

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

HOST WITH RISK CLASSIFICATION IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW

*Stephannia Borges Pereira¹;
Marislei Espíndula Brasileiro²*

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo descrever sobre acolhimento e vínculo, relatar sobre percepção dos profissionais sobre o acolhimento e demonstrar os fatores indicados como facilitadores e dificultadores para a prática do acolhimento. O estudo desenvolvido foi qualitativo-descritivo, e utilizou-se de revisão integrativa da literatura nacional e internacional, cujos dados foram coletados da Biblioteca Virtual em Saúde das bases de dados SCIELO, LILACS, PUBMED a partir dos descritores combinados: Acolhimento; classificação de risco; Atenção primária à saúde, no período de 2002 a 2015. A busca originou 250 artigos, após sucessivas leituras e eliminação das duplicidades, obteve-se como amostra final um total de 48 artigos. Os dados mostram que o Acolhimento com Classificação de Risco proposta pela Política Nacional de Humanização é uma ferramenta de mudança no trabalho da atenção e da produção de saúde nos serviços de urgência e emergência expandindo-se para a Atenção Primária à Saúde. A partir desta categoria, três subcategorias foram elaboradas, a saber: Acolhimento e vínculo; Percepção dos profissionais; Fatores facilitadores e dificultadores para a prática do acolhimento e reorganização da fila de espera. Perante os resultados encontrados, pode-se concluir que a classificação de risco é apontada como um instrumento de organização, principalmente para aquelas unidades de Saúde da Família em que a quantidade de consultas ofertadas é inferior à demanda do dia. Com isto, o enfermeiro considera que o atendimento realizado pelo critério de prioridade e não pela ordem de chegada torna a assistência mais humanizada e acolhedora.

Palavras-Chave: Acolhimento. Classificação de risco. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The present study aimed to conduct to describe about host and relationship, to report on the perception of professionals about the host and to demonstrate the factors indicated as facilitators and difficulties for the practice of the host. The study was qualitative-descriptive, and used integrative review of national and

¹Instituto Tecnológico de Goiás (ITEGO). Especialista em Emergência e Urgência. E-mail: stephanniab@gmail.com

²Docente do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição/ Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEEN). Doutora em Ciências da Saúde – FM-UFG. E-mail: marislei@cultura.trd.br

international literature, whose data were collected from Virtual Health Library databases, SCIELO, LILACS, PUBMED from the combined descriptors: reception; classification of risk; Primary health care in the period of 2002 to 2015. The search resulted in 250 articles, after successive readings and elimination of duplicates, as final sample a total of 48 articles. The data show that the host with risk classification proposed by the National Policy of Humanization is a tool of change at work and in the production of health in urgent and emergency services expanding to primary health care. From this category, three subcategories were prepared, namely: Host and link; Perception of professionals; Facilitating factors and the process for acceptance and reorganization of the queue. Before the results, we can conclude that the risk classification is pointed to as an instrument of the Organization, especially for those family health units in which the amount of consultations offered is lower than the demand of the day with this, the nurse believes that the service performed by the criterion of priority and not by order of arrival makes it more humanized and friendly assistance.

Keywords: Greeting. Classification of risk. Primary health care.

1 INTRODUÇÃO

A opção por este tema teve sua motivação no interesse em promover melhoras em relação ao atendimento das urgências e emergências sejam elas clínicas ou traumáticas, tendo em vista que representam um fator de risco de vida importante quando não atendidas em tempo hábil e de maneira adequada, exigindo dessa forma, intervenção competente, segura e livre de risco. (VALÊNCIA; BARROSO; BRASILEIRO, 2010).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a unidade de Emergência é destinada a promover serviços médicos com caráter de emergência e urgência, visando prolongar a vida ou prevenir consequências críticas, os quais devem ser proporcionados imediatamente. O Conselho Federal de Medicina (CFM) define urgência como uma ocorrência repentina de agravo à saúde com ou sem risco possível de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata. E, emergência como a constatação médica de condições de agravo à saúde que provoque risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. (VALÊNCIA; BARROSO; BRASILEIRO, 2010).

