

ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família^a

Áurea Christina de Paula CORRÊA^b, Flávia FERREIRA^c,
Graziela Souza Pinto CRUZ^d, Inês de Cássia Franco PEDROSA^e

RESUMO

O acesso aos serviços de saúde é um direito de todo brasileiro, e guarda relação com os princípios do acolhimento e vínculo. Neste estudo de abordagem qualitativa, que tomou por referência a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, objetiva-se analisar a concepção de usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Cuiabá, Mato Grosso, sobre acesso, acolhimento e vínculo. Realizou-se um estudo de caso, sendo os dados coletados através de entrevistas semi-estruturadas, analisados através da técnica de análise temática. Os resultados apresentam o acesso concebido de forma nem sempre positiva devido à demora no atendimento e baixa resolutividade, induzindo a busca por outros serviços. O desconhecimento de seus direitos como usuários e a incipiente organização da rede de serviços explicam, em alguma medida, a percepção do usuário, apontando para a necessidade de reorganização do serviço e da própria rede, como porta de entrada do sistema.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde. Acolhimento. Programa Saúde da Família.

RESUMEN

El acceso a los servicios de salud es un derecho de todos ciudadanos de Brasil, y está estrechamente relacionado con los principios de la atención y vinculación. En este estudio cualitativo, se tomó por referencia la Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud, y tiene como objetivo analizar la concepción de los usuarios de una Unidad de la Salud de Familia de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, sobre el acceso, alojamiento y de bonos que habían experimentado en los servicios de salud. Se realizó un estudio de caso, con los datos recogidos a través de entrevistas semi-estructuradas y analizados mediante la técnica del análisis temático. Los resultados muestran que el acceso que está diseñado no siempre es positivo, debido a la demora en el tratamiento y no a la solución de la unidad, lo que provocó la búsqueda de otros servicios que satisficieran sus necesidades inmediatas de salud. El no conocer sus derechos como una organización incipiente y los usuarios de la red de servicios explican, en cierta medida, la insatisfacción del usuario, que apunta a la necesidad de reorganización de la unidad y la propia red, como puerta de entrada del sistema.

Descriptores: Accesibilidad a los servicios de salud. Acogimiento. Programa de Salud Familiar.

Título: Accesibilidad a los servicios de salud: lo mirar de los usuarios de una unidad de la salud de la familia.

ABSTRACT

The access to health service is a right of every Brazilian citizen, and it is closely related to the principles of receptiveness and bond. This qualitative study, that took the Users' Rights Charter as a reference, aims to analyze how users from a Family Health Unit in the city of Cuiabá, state of Mato Grosso, Brazil, view access, receptiveness and bond. A case study was carried out and the data were collected through semi-structured interviews and interpreted through thematic analysis. The results show access perceived in a not always positive way, due to delays in treatment and a low resolution of cases, leading to the search for other services. The lack of knowledge by the user of his rights and the incipient organization of the service network explain, to some extent, the user's dissatisfaction, pointing to the need for the reorganization of the services and the network, as they are the gateway to the system.

Descriptors: Health services accessibility. User embracement. Family Health Program.

Title: Access to health services: how users from a family health unit view it.

^aTrabalho desenvolvido em 2009 no contexto da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

^bDoutora em Enfermagem, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação: Mestrado em Enfermagem da UFMT, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

^cEnfermeira Assistencial do Hospital Santa Rosa, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

^dEnfermeira da Atenção Básica do município de Chapada do Guimarães, Mato Grosso, Brasil.

^eMestre em Enfermagem, Membro da Equipe Técnica da Coordenadoria de Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (CDUS), elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde (MS), baseia-se em princípios de cidadania visando garantir à população a possibilidade de conhecer seus direitos como usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A Carta tem por princípio primeiro garantir a todo cidadão brasileiro a facilidade de acesso aos serviços de saúde do SUS, assim como às instituições conveniadas a ele. Evidencia também que, todo cidadão tem direito a receber tratamento adequado, de forma a resolver suas necessidades de saúde, ressaltando a importância de oferecer atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação⁽¹⁾.

A CDUS tem como eixos norteadores o acesso e o acolhimento, concebidos como a entrada do usuário no Sistema de Saúde (SS) através dos vários serviços existentes na rede, pautadas no respeito, na solidariedade, no reconhecimento dos direitos e no fortalecimento da autonomia dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde⁽²⁾.

