

Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco

Basic health unit embracement: focusing on user satisfaction

Flávia A. Medeiros, Georgia C. de Araújo-Souza,
Aldenísia A. Albuquerque-Barbosa e Iris do Céu Clara-Costa

Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal-RN, Brasil.

Recebido 10 Setembros 2009/Enviado para modificação 29 Maio 2010/Aprovado 27 Junho 2010

RESUMO

Objetivo A qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde está diretamente ligada ao acolhimento e à satisfação do usuário, fundamentais no processo de mudança do trabalho em saúde. O estudo objetivou avaliar o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na perspectiva do usuário, analisando também a satisfação dos usuários e a participação destes no controle social.

Método Trata-se de uma pesquisa exploratória, cujos dados foram coletados utilizando uma entrevista estruturada com os usuários de uma UBS em município de médio porte no Brasil.

Resultados A maioria dos usuários mostra-se satisfeita com o atendimento, e revelam como pontos positivos a resolutividade, humanização e solidariedade. Os pontos negativos referem-se à demanda reprimida, área física precária e não participação.

Conclusão Conclui-se que a relação de respeito e escuta entre profissionais e usuários faz a diferença entre as práticas das ações de saúde, apesar das queixas existentes que precisam ser consideradas para um efetivo acolhimento. É necessário haver investimentos nas estruturas físicas da UBS, o que possibilitará melhor trabalho aos profissionais e maior conforto aos usuários.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Acolhimento, Atenção à Saúde, Serviços de Saúde (*fonte: Decs, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Health service care quality is directly linked to user embracement and satisfaction, these being essential to any change made in working practice in providing health services. This study was aimed at evaluating users' perception of a basic health unit (BHU), analysing their satisfaction and participation in social control.

Method This was an exploratory study; the data was collected by using a structured interview on BHU users in a medium-sized Brazilian city.

Results Most users were pleased with the service being provided and highlighted its strengths such as resolution, humanisation and solidarity. The weaknesses revealed by the interviews were related to accumulated demand, poor physical area and non participation.

Conclusions A relationship involving respect and professionals really listening to their clients makes the difference in health provision; however, the complaints made must also be considered for effective embracement of the service being provided in the BHU. Investment must be made in BHU physical infrastructure allowing professionals to work better and making the BHU more comfortable for their users.

Key Words: Family health programme, user embracement, health care, health service (source: *MeSH, NLM*).

RESUMEN

Aceptación en una Unidad Básica de Salud: enfoque en la satisfacción del usuario

Objetivo La calidad de la atención en los servicios de salud está directamente vinculada al acogimiento del usuario y su satisfacción, esencial para el proceso de cambio de trabajo en la salud. El estudio tiene por objetivo evaluar el acogimiento en una Unidad Básica de Salud (UBS) en la perspectiva del usuario, analizar la satisfacción y su participación en el control social.

Método Es un estudio exploratorio, cuyos datos fueron obtenidos mediante una entrevista estructurada con los usuarios de una UBS en una ciudad de tamaño medio en Brasil.

Resultados La mayoría de ellos están contentos con el servicio, y revelaron los puntos fuertes como la resolución, la humanización y la solidaridad. Las debilidades se refieren a la demanda acumulada, área física pobre y no participación.

Conclusiones Se concluye que la relación de respeto y la escucha entre los profesionales y los clientes hacen la diferencia entre las acciones de salud, a pesar de las quejas que deben ser consideradas para una acogida eficaz. Es necesario inversión en infraestructura física de UBS, que permitirá a los profesionales trabajar mejor y mayor comodidad para los usuarios.

Palabras Clave: Programa de Salud Familiar, aceptación, atención a la salud, servicios de salud (fuente: *Decs, BIREME*).

Em 1994, o Ministério da Saúde do Brasil criou o Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), tomando por base o núcleo familiar, no sentido de possibilitar o efetivo acesso à saúde pública, a partir da reorganização da atenção básica, a qual pressupõe a existência de um serviço de referência e contra-referência eficiente que assegure a integralidade das ações de saúde (1).