A atenção primária à saúde (APS) é um conjunto de ações que englobam promoção de saúde, prevenção de agravos e doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É aquele nível do sistema de serviços de saúde que oferece a porta de entrada no sistema para todas as pessoas e promove intervenções no âmbito individual e coletivo. (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

O modelo utilizado no Brasil, orientado na APS, é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve início em 1994 e foi idealizado, inicialmente, como uma ferramenta de extensão da cobertura assistencial. Atualmente, se configura como o maior programa assistencial no País e é considerado como um eixo estratégico reorganizador do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar dos grandes avanços do sistema vigente, ainda há muitos entraves nos modelos de atenção no que se refere ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde. Isto pode ser visualizado durante um simples diálogo do usuário com o profissional. Este muitas vezes tem a escuta pouco qualificada e é pouco solidário em sua relação com o outro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Além disso, observam-se, não raramente, cartazes na porta da unidade informando o número limitado de consultas e, às vezes, a falta do profissional

médico; atendimento por ordem de chegada e sem avaliação de risco; e as respostas tradicionais: “não tem consulta”, “não tem agenda”, “o doutor não pode atender”, enfim, a cultura do não. Percebe-se, assim, a real necessidade de os gestores e profissionais de saúde rever suas práticas e conceitos. (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Assim, os servidores devem voltar-se para o desenvolvimento de novas habilidades e competências gerenciais, técnicas e de relacionamento que viabilizem um acesso com equidade e resolutividade. Para esta reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso solidário universal dos indivíduos ao sistema de saúde, a implantação do acolhimento é fundamental. (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

O acolhimento possibilita a criação de vínculo e confiança dos usuários com as equipes e os serviços de saúde e é uma das diretrizes mais importantes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH do SUS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

O acolhimento fundamenta-se no trabalho integrado de toda equipe de saúde, sendo um processo que requer a participação multiprofissional e não pertence apenas à equipe de enfermagem. (CASTRO; SHIMAZAKI, 2006).

Quando isto não acontece, as unidades permanecem convivendo com as famosas filas que priorizam o atendimento por ordem de chegada, atendem sem critérios de classificação de risco e reproduzem um modelo preocupado com a produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos. Nesta concepção, o foco da atenção é a doença e não o sujeito e suas necessidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c).

O acolhimento com classificação de risco promove maior organização dos serviços de saúde, uma vez que permite a classificação dos indivíduos conforme o risco e viabiliza a utilização da agenda, com consequente organização da demanda espontânea e programada. Contudo, a implantação do acolhimento não é tarefa fácil, pois requer uma mudança organizacional dos serviços e uma quebra cultural das formas de acesso aos mesmos.

Considerando esta abordagem o presente estudo tem como descrever sobre acolhimento e vínculo, relatar sobre percepção dos profissionais sobre o acolhimento e demonstrar os fatores indicados como facilitadores e dificultadores para a prática do acolhimento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Acolhimento

Com base nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento demanda uma atitude de responsabilidade de todos profissionais de saúde junto ao usuário, que precisa ser compreendido de modo ético, de escuta, com garantia de atendimento e com capacidade de intervenção na relação de trabalhador e usuário. No acolhimento, o profissional ouvirá as queixas e as expectativas, identificará o risco e se responsabilizará por dar uma resposta ao problema. (COREN-RS, 2010).

Quando os sistemas de saúde de um país estão organizados com base na APS, apresentam melhores possibilidades de desempenho, devido principalmente à acessibilidade, à integralidade e à própria organização e otimização dos recursos (LIMA, 2011), além de apresentarem melhores resultados em indicadores de saúde, como redução da mortalidade, diminuição dos custos da atenção, maior acesso aos serviços, redução das internações e atendimentos de urgência.

(MENDES, 2013).

O modelo utilizado no Brasil, orientado na APS, é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve início em 1994 e foi idealizado, inicialmente, como uma ferramenta de extensão da cobertura assistencial. Atualmente, se configura como o maior programa assistencial no País e é considerado como um eixo estratégico reorganizador do Sistema Único de Saúde (SUS), carregando enorme potencial para estruturar de forma consistente a APS no Brasil. Tem sido apontado, por sua extensão e cobertura, como um modelo a ser seguido. (ABRAHÃO, 2007; MENDES, 2013).

O acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo tecno-assistencial. É um dispositivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (Humaniza SUS), e que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema. Acolher significa humanizar o atendimento. (HENNINGTON, 2005).