Conceber o acesso e o acolhimento como princípios do SUS favorece a obtenção de melhores resultados nas intervenções em saúde, possibilitando a continuidade do cuidado em qualquer nível de atenção por serem elementos essenciais à assistência, uma vez que visam à qualificação do cuidado prestado.

Portanto, assumir o acesso aos serviços de saúde como direito de cidadania e necessidade incontestável leva a reconhecer que a configuração dos modelos assistenciais de saúde deve ser definida pela organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégias políticas de determinados agrupamentos sociais⁽³⁾.

Ao tomar como referência os princípios do SUS reconhece-se que, toda instituição de saúde tem o compromisso de atender com qualidade técnica e de forma resolutiva às necessidades de saúde do usuário, reconhecendo o acesso e o acolhimento como fundamentais em qualquer instituição de saúde e, principalmente, nas unidades do Programa Saúde da Família (PSF).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS), prevê a criação de equipes multipro-

fissionais responsáveis por determinado território, atuando num espaço reconhecido por sua população adscrita como porta de entrada para o SS. Suas práticas devem ter caráter multidisciplinar e ser centradas no usuário/família, sendo necessário o desenvolvimento da capacidade de acolhê-los, responsabilizando-se pelo indivíduo e grupo familiar, visando à resolução de seus problemas saúde e promovendo sua autonomia.

Tal organização do serviço visa que o acesso não se configure pelo número de portas de entrada existentes na rede ou pelo volume de demanda, mas também pela qualidade do cuidado prestado⁽³⁾.

Assim, tomando acesso como um princípio fundamental da ABS, o presente estudo objetiva analisar a percepção de usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do SUS em Cuiabá, Mato Grosso, acerca da organização do serviço de saúde do município, identificando em que medida os princípios do acolhimento, vínculo e acesso têm se concretizado na prática daquele serviço de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada em uma USF, da Regional Norte, do município de Cuiabá, Mato Grosso. Para a coleta de dados foi usada a técnica de entrevista semi-estruturada e para a análise dos dados levantados a Técnica de Análise de Conteúdo do tipo Temática, visando identificar a percepção dos usuários acerca do acesso, acolhimento e vínculo realizados na unidade⁽⁴⁾.

Os sujeitos que participaram deste estudo foram selecionados com a utilização dos seguintes critérios de inclusão: ser membro de uma família moradora da área de abrangência da USF onde o estudo foi realizado há mais de um ano; ter buscado atendimento para suas necessidades de saúde na unidade por pelo menos uma vez; estar apto a responder perguntas de cunho subjetivo. Assim tomaram parte do estudo sete usuários da USF.

Os participantes foram, inicialmente, informados sobre os objetivos do estudo e a razão de sua realização, para posteriormente assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de participação nesta pesquisa, sob a garantia de sigilo acerca das informações fornecidas. O estudo atendeu os princípios legais estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas en-

volvendo seres humanos⁽⁵⁾, e obteve aprovação final para sua realização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Julio Muller (HUJM), sob protocolo nº 559/CEP-HUJM/08.

As entrevistas ocorreram individualmente, em local e horário estipulados pelos entrevistados. Os entrevistados foram indagados sobre: o local (serviço) que buscam para solucionar seus problemas/necessidades de saúde; a forma como são recebidos pelos profissionais da equipe da USF do estudo; as dificuldades que identificam/percebem para conseguirem o atendimento demandado; se a equipe da USF contribui para a resolução de seus problemas de saúde e do bairro. As entrevistas foram gravadas em fita K-7 e, posteriormente, transcritas para realização da análise, e identificadas da seguinte forma: E1; E2, E3, E4, E5 e E6.

Os dados foram analisados a partir das categorias pré-definidas: Percepção dos usuários acerca do acesso aos serviços de saúde; O acolhimento da comunidade pela equipe da USF e a formação de vínculo e A integralidade e a resolutividade da assistência. Para a discussão dos dados tomou-se por referências os princípios do SUS – acesso, acolhimento e vínculo – segundo discussão teórica veiculada nacionalmente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percepção dos usuários acerca do acesso aos serviços de saúde

Segundo o MS, a ABS deve configurar-se como porta de entrada preferencial para o SS⁽²⁾ que, se bem organizada, tem potencial para resolver/atender a maioria dos problemas/necessidades de saúde da população, filtrando o acesso a níveis de maior complexidade de assistência através da realização de encaminhamentos para a atenção especializada, da utilização do serviço sempre que necessário e a exigência do atendimento, assegurando seus direitos⁽⁶⁾.