No contexto da integralidade surge o acolhimento que para Franco *et al.* (2), é uma diretriz operacional que consiste em:

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Dessa forma, o serviço de saúde assume sua função

precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população;

- Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;

- Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve ocorrer através de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, considerando que acesso e acolhimento são elementos essenciais, para que se possa incidir sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade, favorecendo a reorganização dos serviços e a qualidade da assistência prestada. Merhy *et al* (3) considera acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade como eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida. Para o autor, acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde, onde os usuários e profissionais produzem uma relação de escuta e responsabilidade, constituindo vínculos e compromissos entre eles. Somente assim consolida-se uma relação entre acesso e acolhimento.

Portanto, o acolhimento surge nesse contexto como um instrumento de trabalho adequado para todos os trabalhadores de saúde em um serviço, não se limitando a recepção do paciente, mas em uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho em saúde, como esclarece a Política Nacional de Humanização (PNH) (4), a qual exemplifica que acolhimento e inclusão do usuário devem promover a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema. Dessa forma, "acolher" não significa a resolução completa dos problemas referidos pelos usuários, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação das necessidades, sejam estas individuais ou coletivas. Assim, o acolhimento tem se mostrado, no PSF, uma instância potente para a organização do serviço, quando articulado a outras práticas que busquem a definição e o reconhecimento das necessidades de saúde da população/área de responsabilidade da unidade (5).

É preciso dar mais importância à qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde do nosso país. Todos os seres humanos, independentemente de sua classe social, têm direito ao respeito e a dignidade. Direito a ser tratado como gente que tem nome e não como número (de ficha, de prontuário etc.), visto que as palavras, os nomes, ficaram para as pessoas e os números para os objetos.

A esse respeito, Camelo *et al.* (6) chama a atenção para o fato de que não é o bastante agendar a consulta, realizar um determinado procedimento técnico, perguntar sobre a queixa e orientar. É preciso mais. A qualidade do atendimento ao usuário implica em comunicar disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudá-lo a descobrir alternativas para seu problema.

O acolher inicia-se no primeiro instante de um contato entre pessoas, é a atenção, o ouvir, enfim, é uma relação de respeito mútua, necessária ao desenvolvimento do trabalho, que vai aos poucos, organizando uma sociedade menos individualista e mais passível de mudanças, de acordo com a necessidade do outro.

Diante do exposto, este trabalho objetivou avaliar o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na perspectiva do usuário, analisando também a satisfação dos usuários com os serviços, a importância da UBS para os usuários no que se refere à resolução de seus problemas e o nível de participação destes no controle social.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, tendo o acolhimento como tema central. Os dados para análise foram coletados a partir de uma entrevista estruturada contendo questões inerentes aos objetivos propostos. Realizou-se na UBS de um município de médio porte no Brasil. A coleta dos dados foi realizada com 53 usuários que estavam aguardando atendimento na UBS, constituindo uma amostra de conveniência, seguindo os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, pertencer à área adstrita da UBS e, portanto ser cadastrado na mesma, além de ter utilizado por mais de três vezes os serviços da Unidade.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

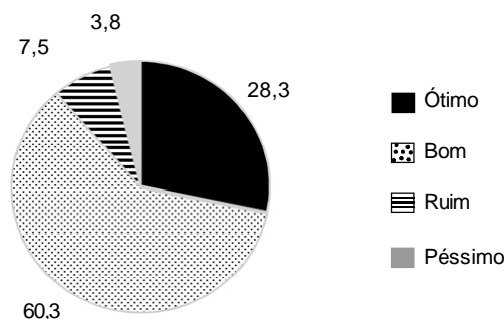
Os dados foram interpretados e descritos pela Análise de Conteúdo Temática de Bardin (7) e pelo processo de categorização. Categorizar é o processo de agrupar por similaridade semântica as palavras que aparecem nas falas das entrevistas e que guardam significados comuns entre si.

RESULTADOS

Dos 53 usuários entrevistados da UBS, 48 (90,6 %) eram do sexo feminino e 5 (9,4 %) do sexo masculino. A grande maioria dos usuários entrevistados classificou o serviço como ótimo ou bom (88,6 %), como mostra a Figura 1.

