, o vínculo foi considerado em primeiro lugar de importância, com 65% da preferência (MOYSES, MOYSES, KREMPEL, 2004).

Dentro dessa consideração, onde o vínculo é tido como mais importante apenas para garantir a satisfação dos usuários, parece que os profissionais não identificam essa satisfação como marcador para sucesso da implantação, bem como para bom

funcionamento do serviço, pois nessas questões o vínculo não recebeu a devida importância.

Um outro estudo tratava da identificação das estratégias utilizadas pelos profissionais para formação de vínculo em um PSF de uma unidade primária no Ceará. Nesse estudo além de levantar as estratégias utilizadas pelos profissionais, investigou-se o que eles consideravam imprescindível na estrutura, e no processo para a obtenção do resultado (vínculo) (BOCCHI, *et al*, 2007).

De acordo com o discurso dos profissionais sobre o que é vínculo, eles consideram que é a relação entre profissionais, usuários e serviços, relação esta pautada na confiança, cumplicidade e afinidade entre os mesmos, favorecendo um atendimento humanizado e resolutivo (BOCCHI, *et al*, 2007).

Nota-se que a percepção do conceito pelos profissionais não se encontra longe da realidade proposta, e que as opiniões convergem sempre a um ponto central que é o campo relacional.

Responsabilidade Relacional (RR) é considerado um dos recursos mais condizentes consonante com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente da Atenção Primária (SCHIMITH, LIMA, 2004).

A RR trata sobre o processo de se relacionar, propondo uma intervenção mais participativa na assistência, favorecendo a aproximação e vínculo entre os atores sociais envolvidos, instigando o comprometimento e co-responsabilização. Ressaltando uma autonomia que nada tem haver com individualismo, mas com capacitação e orientação do usuário na sua tomada de decisão (SCHIMITH, LIMA, 2004).

Quando questionados a respeito de estratégias utilizadas na construção do vínculo, os profissionais relatam que ouvir as queixas, prestar um bom atendimento, a formação de grupos, reuniões, acolhimento, visita domiciliar, esclarecimento de dúvidas além de informações sobre o que é o PSF, tudo isto é utilizado na construção deste vínculo (BOCCHI, *et al*, 2007).

Os grupos operativos comunitários têm sido cada vez mais utilizados na área da saúde, pois têm se mostrado eficazes entre outras coisas para o estabelecimento de vínculos interpessoais, através da troca de saberes e valorização do conhecimento empírico (BORGES, *et al*, 2013).

O acolhimento visto como postura ética e realizado em consonância para realização dos objetivos para o qual foi criado favorece a construção de uma relação de

confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a formação do vínculo de forma eficaz (SANTOS, ZANETTI, OTERO, 2007).

Com a implementação do Programa Nacional de Humanização (PNH), o conhecimento por parte dos usuários, no que diz respeito aos seus direitos enquanto cidadão e quanto aos objetivos e operacionalização do PSF, se tornou uma responsabilidade da ESF, a orientação dos usuários a respeito desta questão, tem como objetivo torná-los capazes de participar e avaliar a assistência prestada (SIMOES, *et al*, 2007).

Apesar de ser considerada uma estratégia eficaz, avaliações dos usuários evidenciam que estes ainda possuem poucos conhecimentos sobre o que é papel da atenção primária, e os serviços que devem ser oferecidos por outros níveis de assistência (Brasil, 2003).

Uma prova disso é que aspectos como a falta de especialistas, falta de atendimento 24 horas por dia, finais de semana e feriados, bem como a falta de médicos diariamente são os principais fatores citados pelos usuários quando questionados sobre fatores que os deixam insatisfeitos e interferem na formação de vínculo (SBERSE, CLAUS, 2003; IBANEZ, 2006).

Diante disso, é questionável se na presença do conhecimento adequado, seriam esses os problemas levantados. E se de fato, os usuários identificassem quando seus direitos estivessem sendo infringidos, as cobranças seriam direcionadas corretamente, aumentando o poder de resolubilidade dele sobre o sistema.