O acesso à saúde deveria extrapolar a assistência em si, sendo a acessibilidade aos diversos níveis de complexidade dos serviços fundamental para a concretização desse direito universal⁽⁷⁾, quando necessário, de forma rápida e oportuna.

Embora na USF de referência dos sujeitos deste estudo o atendimento clínico ocorra de forma rotineira, alguns entrevistados não o consideraram adequado, em função da espera prolongada,

determinando a busca de outros serviços para resolução do problema/necessidade de saúde eminente, como nos excertos que seguem.

[...] *ai cheguei lá tem um monte de gente que foi adiado porque o médico tinha que fazer não sei o que lá, e eu não sei, vim embora não consultei...* (E3).

[...] *quando num tem atendimento a gente tem que ir pra outro lugar [...] Aqui é muitíssimo complicado. [...] Porque sempre que você vai marca um exame, às vezes pode até marcar, mas é daqui uns dois meses, três meses, entendeu?* (E5).

Ao se tomar por referência as normativas do MS concebe-se que a não garantia da manutenção da ABS como porta de entrada de fácil acesso, disponível e resolutiva para o atendimento às necessidades de saúde da população viola o direito do usuário⁽⁴⁾ e compromete assistência adequada, por vezes postergando sua ocorrência, afetando negativamente o diagnóstico e o manejo do problema, resultando na busca do serviço de saúde em outro nível de atenção⁽⁶⁾.

Entretanto, apesar da espera prolongada, alguns usuários concebem que suas necessidades de saúde são atendidas, considerando a proximidade da USF com a comunidade.

O posto de saúde. [...] Em qualquer mal-estar que aparece a gente vai lá. [...] o atendimento é rápido também (E2).

O posto de saúde. [...] a gente procura lá primeiro, dependendo do horário, mas se for a noite vai na polí-clínica. Sempre quando a gente precisa... sempre foi bom... fora que não é longe (E6).

As falas apresentadas demonstram diferentes percepções acerca do acesso a USF, entretanto, estudiosa da ABS no país aponta o acesso como a primeira etapa a ser vencida pelo usuário na busca da satisfação de suas necessidades de saúde⁽⁸⁾, devido a restrição do horário de funcionamento e a indisponibilidade de horários alternativos, o que determina a busca de outros serviços.

Frente ao exposto, é preciso considerar que, no que diz respeito a garantia do acesso ao serviço de saúde, para além do estabelecido pelo MS, a organização da ABS requer a articulação entre o normatizado, o contexto municipal e o preparo/disponibilidade da equipe para implementação da

proposta de reorganização do modelo assistencial.

Em função de tal organização da rede, segundo os sujeitos deste estudo, é necessário buscar respostas mais rápidas em outros serviços quando não há resolutividade local. Assim, alguns usuários relataram terem deixado de buscar atendimento as suas necessidades na USF referência.

[...] eu nem procurava mais, nem para medir pressão, nem pra nada, já ia no HUJM, entendeu? [...] eu não fui nesse médico aí ainda... (E3).

Para fazer CD da minha filha, tive que parar uns tempos, agora, porque não tava atendendo né, e então eu não procuro (E3).

As falas evidenciam que a unidade tem garantido a acessibilidade de maneira parcial, uma vez que, a assistência nem sempre é resolutiva, fator que interfere na escolha do sujeito na busca pelo serviço de saúde. Visando a resolução de seus problemas, usuários lançam mão de relações pessoais para facilitar sua entrada no SS, o que favorece seu acesso aos serviços.

[...] falaram pra mim que eu tinha que ir lá no HUJM. [...] aí minha cunhada trabalha lá falou que eu posso ir; [...] fazer da neném, tratamento da nenê, tudo pra lá, porque não adianta fica aqui (E3).