As falas retiradas do material textual das entrevistas foram agrupadas e categorizadas de acordo com suas representações, constituindo as Figuras 2 e 3. No Quadro 1 foram constituídas três categorias (Resolutividade, Humanização e Solidariedade), chamadas de positivas, considerando que sinalizam para os pontos satisfatórios da Unidade pesquisada. Observa-se no referido quadro que os usuários dão grande importância à relação trabalhador-usuário, classificando-a como respeitável e culminando com a compreensão de um atendimento humanizado. O encontro entre esses sujeitos proporciona uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam o processo de acesso à saúde, segundo Merhy *et al.* (3).

Figura 1. Opinião dos usuários em percentual sobre o atendimento na Unidade de Saúde, em percentual (%). São Gonçalo do Amarante-RN, 2007



Quanto à classificação do atendimento em ruim e péssimo relatada por 11,3 %, apenas alguns usuários justificaram suas respostas, refletindo, como pode-se observar, na insatisfação relacionada à estrutura física da Unidade e não com os profissionais como mostra o Quadro 2 que resume as categorias (Demanda reprimida, Área física precária e Não participação) chamadas de Negativas por representarem os pontos frágeis da Unidade pesquisada, sobre os quais a atenção dos gestores do município onde a Unidade em questão está inserida deverá estar centrada, no sentido de solucionar as pequenas falhas apontadas. Nesse sentido observou-se mais pontos positivos que negativos, o que é um resultado favorável e gratificante para os profissionais participantes desse serviço, considerando que o mesmo

existe em função do usuário e se ele está satisfeito é porque os objetivos e a missão do serviço estão sendo cumpridas, apesar das limitações.

Quadro 1. Categorias Positivas e representações de falas dos entrevistados sobre acolhimento na Unidade investigada. Natal-RN, 2007

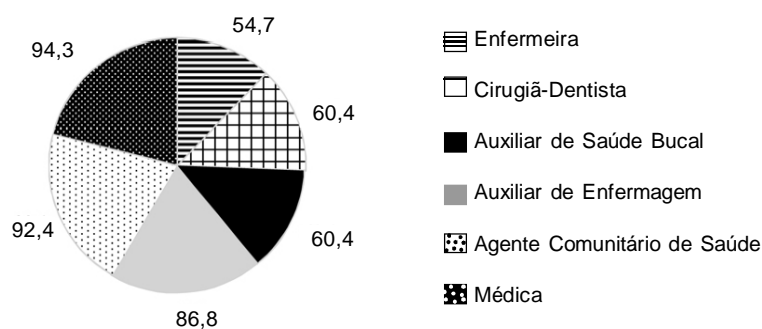
Categorias Positivas	Falas
Resolutividade	...aqui é cheio, mas todo mundo é atendido (10)... () ...acho mais fácil pegar ficha aqui, em muitos lugares a gente tem que se levantar de madrugada (19)... () ...eu indico, porque todos nós precisamos, às vezes, eu não resolvo, mas outras pessoas conseguem (5)... () ...indico por ser de 1ª qualidade (22)... () ...porque apesar de pequeno, muitas coisas são resolvidas mais rápido do que certos locais (10)... () ...eu digo: lá é uma benção de Deus! Quando não resolve, eles encaminham. A Médica compra até remédio pra mim (8)... () ... eu acho bom aqui. Antes, a gente não tinha nada e agora tem. As pessoas reclamam de barriga cheia (13)... () ...não sugiro nada, aqui tem qualidade. A gente não vê as pessoas reclamarem daqui (4)... () ...os profissionais todos são excelentes (6)...
Humanização	... a gente conversa bastante. A última vez que vim aqui, eu tava precisando e a doutora mesma que me ouviu (21)... () ... aqui a médica conversa, examina a pessoa toda. Porque tem muitos lugares que a médica nem olha pra cara da pessoa (14)... () ... as pessoas aqui têm atenção com a gente, são atenciosas (30)... () ... eu acho bom quando eu venho pra cá, sou acolhida, elas são atenciosas, dão informação (9)...
Solidariedade	... a médica é mais do que uma mãe, Deus me defenda botar defeito nela (12)... () ...a médica, a dentista, são ótimas, as melhores que já peguei (20)... () ... as pessoas aqui atendem bem, não tenho o que dizer de nenhuma daqui (31)... () ...elas não se aborrecem com a pessoa, têm paciência (23)... () ...comparando com outros, é diferente, o atendimento é prestativo (10)...