Quando questionado aos profissionais sobre elementos que denotam a formação do vínculo no serviço da atenção primária, eles ressaltam a confiança da população para com eles e respondem que profissionais e usuários se conhecem (BOCCHI, *et al*, 2007).

Sem dúvida o aprofundamento relacional entre profissionais e usuários em sua unidade básica de saúde, é sinal de vínculo. Vínculo está relacionado à exteriorização da alma, através da solidariedade, da escuta, do cuidado, da ajuda e do amor; é conquistar uns aos outros sem apontar as diferenças para assim obter um vínculo afetivo e com responsabilidade (IBANEZ, 2006).

A idéia de formação do vínculo através da confiança e intimidade, intermediadas pelo processo de comunicação entre as partes envolvidas, profissional versus usuários, agregado nas relações interpessoais, asseguram que cuidar-ensinar, está diretamente

ligado na aproximação e no desenvolvimento da confiança e vínculo durante as interações dos mesmos (BORGES, *et al*, 2013).

Vê-se a importância de conhecermos significados, expressões e estrutura que se ligam à cultura e vida dos usuários, pois através deste conhecimento ficará mais forte a confiança e o vínculo estabelecido entre os usuários e profissionais, sendo o último o educador em saúde, aplicando ações e práticas voltadas para o cuidado (BORGES, *et al*, 2013).

No questionamento relacionado aos elementos indispensáveis à formação do vínculo os profissionais disseram ser necessário organização e qualidade do serviço, compromisso, confiança, respeito, empatia e participação da comunidade (BOCCHI, *et al*, 2007).

Quando se fala em organização deve-se ter em mente os princípios organizacionais do SUS que são: Regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos, descentralização, participação do cidadão e complementaridade do setor privado (SILVA, SILVA, 2006).

Quando se fala em formação de vínculo, os princípios organizacionais são de fato de grande importância conforme levantado pelos profissionais, os de maior representatividade são regionalização e resolubilidade (SILVA, SILVA, 2006).

A regionalização contribui para a formação de vínculo, pois prevê a delimitação de pequenos grupos, de acordo com características geográficas, e socioculturais, já o princípio de resolubilidade, que prevê uma resposta adequada a demanda, aumenta a confiança do usuário no serviço, e favorece dessa forma a formação do vínculo (SOUZA, 2001)

Outro fator considerado como imprescindível pelos profissionais foi empatia. O sentimento de empatia significa basicamente a capacidade de se colocar mentalmente no lugar do outro, e para que ocorra a empatia como processo terapêutico, é fundamental que se desenvolva um relacionamento de respeito mútuo e que o profissional preste cuidado respeitando a cultura, crenças e valores da pessoa (TAKAKI, SANT'ANA, 2004).

A participação popular é a garantia de que a população participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Ao participar do processo na tomada de decisões o usuário

se sente importante no contexto do cuidado com sua saúde, e passa a ver o profissional como um aliado, o que facilita a formação do vínculo (BOSI, AFFONSO, 1998).

Apenas três anos após a implantação do PSF, já se identificava dificuldade dos profissionais de correlacionar o êxito terapêutico no vínculo com o cliente, e hoje 16 anos após a implantação, não se nota muito evolução quanto o que pode ser considerado passo primordial para reorientação da assistência (SEGRE, FERRAZ, 1997).

### **5.3 Acesso: Problemas conceituais na prática de profissionais e usuários**

“não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei” (ASSIS, VILLA, NASCIMENTO, 2003).

Acesso é um conceito complexo, e por isso, na maioria das vezes é entendido e usado de forma inadequada, principalmente no que diz respeito em sua relação com serviços de saúde, quando este termo é usado para caracterizar alguns aspectos determinantes do uso destes serviços (TRAVASSOS, MARTINS, 2013).