O acolhimento possibilita uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2011), podendo atender às demandas da sociedade e estabelecer relação com os outros serviços de saúde, de maneira regionalizada e hierarquizada. É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental. (CARVALHO et al., 2008; BARALDI; SOUTO, 2011).

O acolhimento facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem as metas dos programas, a melhorarem o trabalho e executarem um bom atendimento, predispondo a resolutividade do problema. (CARDOSO et al., 2009).

O acolhimento deve permitir uma reorganização, de maneira a mudar o processo de trabalho da equipe multiprofissional que, por vezes, não apresenta um resultado eficaz quanto à escuta e resolução do problema do usuário que busca ajuda. Este deve ser estimulado a participar no método da ação técnica-assistencial para obter o resultado de eficiência quanto à produção em saúde.

O acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho ((MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a) preconiza que se deve acolher com a intenção de resolução das situações e dos problemas de saúde das pessoas que estão em busca de respostas nas unidades de saúde.

O MS Brasil (2006a) afirma que o espaço do acolhimento deve ser apropriado de acordo com o volume de atendimento, com a privacidade e o conforto para os usuários tanto quanto para os profissionais que os recebem. Fica claro que o MS não estabelece parâmetros rígidos, mas dá a liberdade para pensar, recriar, adaptar propostas conforme a necessidade do serviço.

O acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho do MS (BRASIL, 2008) não é um local ou um espaço, e sim uma atitude ética, que pressupõe um compartilhamento de saber, angústias, inovações, aceitando sua responsabilidade de acolher e cuidar do ser humano, dando uma resposta resolutiva da situação em questão. Desta forma, o MS (BRASIL, 2008) distingue o acolhimento como uma ação que deve estar presente em todos os espaços e ocasiões do serviço de saúde e a triagem como uma etapa de processo.

Com relação ao acolhimento, Coutinho, Barbieri, Santos (2015) apresentam três argumentos para propor inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, partindo dos princípios de:

1) Atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo o acesso universal. Deste modo, o serviço de saúde assume a sua função abrangente de acolher, escutar e dar um retorno eficiente dos problemas da população.

2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de deslocar o seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento – encarregada da escuta do usuário e comprometida em tentar resolver seu problema de saúde.

3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, a partir de parâmetros de humanização, cidadania e solidariedade) Coutinho, Barbieri, Santos (2015) descrevem que o acolhimento como fator de mudança implica a competência de se colocar em nosso cotidiano como trabalhadores a mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde, como sujeitos que se propõem à construção de algo novo, a fazer no tempo presente aquilo que será nosso objetivo no futuro.

Neste sentido é importante refletir sobre o que os autores pontuam sobre o acolhimento como fator de mudança da capacidade de incluir na prática a inovação e não deixar de aplicar as ideias significativas para o bem da população. O acolhimento hoje nos serviços de saúde pode ser a meta do amanhã sobre as melhores ações de humanização dos profissionais.

Acolhimento na Atenção Primária à saúde

A Atenção Primária (APS) é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população. Esse enfoque está em consonância com as diretrizes do SUS e tem como valores a busca por um sistema de saúde direcionado a enfatizar a equidade social, a co-responsabilidade entre a população e o setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo. (BRASIL, 2006b; TAKEDA, 2004).

Em sua forma mais desenvolvida, a Atenção Primária é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo. (STARFIELD, 2002).

No país, APS começou a se estruturar no início da década de 80 a partir do Programa de Ações Integradas de Saúde, seguida posteriormente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Brasileira de 1988. (ALEIXO, 2002).

As unidades de APS devem servir de porta de entrada, tanto para os usuários de grupos prioritários (portadores de agravos ou recortados a partir de ciclos de vida), quanto para os usuários que por alguma razão necessitem de cuidados de saúde, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos. (BRASIL, 2011).

O acolhimento está intimamente relacionado com o acesso à APS. Alguns autores, porém, pontuam uma distinção entre acesso e acessibilidade. A questão do acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência. O Acolhimento é uma forma de se relacionar com os usuários por meio de diálogo, com uma postura que pressupõe atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas respectivas necessidades.

(TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Entende, também, que o acolhimento não é necessariamente uma atividade, mas a essência de toda atividade assistencial tomando como base a busca pelo reconhecimento das necessidades de saúde do indivíduo e formas de satisfazê-lo através de encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial. (TEIXEIRA, 2003; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

O acolhimento nas APS deve ser realizado em todos os âmbitos do atendimento de saúde e durante todo o tempo de permanência do usuário no serviço. Deve estabelecer uma ligação concreta e de confiança entre o usuário ou potencial usuário e com a equipe ou profissional, assim como para a efetivação do acolhimento é necessário que haja uma postura adequada de escuta qualificada e conhecimento do serviço local e do serviço referenciado, sendo indispensável para atender aos princípios orientadores do SUS. (BRASIL, 2003).

Neste sentido, por meio do acolhimento é possível manter as relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, tornando-se uma ferramenta tecnológica essencial no cuidado em saúde. Considera-se como acolhimento a atitude do profissional que visa à escuta, à valorização das queixas, identificação das necessidades, o respeito às diferenças, enfim, é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo. (SCHNEIDER et al., 2008).

A Atenção Básica ou Atenção Primária como porta de entrada ao sistema de saúde encontra referência também na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, a qual assegura a todos os cidadãos o acesso aos sistemas de saúde de forma ordenada e organizada, ocorrendo prioritariamente por meio dos serviços de AP que esteja próxima ao local de moradia dos indivíduos. ((MINISTÉRIO DA SAÚDE L, 2006c).

Assim conclui-se que de maneira geral, os estudos acerca do Acolhimento demonstram que é irrefutável que o processo de acolhimento se constitui em instrumento robusto para o fortalecimento da APS, através da organização dos processos de trabalho, fortificação do vínculo e melhoria do acesso, bem como competência em relação à classificação de risco.

Missão do acolhimento com classificação de risco

Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência. O profissional de saúde, o usuário dos serviços de urgência/emergência e a população constroem estratégias coletivas que promovem mudanças nas práticas dos serviços. O acolhimento é uma destas estratégias. Tradicionalmente, o acolhimento no campo da saúde é identificado ora como uma dimensão espacial (recepção administrativa e ambiente confortável), ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos. (BRASIL, 2009).

Entretanto, essas medidas, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e promoção de vínculo. Portanto, propomos o acolhimento aliado aos conceitos de sistema e rede numa estratégia ampla, na promoção da responsabilização e vínculo dos usuários ao sistema de saúde.

É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo aliadas à capacidade

de julgamento crítico e experiência do enfermeiro. (BRASIL, 2009).

Ao chegar ao serviço de urgência demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.

Após a identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário em:

- VERMELHO, ou seja, emergência (será atendido imediatamente na sala de emergência);

- AMARELO, ou seja, urgência (será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação);

- VERDE, ou seja, sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO); e

- AZUL, ou seja, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo Serviço Social). Se desejar poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE.

O Acolhimento com Classificação de Risco surgiu com o intuito de mudar a lógica do atendimento, priorizando o agravo à saúde e o sofrimento do usuário, e não mais a ordem de chegada ao serviço de saúde, tendo como objetivo organizar as filas de espera para os atendimentos, além de informar o tempo de espera e retornar as informações aos familiares, além de promover a ampla informação sobre o serviço aos usuários.

Conclui-se que acolhimento com a classificação de risco deve estar implantado em todas as unidades de saúde e as equipes de Atenção Básica devem ser a porta de entrada preferencial dos pacientes

3 MATERIAIS E MÉTODO

Revisão integrativa de literatura (RIL) cuja coleta de dados ocorreu a em fontes disponíveis online. A busca foi realizada, durante os meses de setembro e outubro 2016. A RIL é um método amplo que permite a inclusão de literatura teórica e empírica, bem como outros estudos com abordagens quantitativas e/ou qualitativas. (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Em outras palavras, o referido método permite atualizar as discussões relacionadas a um tema específico, a partir da síntese de estudos publicados.

A Revisão Integrativa é constituída por seis fases (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009) as quais serão a seguir descritas com as ações realizadas neste estudo.

Fase 1: identificação do tema ou questionamento da Revisão Integrativa

Nesta etapa ocorre a identificação do tema Acolhimento com classificação de risco na atenção primária à saúde: revisão integrativa: e da questão problema: Como está a construção do conhecimento sobre o acolhimento na APS?