Quadro 2. Categorias Negativas e representações de falas dos entrevistados sobre acolhimento na Unidade investigada. Natal-RN, 2007

Categorias Negativas	Falas
Demanda reprimida	...deveria colocar mais um médico e um dentista. O que tem é pouco pra muita gente (42)... () ...a gente chega aqui elas atendem bem, só o que eu acho difícil é ir pro dentista e o ACS (10)...
Área física precária	... que colocasse um bebedouro pra gente não tá pedindo água nas casas e o posto podia ser maior (15)... () ... o posto é muito pequenininho, tem que melhorar o consultório pra dentista (41) ...
Não participação	... se fosse todo mundo, mas só eu?(10)... () ...eu não gosto, não sei participar (5)... () ...falta de tempo (4)... () ...não gosto (1)... () ...às vezes eu penso assim, a gente vai, eles prometem e não fazem nada. É por isso que muitos não se interessam de participar (12)... () ...eles cobram uma taxa e por isso eu nunca participo. Não deveriam cobrar (10)...

Com relação aos profissionais pelos quais os usuários já foram atendidos na Unidade, a Figura 2 mostra os percentuais referentes. Pode-se observar uma demanda elevada para a consulta médica, em discrepância com o atendimento da enfermeira, revelando uma organização do processo de trabalho estruturado no modelo médico centrado, enquanto muitos problemas relatados pelos pacientes poderiam ser resolvidos pela enfermeira, agilizando e reestruturando o trabalho na unidade, visto que a literatura (8, 9) relata esse profissional como de grande importância quando se fala em acolhimento e resolutividade.

Figura 2. Profissionais pelos quais os usuários já foram atendidos na Unidade de Saúde, em percentual (%). São Gonçalo do Amarante-RN. 2007



A respeito de informações durante a espera pelo atendimento, 50,9 % dos usuários relatam já a terem recebido e 49,1 % afirmam que não a receberam. Esses resultados andam em direção contrária à PNH, pois a comunicação entre os atores, profissionais e usuários não deve acontecer apenas dentro dos consultórios, mas de uma forma permanente e continuada seja na sala de espera ou demais lugares da Unidade. Apesar deste resultado, na Unidade em estudo, observou-se que existe uma atenção dispensada à relação entre usuário e profissional, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação das necessidades, onde 84,9 % dos usuários relataram positividade a esse respeito.

No que se refere à atenção inicial, a literatura coloca que é de fundamental importância no primeiro contato chamar o paciente pelo nome, cumprimentar, individualizar o atendimento, dispensando atenção completa àquele usuário em especial (10).

Sobre como os usuários resolvem as suas urgências no que se refere aos problemas de saúde, 54,7 % procuram a própria Unidade, 41,5 % vão ao hospital e o restante (3,8 %) busca outras alternativas.

Quanto à resolutividade do serviço, 79,2 % consideram-no satisfatório, pois resolvem lá mesmo os seus problemas e apenas 20,8 % acham que o serviço deixa a desejar. Quando falamos em resolutividade do serviço precisamos pensar em agir, procurar solucionar os problemas relatados pelos usuários seja na própria Unidade ou através do encaminhamento a outro serviço, quando necessário for. Verificamos que o usuário, ao procurar a Unidade de Saúde, espera que o trabalhador, individual ou coletivamente, possa responder resolutivamente ao seu problema e que o conjunto das ações de saúde lhe traga benefícios, além das expectativas de que as ações sejam efetivas e o satisfaçam.

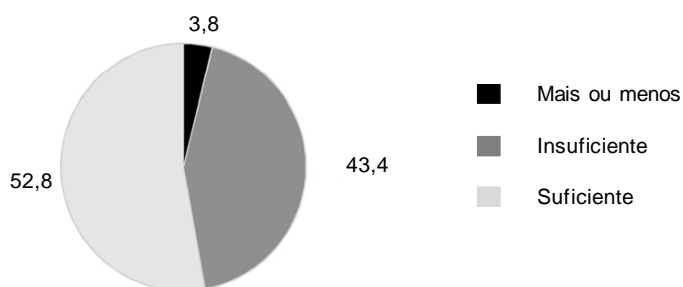
O serviço de referência para a unidade em estudo aparece de forma concreta, sobre o qual 94,3 % dos entrevistados responderam que quando necessário, são encaminhados a outros serviços para atenção secundária, condizendo com as propostas do PSF de resolver na própria UBS grande parte dos problemas de saúde de seus usuários ou encaminhá-los a outro serviço, responsabilizando-se por eles. Por outro lado, na contra-referência, as falhas existem, comprometendo a continuidade das ações de saúde do serviço, onde somente 24,5 % dos usuários relataram ser reencaminhados à unidade de origem.