A variação na aplicação de conceitos para esse termo, ou mesmo, a aplicação de várias terminologias para um só conceito, não se limita aos leigos, com pouco conhecimento em sistemas de saúde, ou de português, muito pelo contrário, estende-se a renomados autores da área da saúde (TRAVASSOS, MARTINS, 2013).

No dicionário, o substantivo acesso quer dizer: ato de ingressar, entrada. Sabe-se que na saúde, existem fatores que dificultam e facilitam o acesso, e quando avaliamos esses fatores, estamos avaliando a acessibilidade do serviço (TRAVASSOS, MARTINS, 2013).

Donabedian, é um dos autores que dá preferência a terminologia acessibilidade, para avaliar o acesso dos serviços, dividindo-a em duas categorias principais: a sócio-organizacional e a geográfica, que correspondem respectivamente aos aspectos sociais, organizacionais, culturais e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, bem como tempo e custo da viagem. Através da acessibilidade, segundo o conceito do autor, é que podemos mensurar a qualidade do acesso.

Outro autor utiliza o termo acesso, e o caracteriza com a entrada no serviço seguida do recebimento dos cuidados subsequentes (TRAVASSOS, MARTINS, 2013).

Essa questão abordada pelo autor supracitado, que inclui o recebimento de cuidados dentro da definição de acesso, é usada por poucos autores e não se aplica a realidade brasileira, onde a garantia do acesso tem relação com o princípio de universalidade, e é garantido pela regionalização e equidade, enquanto o recebimento de cuidados subsequentes ao acesso está relacionado a resolubilidade do sistema, bem como a capacidade do sistema em referenciar e contra-referenciar seus usuários (SOUZA, *et al*, 2010).

Apesar de determinado por lei que o acesso deve ter caráter universal, sabe-se que no cenário nacional nos deparamos com acessos seletivos, excludentes e focalizados nos serviços públicos e privados que sinaliza uma diferença entre a legislação e o cumprimento em nível social (ASSIS, VILLA, NASCIMENTO, 2003).

Em 2003 foi realizado um estudo, a fim de averiguar a representação de acesso para os usuários de dois centros de saúde em Feira de Santana BA. O questionamento feito aos usuários objetivava saber qual o grau de dificuldade que os usuários tinham para ter acesso aos serviços prestados por aqueles Centros de Saúde (ASSIS, VILLA, NASCIMENTO, 2003).

De maneira geral os usuários estavam insatisfeitos e consideravam o acesso difícil, fizeram vários relatos que evidenciaram isto dentre os mais representativos, encontra-se o relato de um usuário que considera que no serviço público o acesso é muito difícil, que os que o utilizam, só o fazem, por não terem condições financeiras para procurar um serviço particular, além disso, descredibiliza o Estado na prestação de uma assistência de qualidade, fazendo que a demanda por serviços privados aumente (ASSIS, VILLA, NASCIMENTO, 2003).

Discursos assim, são dos mais típicos entre usuários insatisfeitos com o SUS, chama atenção o entendimento desse entrevistado sobre acesso, ao que vemos em seu discurso, ter acesso significa ir ao médico, não que esteja errado, mas está bastante limitado (ASSIS, VILLA, NASCIMENTO, 2003).

Remanescente do modelo médico hegemônico, esse pensamento causa enfraquecimento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde; até mesmo do próprio médico. Outra característica é a submissão dos outros profissionais da equipe à lógica dominante da ação médica (PAIM, 2003).

Posta essa situação, para efetiva reorientação da assistência tão importante quanto a mudança na conduta do profissional, se faz a educação do usuário para melhor aceitação do novo modelo (ALVES, 2004).

Outro usuário, em uma manifestação também significativa, ressalta a distancia e a desorganização do serviço, no que diz respeito ao que os usuários realmente necessitam, onde uma pessoa atendida em um Centro de Saúde pela manhã, à noite está em pronto atendimento, procura o serviço que melhor o atende (ASSIS, VILLA, NASCIMENTO, 2003).