Fase 2: amostragem ou busca na literatura

Realizou-se a busca das publicações/artigos no sítio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), biblioteca digital Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

As palavras-chave utilizadas foram: Acolhimento; classificação de risco;

Atenção primária à saúde. Os critérios para a escolha das palavras chave consistiram em: pertencer aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e representar ao menos em parte a temática do estudo. No intuito de potencializar a obtenção de artigos que refletissem o tema em questão.

Como critérios de inclusão dos artigos estabeleceram-se: artigos completos; publicados no período entre 2002 a 2015; disponíveis no idioma português; indexados nas bases de dados mencionadas; que versassem sobre Acolhimento com classificação de risco na atenção primária à saúde: revisão integrativa.

Fase 3: categorização dos estudos

As informações extraídas dos artigos selecionados se referiram aos seguintes itens: título do periódico e do artigo; titulação dos autores; ano, local, volume e número da publicação. Além desses itens, nos estudos foram observadas as informações sobre as metodologias utilizadas, os resultados alcançados e as conclusões a que os autores chegaram.

Fase 4: avaliação dos estudos incluídos.

Na Revisão Integrativa foi realizada a busca inicial pelos resumos dos artigos que respondiam aos descritores adotados e, selecionados aqueles que mencionavam fatores inerentes ao tema.

Fase 5: interpretação dos resultados.

A partir de repetidas leituras dos resumos selecionados na fase anterior, se extraiu aqueles estudos que versavam a respeito da temática abordada.

Em relação ao tratamento dos dados, foi aplicado o método de Análise de Conteúdo, que propiciou o agrupamento do conteúdo estudado em categorias temáticas. (CAMPOS, 2004). A análise de conteúdo foi desenvolvida em três etapas:

a) etapa I – pré-exploração do material: nessa etapa foram realizadas leituras flutuantes dos artigos selecionados no intuito de conhecer o contexto e abstrair impressões importantes à construção da próxima etapa;

b) etapa II – seleção das unidades de análise: após a interação dos pesquisadores com o material, foram destacadas sentenças, frase e parágrafos que se apresentavam com maior frequência no objetivo de construir unidades temáticas;

c) etapa III – categorização dos estudos: nessa etapa por meio de leitura profunda do material distribuído nas categorias, foram expressos os significados e as interpretações abstraídas no intuito de construir novos conhecimentos. (CAMPOS, 2004).

Fase 6: Conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da Revisão Integrativa

Após leitura do material selecionado, as informações capturadas foram disponibilizadas em figuras e tabelas. Na discussão dos dados, estes foram agrupados em três categorias temáticas conforme descritas a seguir.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização das publicações

Foram encontrados, um total de 250 artigos. Após a seleção foram excluídos 202 por não estarem em conformidade ao objetivo deste estudo.

Nos últimos dez anos ao se buscar as Bases de Dados Virtuais em Saúde, tais como a LILACS, MEDLINE e SCIELO e publicações epidemiológicas utilizando-se as palavras-chave: Acolhimento; Atenção à saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família. Encontrou-se 250 artigos publicados entre

2002 e 2015. Foram excluídos 202 por não estar em acordo com o objetivo do estudo. Sendo, portanto, incluídos neste estudo 48 publicações. Após a leitura exploratória dos mesmos, foi possível identificar a visão de diversos autores a respeito do Acolhimento com classificação de risco na atenção primária à saúde: revisão integrativa, surgindo as seguintes categorias.

A análise dos dados coletados resultou no estabelecimento de três categorias: Acolhimento e vínculo; Percepção dos profissionais; Fatores facilitadores e dificultadores para a prática do acolhimento.

4.2 Acolhimento e vínculo

Alguns estudos, mostram que o acolhimento é como um arranjo tecnológico que almeja assegurar acesso aos usuários. Nesse cenário, o acolhimento objetiva ouvir todos os pacientes, resolver os problemas mais simples ou referenciar os pacientes, se necessário. (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; ASSUNÇÃO; URSINI, 2008; OLIVEIRA et al., 2008).

Implica em atendimento com resolubilidade e responsabilização (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; SÁ et al. (2007) constituindo um momento de aproximação com o usuário e possibilitando o resgate de valores de solidariedade, cidadania, respeito com o outro e estabelecimento de vínculo entre os envolvidos. (ABDALLA; RICHATA, 2008; SÁ et al. 2007).