[...] minha esposa é técnica de enfermagem, aí ocorre "aquele conhecimento" né, aí a gente procura um médico que ela conhece há bastante tempo né, [...] e problema resolvido (E1).

Atitudes deste tipo determinam desigualdades no acesso aos serviços de saúde, contribuindo com a iniquidade, uma vez que não há garantia de igualdade de oportunidade de acesso⁽⁹⁾. Tal atitude é compreensível na medida em que o sistema não responde às necessidades de saúde da população com a agilidade necessária.

A baixa resolutividade local gera encaminhamentos diversos aos serviços de referência.

Eu procuro o posto né? [...] "Não temos médico, tem que ir pro Pronto Socorro ou então para a policlínica, sinto muito". [...] Ah!! Médico nunca quase tem, né? (E3).

[...] ele falou que o meu filho tava muito com febre, então ele não atendeu, [...] então eu fui lá no Planal-

to; sempre no Planalto, ou então lá na policlínica do Verdão (E4).

Refletir sobre resolutividade na correlação com o acesso também requer que se considere o processo organizativo proposto para o trabalho na ESF, uma vez que se prevê a realização de ações em equipe multiprofissional, fundamentada no diálogo, respeitando-se a competência de cada profissional⁽¹⁰⁾. Trabalho esse que deve ser desenvolvido com vistas a humanização da assistência, por profissionais tecnicamente competentes, com ações intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas⁽¹¹⁾.

Tomando por referência as falas dos sujeitos deste estudo, observa-se que a ausência de um dos membros da equipe prejudica, em alguma medida, a resolutividade da USF estudada, induzindo o usuário à busca de outros serviços, o que compromete a acessibilidade e viola os direitos do usuário.

O acolhimento da comunidade pela equipe da USF e a formação de vínculo

Conceitualmente o acolher relaciona-se à implementação de atitudes humanizadas, como o saber ouvir demonstrando interesse em resolver os problemas apresentados, esgotando as possibilidades de solucionar as necessidades apresentadas pelos usuários⁽¹²⁾.

O exercício cotidiano do acolhimento possibilita a captação das necessidades de saúde manifestas pelo usuário, refletindo-se em um processo de trabalho concretizado em ações que respondam às necessidades levantadas, favorecendo a acessibilidade aos serviços de saúde⁽¹³⁾.

Nesse sentido, o acolhimento tem papel fundamental na assistência à saúde, pois visa o atendimento ético, humanizado e cidadão, como forma de receber e atender usuários no âmbito dos serviços de saúde, favorecendo a interação entre equipe e população⁽¹⁴⁾.

Entretanto, os excertos que seguem apresentam uma dualidade, pois evidenciam o acolhimento se efetivando nas práticas cotidianas através da assunção de posturas éticas e, subliminarmente denuncia ausências ao serviço, gerando prejuízos ao atendimento acolhedor.

[A enfermeira] [...] ela pode tá atendendo quem for, ela chega e fala "espera só um pouquinho que vou te

atender". Ela vem de lá me atende, se precisar medir minha pressão ela manda as mulher medir (E3).

[...] eu procuro a Enfermeira, a gente sempre fala com a Enfermeira [...] Às vezes a gente chega lá e fala: "eu preciso, que não sei o que; [...] Ah, não tem médico, não sei o que"; aí a gente vai direto na Enfermeira, daí ela vê se pode ajuda ou não... a gente só vê mais é com ela (E6).

Segundo as falas, o acolhimento está presente em ações específicas do enfermeiro, no entanto, acolher é uma ação inerente a equipe, um direito do usuário e um princípio do SUS, onde "humanizar" as relações entre usuários e trabalhadores significa compreender que os sujeitos são dotados de desejos e necessidades^(1,15).

Para além, o acolhimento se traduz na organização do serviço de saúde para receber e responder as demandas, de forma a atender o usuário lhe garantido a acessibilidade; reorganizando o processo de trabalho e qualificando a relação trabalhador/usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania^(15,16).

O trabalho no PSF deve ser implementado pela equipe em conformidade com os níveis de competência, de acordo com a capacidade de resolução de cada membro, tomando por referência a complexidade dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade⁽¹⁶⁾.

A efetivação do acolhimento possibilita a criação de vínculos, favorecendo as reações dos usuários acerca das informações recebidas, seu entendimento e observâncias sobre suas necessidades, determinando ou não a satisfação com a atenção recebida⁽¹⁷⁾.