Nesse discurso está presente uma interpretação de acesso semelhante a de Andersen, que relaciona a resolução da demanda ao conceito de acesso. Mais do que falta de conhecimento sobre o que é acesso dentro da realidade de saúde brasileira, esse discurso configura a desorganização de pensamento do usuário em frente sua ansiedade de expor sua insatisfação ao se sentir lesado (ALVES, 2004).

Não que a resolubilidade do sistema seja de menor importância, mas não é o assunto tratado no momento e sabe-se que qualquer intervenção deve se constituir a partir da delimitação do problema, mesmo que depois exija práticas intersetoriais para sua resolução, quando não feito isso as práticas são realizadas de forma desorganizada, sem foco, e acabam por ineficientes (SANTOS, WESTPHAL, 1999).

Já quando o usuário trata da “distância do posto”, isso sim é um problema do acesso, segundo Donabedian, um problema de acessibilidade geográfica (TRAVASSOS, 2003; ASSIS, VILLA, NASCIMENTO, 2003).

Uma das políticas utilizadas para garantir o acesso, é a política da regionalização, através dessa política objetiva-se dentre outras coisas, a facilitação do acesso, não obstante, a oferta de serviços orientada para uma demanda de saúde e seus determinantes, específicos de determinada região, possibilitando a alta qualidade dos serviços, bem como equidade e favorecendo também a resolubilidade do sistema (RIBEIRO, 2000).

Ao procurar outro centro de saúde, do qual não faça parte da população adstrita, o usuário fere essa política e conseqüentemente compromete a qualidade do serviço prestado, dificulta a formação de vínculo, e acaba ele mesmo “triplicando a ação”, caso seja referenciado ao seu centro de saúde para manter a organização do sistema através do respeito a suas políticas (RIBEIRO, 2000).

O usuário tem direito e poder para assegurar atendimento de qualidade no centro de saúde de sua referência, assegurados pela Lei Orgânica da Saúde 8.142 de 1990, esse poder se dará a partir da participação nos conselhos municipais, e conferências (BRASIL, 1990).

Dentro do estudo ainda foram encontrados relatos da utilização dos Centros de Saúde apenas para um tipo de serviço, por exemplo vacinas, por possuírem convênios com serviços particulares, o que diante de um caso de insatisfação com algum profissional ou serviço, possibilita a substituição por outros profissionais ou serviços (TRAVASSOS, 2013).

Isto revela claramente exemplos de universalismo seletivo e excludente que representam respectivamente, a seleção dos usuários em grupos onde a qualidade da assistência é diretamente proporcional a organização social e poder aquisitivo, e a exclusão de determinados grupos, causado pelo racionamento irregular de recursos que acaba por deixar alguns usuários desassistidos (TRAVASSOS, MARTINS 2013).

Esse tipo de postura dos usuários, de procurar o SUS para alguns serviços, e encaminhar o restante da demanda para o setor privado, prejudica a formação de vínculo, os serviços de referência e contra-referência, a continuidade da assistência, bem como impossibilita o atendimento integral, pois o próprio cliente se encontra fechado a essa prática, quando identifica sua demanda como a simples realização técnica de um procedimento (BRASIL, 2003).

Chama atenção a zona de conforto em que os referidos usuários se encontram, migrando entre os serviços conforme lhes é mais conveniente, sem lutar pelo que é seu de direito em nenhum dos dois, e ainda assim apresenta uma fala de quem não se considera co-responsável pelos problemas levantados. Evidenciando mais uma vez a necessidade de reeducação da população para o novo modelo (SILVA, SILVA 2006).

#### **5.4 Acolhimento: De suas bases conceituais à prática na realidade dos usuários e Profissionais**

O significado das palavras acolher e acolhimento circundam as idéias de atender, dar ouvido, receber e amparar (TRAD,2002).