Sobre como ocorre à marcação de consultas, 58,5 % conseguem marcá-las através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) responsáveis pela área adscrita, 35,8 % marcam diretamente na própria Unidade e 5,7 % usam outra forma de marcação. Para Barbosa *et al.* (11), a mudança na assistência através de um agendamento deverá ocorrer de forma lenta e gradativa, podendo demorar algum tempo para a consolidação mas, se for construída sob bases sólidas e de maneira resolutiva, a população poderá vir a se constituir em grande aliada desse novo modelo de atenção.

A respeito da visita domiciliar do ACS, Espínola e Costa (12) relatam que esta também é uma oportunidade para o acolhimento. O encontro entre o ACS e o usuário durante a visita é um momento de compartilhar informações, propiciando o bem-estar do indivíduo, devendo a visita estar centrada no paradigma da promoção da saúde e da percepção no que se refere à realidade de cada comunidade, sendo esta, ponto fundamental para o processo educativo e participativo da população. Dos entrevistados, 47,1 % relataram receber a visita dos ACS em suas casas uma vez ao mês, seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) em relação a essa frequência. No entanto, quanto ao número de famílias por ACS, no município, está acima das 100 recomendadas pelo MS (13).

Sobre o número de consultas oferecidas, 43,4 % dos usuários relatam estar satisfeitos (Figura 3), embora revelem que a demanda é alta para a quantidade de profissionais. A esse respeito, o Ministério da Saúde preconiza que uma ESF tem que cobrir uma área de aproximadamente 1000 famílias, totalizando 4 500 habitantes, como correlação satisfatória, o que ocorre na Unidade pesquisada. No que diz respeito à insatisfação relatada por 52,8 % dos entrevistados, se refere a uma demanda reprimida existente, onde o serviço, mesmo trabalhando diariamente, apresenta insuficiência em suas ações.

Figura 3. Percentual de consultas oferecidas pela Unidade Pesquisada, em percentual (%). São Gonçalo do Amarante-RN. 2007



Quanto a recomendar o serviço para outrem, 92,4 % recomendaria, o que representa alto índice de aceitação e satisfação com a assistência ofertada, ilustradas pelas falas destacadas na categoria positiva Resolutividade no Quadro 1.

Nesta questão, pode-se perceber que a simples recomendação do serviço se dá devido, na maioria das vezes, ao bom atendimento propiciado aos usuários, os quais relacionam qualidade dos serviços a um bom atendimento, que por sua vez se expressa nas condições de acolhimento e acompanhamento do paciente pela equipe de saúde.

DISCUSSÃO

No que diz respeito ao acolhimento, ressalta-se que a influência política, econômica, social e histórica é relevante, não sendo responsabilidade exclusiva dos usuários e trabalhadores da saúde. A instituição tem que estar envolvida com essa temática, pois os problemas são inúmeros e de ordem estrutural, o que inviabiliza as soluções sem o apoio institucional pertinente.

Quando foram pedidas sugestões para melhorar o acolhimento, mais uma vez, as queixas giraram em torno de melhoria da área física, da quantidade de

profissionais e da oferta de alguns procedimentos (Quadro 2 - categoria Área física precária). É certo que, até mesmo os profissionais, atores em cena, precisam de condições de trabalho e instalações adequadas para efetuar um acolher digno e de qualidade. Serviços públicos de saúde, palco desse estudo, apresentam-se, muitas vezes, com infra-estruturas precárias, colocando em risco todo o processo de trabalho e desestimulando não somente os usuários, mas também os profissionais que neles atuam.

Com relação à participação dos usuários no controle social dos serviços de saúde, os resultados mostram que apenas 22,6 % dos usuários conhecem seus representantes no Conselho Municipal de Saúde. Alguns usuários colocam seu desagrado com a maneira "desmotivadora" a partir da qual as pessoas são convidadas a participar, conforme se observa no Quadro 2 - categoria Não participação.