Com vistas à criação de vínculo são realizadas Visitas Domiciliares (VD) pela equipe de referência de forma regular na comunidade.

[...] já gosto de que, que eles vem aqui. [...] [a enfermeira] vem pouco também. Vem. Quando é nas épocas de vacina, elas vêm pouco aqui (E1).

É o médico já veio aqui uma vez, é uma vez ele já veio, o médico, foi a enfermeira e só também. [...] A agente de saúde sempre vem, sempre, sempre quase toda semana ela vem aqui (E2).

A VD é uma tecnologia voltada para efetivação do acolhimento e fortalecimento do vínculo, sendo, via de regra, realizada pelo ACS que deve manter contato permanente com as famílias da área

adscrita⁽²⁾, fortalecendo o vínculo entre serviço e população, reforçando a importância de seu papel na equipe.

As VD, no PSF, também devem ser realizadas pelo médico e enfermeiro quando houver indicação ou necessidade constatada, e rotineiramente pelo ACS, otimizando-se a utilização de recursos humanos e evitando a dependência da população dos profissionais de saúde⁽¹⁸⁾.

Entretanto, no cotidiano da USF deste estudo a VD não é regularmente realizada por todos profissionais da equipe, contrariando a proposta da ESF, o que se justifica pela forma de organização do trabalho assumida na unidade, proveniente do contexto local.

Refletir sobre acolhimento e vínculo no contexto da UBS deste estudo requer a ampliação para além do prescritivo, considerando que não seja possível negar que influências externas são determinantes na organização da USF tomando por referência o contexto local, ou seja, a equipe possui uma identidade própria que pode ou não estar voltada a concretização de um novo modelo assistencial, e sofre influência direta da organização da rede municipal de saúde, e de fatores que determinam fortemente a forma de agir dos profissionais envolvidos na assistência ao usuário.

A integralidade e a resolutividade da assistência

A integralidade pressupõe um conjunto de ações contínuas e de serviços, que visam garantir promoção, proteção, cura, reabilitação dos usuários, e de ações intersetoriais de promoção da saúde⁽¹⁹⁾. Entretanto requer que a equipe reconheça a variedade de necessidades do paciente e disponibilize recursos para atendê-las, quando necessário e em todos os momentos do ciclo de vida do usuário⁽⁶⁾.

A integralidade das ações depende da acessibilidade aos serviços. A falta de acesso compromete a finalização do cuidado e a garantia da resolutividade dos problemas dos usuários⁽¹²⁾. Nesse sentido, alguns sujeitos deste estudo mostram-se conformados com a baixa resolutividade.

[...] as vezes não é da competência pra eles resolver as vezes eles levam lá, mas lá do outro lado lá que enrola o problema. [...] Questão de encaminhamento [...] Isso, esse que é o problema maior (E1).

Quando é alguma coisa assim que eles não resolve aqui. Aí eles, encaminha você pra outra unidade. [...] quando é pra você marca um outro exame, em outra unidade, aí que é demorado [...] (E5).

[...] eles tenta, eles tenta faz consulta, examina tudo, conforme seja o caso eles faz a ficha manda a gente pra policlínica, assim que é... (E2).

As falas demonstram a insatisfação com a demora nos encaminhados aos serviços de referência. No entanto, para a USF ser resolutiva precisa estar articulado a uma rede de serviços com outros níveis de atenção, além de depender de relações intersetoriais^(6,10).

Algumas falas evidenciam a unidade como cumpridora de seu papel de ordenadora do cuidado, buscando a resolução do problema em outros níveis de atenção.

No entanto, quando as necessidades de saúde não são atendidas em tempo hábil, buscam atendimento em serviços de maior complexidade, desconsiderando o fluxo das referências, o que gera descrédito do serviço e dos profissionais da saúde.

[...] sabe onde é que eu to fazendo tratamento de minha vista? Lá em Várzea Grande, no posto de Várzea Grande, eu moro aqui em Cuiabá, cheguei lá marquei a consulta pra mim, consegui consultar com o melhor médico da vista Dr. F e aqui ninguém conseguiu marcar médico pra mim (E3).