Receber e amparar, por sua vez diz respeito a aceitar, proteger, abrigar, e é justamente nesse conceito que está pautada a diferença entre deixar entrar, e acolher, ou seja, a diferença crucial entre acesso e acolhimento (TRAD,2002).

Alguns autores sugerem o acolhimento como uma rede de conversações que envolve a escuta do usuário. Trata-se, sem dúvida, de uma qualidade especial de conversa, visto que, a escuta é denominada como qualificada, pois é feita por profissional capaz de identificar a demanda implícita na queixa do usuário (ABBES, 2006).

Entre os objetivos do acolhimento se encontram a humanização do atendimento e a reorganização do processo de trabalho. Enquanto prática humanizada o acolhimento se justifica, pois através da escuta qualificada, o usuário é visto como um todo, e são consideradas todas as possibilidades geradoras daquela queixa, mesmo as que fogem do campo funcional (ABBES, 2006).

Enquanto ferramenta reformuladora do processo de trabalho, o acolhimento deve pontuar problemas e oferecer às demandas dos usuários, essa reestruturação, torna o serviço mais resolutivo, aumentando a satisfação do usuário, bem como a eficiência das ações (TAKEMOTO, 2007).

Dessa forma entendemos acolhimento não como uma atividade em si, para resposta a demanda espontânea, mas como uma prática que deve estar presente em toda atividade assistencial de forma a oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário (TAKEMOTO, 2007).

Um estudo desenvolvido em 2008 avaliou a percepção dos usuários sobre acolhimento. Na fala de alguns usuários estiveram presentes queixas relativas ao atendimento realizado pelo enfermeiro, no sentido de que este profissional não tem o direito de decidir por eles se precisam ou não de consulta médica (SOUZA, 2010).

A essência da enfermagem é o cuidado ao ser humano, seja no âmbito individual, familiar ou comunitário. O enfermeiro em sua formação desenvolve competências para atuar em atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde. Através da sua prática do cuidado a enfermagem está habilitada para proporcionar conforto e acolhimento através da assistência direta, ou gerenciamento do cuidado. Dessa forma, não há dúvidas que este profissional seja devidamente capaz de reconhecer a existência de demanda por consulta médica (ABBES, 2006).

Não obstante, o objetivo do acolhimento não é definir prioridades para o atendimento médico, e sim a identificação de uma demanda e a aplicação de uma resposta adequada a ela (ABBES, 2006).

De fato, em alguns casos, a demanda será por atendimento médico, e esse encaminhamento deve ser realizado dentro da ideologia da intervenção interdisciplinar, onde todos os campos disciplinares se encontram em um mesmo plano hierárquico, e não dentro da ideologia médico-centrada, onde os casos que necessitam de consulta médica, são rotulados como mais complexos, ou mais importantes (ABBES, 2006).

Na assistência interdisciplinar, os objetivos são comuns a todos os atores, os campos disciplinares se encontram em um mesmo plano hierárquico dentro de uma perspectiva de complementaridade, o que permite uma assistência integral, e bem mais resolutiva (ABBES, 2006).

Vale lembrar, que além de ser ótima estratégia para construção do vínculo, o acolhimento também tem grande representatividade no que diz respeito a valorização dos profissionais não-médicos, permitindo a estes o uso de suas habilidades tecnológicas e assistenciais na resolução dos problemas trazidos pela população, desviando-se portanto das práticas do modelo médico-centrista (FRACOLLI, ZOBOLI, 2004).

A aceitação do usuário como o novo modelo assistencial tem se dado de forma lenta, e tem faltado habilidade aos profissionais para lidarem com isso. Dentro do novo modelo, onde o usuário é tido como protagonista das práticas assistenciais é inadmissível, que este saia de um atendimento dizendo que “alguém” escolheu por ele (ALVES, 2004).