Através desses resultados, percebe-se a dificuldade e a deficiência na participação do usuário nas questões que se referem à sua própria saúde. A autonomização que muitos autores, como Souza & Carvalho (1) e Campos (14) acreditam ser de elevada importância para a obtenção de sucesso nas ações de saúde pública com consequência na melhoria na qualidade de vida, ainda fica a desejar nessa comunidade. É preciso que haja envolvimento político e social com participação efetiva e motivadora dos Conselhos Comunitários já existentes para trabalhar a politização da comunidade, de forma que ela possa exercer o controle social que é garantido pela Lei 8.142/90 (15).

A cidadania requer a participação de sujeitos ativos, que definam o que acham ser direitos e que lutem pelo seu reconhecimento, passando, deste modo, a ter um caráter ativo e não passivo, implicando além da acessibilidade a bens e serviços, o gozo de liberdades, o exercício de deveres e participação nos processos políticos, na representação política e na formulação e controle das políticas implementadas (16).

Nesse sentido, tornar os pacientes agentes multiplicadores em potencial retrata o envolvimento dos profissionais com a comunidade, mostrando que estão realmente inseridos no contexto do trabalho do PSF ou como parte integrante desse processo, à medida que solicitam dos usuários uma responsabilização ou uma cooperação para que o trabalho traga um resultado satisfatório para ambas as partes (11).

O acolhimento implica no estabelecimento de relações de aproximação de modo humanizado, na perspectiva do desenvolvimento da autonomia e sua efetivação estará relacionada com a utilização dos recursos disponíveis que se adequem e concorram para a resolução dos problemas dos usuários. Na UBS analisada, acolher do ponto de vista físico mostrou-se deficiente, necessitando de ampliação e implementação das condições existentes, representadas para os usuários especialmente pela simples disponibilidade de água potável na unidade e uma estrutura física mais adequada às necessidades do binômio profissional-paciente.

Tal realidade não é diferente de uma grande parcela de UBS distribuídas por todo o Brasil; o fato verificado neste estudo, envolvendo satisfação e acolhimento, mostra a necessidade de uma atenção especial às estruturas físicas e ambiência das unidades, garantindo confortabilidade, condições adequadas de trabalho para os profissionais e de espera e atendimento para os usuários e espaços propícios para encontros e trocas.

Entretanto, a existência de uma relação profissional-usuário satisfatória e reconhecida pelos usuários denota um grau de responsabilidade da ESF com a população. É essa relação de respeito, compreensão e escuta que faz a diferença entre as práticas das ações de saúde.

Finalmente, é preciso mais politização dos usuários, para que o efetivo controle social se estabeleça através de reivindicações firmes e organizadas, sendo esta participação o engate para que a unidade possa oferecer um acolhimento pleno, centrado na satisfação das necessidades e na conscientização do gestor das suas obrigações, de prestar uma assistência digna e da melhor qualidade, além de favorecer simultaneamente a construção de uma sociedade mais consciente de suas responsabilidades com a saúde e seus direitos, contribuindo para a modificação positiva do perfil sócio-sanitário do seu espaço social ♣

REFERÊNCIAS

1. Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia* 2003; 8(3):515-523.
2. 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):345-353.
3. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

4. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Fracolli LA, Maeda ST, Brites PR, Sepúlveda SCF, Campos CMS, Zoboli ELCP. A visita domiciliar sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2003; 5(2):68-72.
6. Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev.latin-am.enfermagem* 2000; 8(4):30-37.
7. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2006.
8. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(6):1487-94.
9. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(2):331-340.
10. Miranda CF, Miranda ML. *Construindo a relação de ajuda*. 10 ed. Belo Horizonte: Crescer; 1996.
11. Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de Cirurgiões-Dentistas e auxiliares no contexto de um município. *Ciência Odontológica Brasileira* 2007; 10: 53-60.
12. Espínola FDS, Costa ICC. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. *Rev da UNICID* 2006; 18(1):43-51.
13. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
14. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O Caso da Saúde. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1994. p.29-87.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
16. Medeiros Júnior A, Costa ICC. Saúde e Doença em diferentes contextos históricos e o surgimento da cidadania. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2005; 9(1):79-84.