O excerto demonstra certa fragilidade da estrutura da rede assistencial, contrariando a função de porta de entrada para o SS, com garantia de acesso e cuidado integral⁽²⁾.

Ademais, persiste a cultura de chegar cedo para assegurar atendimento médico, evidenciando que, organizacionalmente, a instituição da ESF determinou poucas mudanças no cenário da unidade.

[...] olha eu já vi gente amanhecer aí já, eu já vi gente 5 horas da manhã, 4 horas da manhã tá lá na fila já porque tem uma quantidade X de pessoas que eles atendem né, num é assim vai chegando e vai atendendo, é tipo assim 10 a 20 pessoas que eles atende (E1).

Os excertos demonstram que a organização da unidade, neste aspecto, ainda favorece a concepção do modelo biomédico, caracterizada pela medicalização da assistência, que se mantém ainda hegemônica⁽¹⁷⁾.

Ou seja, para a consolidação da proposta da ESF, com vistas ao atendimento à saúde daquela população, mudanças precisam ocorrer para que o direito à saúde se efetive como direito de cidadania. Nesse sentido, cabe aos gestores a reestruturação da rede assistencial e às equipes das USF, como empreendedoras da mudança do modelo e promotoras de cidadania, promoverem ações que favoreçam o acesso da população ao SS⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu a constatação de que, para os sujeitos desta pesquisa, o acesso a USF que serve de referência para suas famílias caracteriza-se pela demora no atendimento, pelo absenteísmo e pela baixa capacidade resolutiva, fatores que levam o usuário a não retornar a unidade, buscando a atenção secundária como porta de entrada preferencial para o SS e resolução de suas necessidades.

Os dados apontam a USF de referência como ordenadora do cuidado, devido à proximidade da unidade da residência dos usuários, possibilitando a ampliação do acesso ao SS.

A análise realizada aponta para a existência de práticas que favorecem iniquidades no acesso, uma vez que alguns usuários lançam mão de práticas alternativas para aquisição de benefícios na busca de atendimentos facilitados em outros serviços, enquanto a maioria dos usuários do SUS depende da agilidade do sistema.

A postura assumida pela enfermeira, relatada pelos usuários, favorece o acolhimento e a criação de vínculo com os usuários, entretanto, as VD são implementadas, na maioria das vezes, pelas ACS que a realizam regularmente.

Frente ao exposto é possível considerar que, USF referência dos sujeitos desta pesquisa encontra-se em processo de consolidação da ESF, mas ainda precisa reavaliar seus processos internos com vistas a alcançar alinhamento entre a organização da unidade, a rede de serviços de saúde no município e a proposta ministerial.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Carta da 11ª Conferência Nacional de Saúde. In: Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na

- atenção à saúde com controle social; 2000 dez 15-19; Brasília (DF), Brasil [Internet]. Brasília (DF); 2001 [citado 2009 maio 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf.
- 2 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006: aprova a Política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e para o Programa Saúde da Família (PSF). Brasília (DF); 2006.
- 3 Merhy EE, Magalhães JHM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- 4 Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 67-80.
- 5 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 6 Escorel S, Giovanella L, Magalhães MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2/3):164-176.
- 7 Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 1990;24(6):445-52.
- 8 Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.
- 9 Sousa MF. A cor-agem do PSF. São Paulo: Hucitec; 2001.
- 10 Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35(1):103-9.
- 11 Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(2):143-51.
- 12 Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):331-40.
- 13 Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):345-53.
- 14 Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde Debate. 2003;27(65):257-77.
- 15 Souza AC, Lopes MJM. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm. 2003;24(1):8-13.
- 16 Colomé ICS, Davis S, Lima MADS. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):256-61.
- 17 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.
- 18 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF); 1997.
- 19 Vasconcelos CM, Pasche DF. O sistema Único de Saúde. In: Campos GW, organizador. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 531-62.
- 20 Ferreira F, Cruz GSP. Acesso a serviços de saúde: olhar do usuário [monografia]. Cuiabá-MT: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso; 2009.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Áurea Christina de Paula Corrêa
Av. Marechal Deodoro, 829, ap. 103, Araes
78000-100, Cuiabá, Mato Grosso
E-mail: aureaufmt@gmail.com

Recebido em: 04/10/2010
Aprovado em: 30/08/2011