O cliente deve participar ativamente da escolha do seu plano terapêutico, e quando a falta de conhecimento técnico for prejudicial a participação do mesmo, ele deve ser levado pelo profissional a uma análise crítica, para entender e aceitar a forma de resposta escolhida. Do contrário, não há acolhimento (TAKEMOTO, 2007).

Alguns usuários desse estudo demonstraram confundir triagem com acolhimento. Infelizmente essa confusão se estende a muitos profissionais, sendo capaz de transpor o campo teórico e se apresentar de forma gritante na prática (ABBES, 2006).

A triagem é a situação onde os profissionais de saúde têm que escolher qual o paciente será atendido primeiro, e esse é um motivo entre outros vários pelo qual não

deve se confundir com acolhimento, pois o mesmo já configura um atendimento (ABBES, 2006).

Um dos profissionais entrevistados, disse que o acolhimento não consiste em saber o que o usuário está fazendo ali, mas o porquê dele ter procurado o serviço (TRAVASSOS, MARTINS, 2013).

De fato, é essa a essência do acolhimento, “o que” o usuário está fazendo ali vai ser expresso por sua queixa, cabe ao profissional identificar o “por que”, ou seja, a demanda que está implícita naquela queixa (TRAVASSOS, MARTINS, 2013).

Entende-se portanto que identificação da demanda é passo primordial da assistência e só é obtida com sucesso quando a escuta é qualificada, do contrário, serão estabelecidas respostas pontuais em cima de uma queixa não investigada, que favorecerão para o fortalecimento da patologização da sociedade (ROCHA, ALMEIDA, 2013).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que discutir o uso das tecnologias leves na atenção primária à saúde, está diretamente ligada a satisfação do usuário, bem como do profissional. É notório as vantagens dessas praticas humanizadas no novo modelo de assistência a saúde publica, uma vez que este visa uma reorganização das ações onde o foco principal da atenção passa a ser a família em seu contexto biopsicossocial, obtendo o alcance de uma visão mais ampliada do processo saúde-doença e das suas reais necessidades.

Através do PSF que norteia a atenção primária a saúde no Brasil, por partir de um entendimento ampliado sobre saúde, com uma proposta da pratica de humanização, o vínculo e acolhimento são ferramentas extremamente importantes para implementação efetiva de sua proposta, com a aprovação dos usuários.

Sendo assim, é importante entender a maneira como vem acontecendo a pratica das ações no cenário cotidiano das ESF, bem como da acessibilidade e acolhimento dos usuários nos serviços de saúde em seus vários níveis de complexidade, uma vez que vão impactar diretamente na satisfação dos mesmos. Em se tratando de avaliação e satisfação, percebe-se a necessidade de certo rigor ou uma revisão no que diz respeito aos aspectos metodológicos das pesquisas de satisfação. Uma vez que a subjetividade de alguns métodos pode abrir espaço para um tendenciamento dos resultados de acordo com outros interesses.

Quando, porém, houver um comprometimento verdadeiro por parte dos profissionais dos serviços da atenção primária, com a prestação de uma assistência integral e resolutiva, tendo em foco a qualidade do serviço oferecido, não haverá o que se temer com relação a resultados de pesquisas de satisfação, pois simplesmente refletirão a satisfação dos usuários com o serviço recebido.

## 7 REFERÊNCIAS

ABBÊS, C. **O acolhimento como rede de conversações: diretriz e dispositivo da política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, 2006.

ALVES V.S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface: Comunic. Saúde Educ. 2004 Set-2005 Fev; 9 (16): 39-52.

ANDRADE *et al.* **A Importância do vínculo entre equipe e usuário para o profissional da saúde.** Rev. Investigação v. 8 p 11-18. Franca, 2008. Available from: <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/60/0> access on 10 nov, 2013

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática.** Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300016&lng=en&nrm=iso). access on 10 nov 2013.

BENETTON, L. G. **Temas de psicologia em saúde: a relação profissional-paciente.** 2. ed. São Paulo: L. G. Benetton, 2002. 335 p.

BOCCHI, S. C. M. *et al.* **Familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados: análise da experiência na perspectiva do processo de trabalho em enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, Apr. 2007. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200017&lng=en&nrm=iso). access on 10 nov 2013.

BORGES *et al.* **Da Autonomia à Responsabilidade Relacional: Explorando Novas Inteligibilidades para as Práticas de Saúde.** Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia. São Paulo. Available from: <http://taos.publishpath.com/Websites/taos/Images/ResourcesManuscripts/Camargo-Borges-08%20From%20Autonomy%20to%20Relational%20Responsibility.pdf> access on: 10 nov 2013

BOSI M.L.M.; Affonso K.C. **Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços.** Cad Saúde Pública 1998; 14:355-65.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília : CONASS, 2003. 244 p.

**BRASIL. Lei Federal nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União 1990; 28 dez.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde – alterada) - Dispõe sobre as condições sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm> acesso em: 22 Out. 2013

**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.

**CAMPESE, M. Proposta para ensino da atenção básica. Núcleo de Estudos em Saúde da Família.** Curitiba, 2006 Available from <[http://enefar.files.wordpress.com/2008/03/marcelocampese\\_propostaparaensinodaatencaobasicanafarmacia.pdf](http://enefar.files.wordpress.com/2008/03/marcelocampese_propostaparaensinodaatencaobasicanafarmacia.pdf)>. access on 5out 2013

**CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde:** revisão bibliográfica. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 19, n. 2, June 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002006000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200014&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Oct. 2013.

**Conill E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis.** Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. CAD Saúde Pública, 2002;

**COSTA, G. D. et al . Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo.** Physis, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400006&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 out. 2013. doi: 10.1590/S0103-73312008000400006

**Dias et al. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária.** Rev. APS. Rio Grande do Sul, 2009. Available from: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/330/205>. acess on 10 nov 2013

**DIERCKS, M.S; TAKEDA, S.M.P. A avaliação como um processo que enfatiza aprendizado e mudanças.** Rev.Bras. Saúde da Família, Brasília 2007. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/revistas/revista\\_saude\\_familia13.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia13.pdf). Acesso em: 20 out 2013

ESPERIDIAO, M.; TRAD, L. A. B. **Avaliação de satisfação de usuários.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2010 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500031&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 out 2013.

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 de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerjf

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio** 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Positivo, 2006.

FRACOLLI L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. **Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família.** Rev Esc Enferm USP. 2004;38(2):143-51.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 15, n. 2, p. 345-53.

GALVAO *et al.* **Avaliação da Qualidade na Atenção Básica.** Rev. Eletrônica trimestral de Enfermagem. Fortaleza, 2008. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/981/991>. Acesso em: 28 out. 2013

GONÇALVES, H. A. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica.** São Paulo: Avercamp, 2005. 135 p.

IBANEZ, N. *et al.* **Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 nov 2013.

MARQUES G.Q.; LIMA M.A.D.S. **As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde.** Rev Gaúcha Enferm 2004; 25(1):17-25.

MASCARENHAS M.T.M. **Avaliando a implementação da atenção básica em saúde no Município de Niterói, RJ: estudos de caso em unidade básica de saúde e módulo do programa médico de família** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 out 2013.

MENDONÇA, M. H. M.; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. A. **Atenção primária à saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013. Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300001&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Oct. 2009

MERHY E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: Merhy EE, Onocko, R. Práxis em salud um desafio para lo público. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

MERHY E.E. **O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)**. In: Fleury S, organizador. Saúde e democracia a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 125-142.

Merhy, E.E. & Franco, T.B., **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate**. Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Básica e a Saúde da População Idosa no Brasil**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/apresentacao\\_Departamento\\_de\\_Atencao\\_Basica.ppt](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/apresentacao_Departamento_de_Atencao_Basica.ppt). Acesso em: 28 out. 2013

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. **Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 2, June 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200015&lng=en&nrm=iso)>. access on 5 out 2013.

MOYSES, S. J.; MOYSES, S. T.; KREMPEL, M. C. **Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 2004 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300015&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 nov 2013.

OLIVEIRA, L.M.L.; TUNINI, A.S.M.; SILVA, F.C. **Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde**. Rev. APS, v.11, n.4, p.362-73, 2008.

PAIM, J.S. **Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde**. In: Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N. Epidemiologia & Sa.de. Medsi:Rio de Janeiro. 6 » Ed., 2003, p. 567-586.

PEREIRA, R.P.A. **O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. Grupo de Estudos em Saúde da Família**. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em [http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP\\_acolhimento\\_esf.htm](http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm) acesso em 18 out. 2013

POLIT, D.F; BECK, CT; HUNGLER, BP. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5. Ed. São Paulo: Artmed, 2004. 467p.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* **Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 1, Mar. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100006&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 dez 2010

RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R. **Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Planej Polít Públicas 2000; 1:173-220.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. **O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade**. Rev Latino-Am Enferm. 2000 Dez; 8 (6):96-101.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família**. Disponível em:<<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/polo.php>>. Acesso em: 29 nov 2013.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Feb. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 nov 2013. doi: 10.1590/S1413-81232008000100007.

SANTOS, M.A.; PÉRES, D.S.; ZANETTI, M.L.; OTERO, L.M. **Grupo operativo como estratégia para a atenção integral aos diabéticos**. Rev enferm UERJ. 2007; 15: 242-47. 13.Suplici SER. Ludoterapia no processo educativo do cliente diabético. Belo Horizonte (MG): Edições do Campo Social; 2001.

SANTOS, A. M. *et al.* **Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 3, June 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300011&lng=en&nrm=iso)>. access on 5 out 2013.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade**. Estudos Avançados, São Paulo, v.13, n.35, p.71-88, 1999.

SBERSE, L.; CLAUS, S. M. **O programa saúde da família na ótica de trabalhadores e usuarios de saúde**. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v.17, n.2 2003. Disponível em < [http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2\\_15progrSaudeFamilia.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_15progrSaudeFamilia.pdf)>. acesso em 10 nov 2013

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M. A. D. S. **Acolhimento e vínculo em uma Equipe de Saúde da Família.** Cad Saúde Pública 2004 novembro/dezembro; 20(6):1487-94

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. **O conceito de saúde.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 5, Oct. 1997. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 nov 2013.

SILVA, C.C; SILVA, A. T. M. C.; LONSING, A. **A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa Saúde da Família – PSF.** Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2006 jan-abr [cited 2006 mai 18]; 8(1): 70-74. Available from: URL: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_09.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_09.htm).

SIMÕES, A. L. A; RODRIGUES, F. R.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, L. R. **Humanização na saúde: enfoque na Atenção Primária.** Texto Contexto Enferm [internet]. 2007 [ acesso em 2008 Jan 08]7(6): 439-444. Disponível em:[www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf). Acess on 10 nov 2013

SOUZA, E. C. F. *et al.* **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010. Available from <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso)>. access on 9 nov 2013.

SOUZA, R.R. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):451-455, 2001.

TAKAKI, M. H, SANT'ANA, D. M. **A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde.** Cogitare Enferm. 2004;9(1):79-83.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. **Avaliar, uma responsabilidade.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300005&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 out 2013. doi: 10.1590/S1413-81232006000300005.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007. Available from <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200009&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 dez 2013. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200009

TRAD, L. A. B. *et al.* **Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia.** Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 7, n. 3,

2002 . Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300015&lng=en&nrm=iso)>. access on 7 May 2010. doi:  
10.1590/S1413-81232002000300015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **A review of concepts in health services access and utilization.** Cad. Saúde Pública. Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acesso em 10 nov 2013.