As ações de acolhimento fazem parte do processo de trabalho da ESF e são essenciais para a construção de um vínculo entre o profissional de saúde e o usuário/família. O vínculo pode ser caracterizado como uma relação de cumplicidade entre usuários e profissionais, concretizando-se no âmbito do acolhimento e sendo ponto de partida para a construção de confiança entre os envolvidos. Para haver vínculo, é indispensável que haja empatia e respeito. (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; ABDALLA; RICHATA, 2008).

Os elementos que denotam a formação do vínculo baseiam-se no reconhecimento mútuo entre serviço e comunidade, pois não se estabelece vínculo sem a condição de sujeito, sem a livre expressão do usuário, por meio da fala, julgamento e desejo. (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

O vínculo permite a construção de confiança, capaz de estimular o autocuidado, favorecendo a compreensão da doença, a assimilação e seguimento correto das orientações terapêuticas pelos usuários.

Teoricamente, acolher deixa de se resumir à porta de entrada ou à triagem e passa a envolver a escuta das necessidades do usuário e a responsabilização do serviço de saúde pelas demandas identificadas. No entanto, no cotidiano de algumas ESFs, evidencia-se que o acolhimento é entendido como uma atividade cuja terminalidade é a consulta médica, exprimindo a adoção de uma concepção reduzida, focada na organização da oferta do serviço médico. (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; RODRIGUES; NUNES; RONCALLI, 2008; FREIRE et al. 2008; KANTORSKI et al., 2009).

Assim, conclui-se que apesar dos grandes avanços do sistema vigente, ainda há muitos problemas nos níveis de atenção no que se refere ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde. Isto pode ser visualizado durante um simples diálogo do usuário com o profissional. Este muitas vezes tem a escuta pouco qualificada e é pouco solidário em sua relação com o outro. Neste sentido, acredita-se que os profissionais da linha de frente e devem cultivar as características necessárias ao acolhedor: saber ouvir, ter um bom relacionamento com a população e ter competência técnica.

4.3 Percepção dos profissionais

Dentre os discursos mais abordados nos textos em relação à percepção dos profissionais em relação ao acolhimento destacam-se alguns aspectos relevantes: Significado e concepção dos profissionais; Profissional que realiza o acolhimento; Características e competências.

Para os profissionais, o acolhimento significa uma prática de recepção do usuário, através de atitudes e comportamentos atenciosos; é dar uma atenção especial e levar em conta uma assistência integral e holística, de modo que exista uma responsabilização do cuidado, sendo pela resolubilidade dos problemas ou pelos encaminhamentos necessários. (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Entretanto, ainda podem-se perceber falas de profissionais que acreditam que o acolhimento está relacionado à prática da triagem, na qual se seleciona, encaminha, direciona ou passa o usuário adiante, ou que também pode ser interpretada como uma forma de agilizar o processo de trabalho e possibilitar o acesso desse mesmo usuário. (FREIRE et al., 2008; JUNGES et al., 2012).

Neste sentido Pinheiro e Oliveira (2011), essa percepção, por parte dos profissionais, causa um ‘empobrecimento’ do sentido mais amplo do que significa o acolhimento, ou seja, um dispositivo tecno-assistencial de organização do processo de trabalho.

Já em estudo realizado com profissionais de unidades de saúde do Nordeste, estes relataram que o acolhimento se apresenta como um elemento importante e tem contribuído para a organização do processo de trabalho e da demanda, e, apesar das dificuldades e dos entraves, foi capaz de produzir, na equipe, uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde dos usuários, que transpõem o conceito saúde-doença. (SOUZA et al., 2008).

Estes conceitos dispostos pelos profissionais estão em conformidade com a PNH, onde o conceito de acolhimento está pautado na recepção do usuário, desde sua entrada no sistema, de forma a responsabilizar-se integralmente por ele, através de escuta qualificada, de forma que o indivíduo possa expressar suas queixas e preocupações. (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2013). Propõe-se, ainda, servir de elo entre a necessidade dos usuários e as várias possibilidades de cuidado. (TESSER; POLI-NETO; CAMPOS, 2010).

É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental. (BARALDI; SOUTO, 2011).

Em conformidade a este processo foram elencadas algumas características necessárias ou desejáveis para a prática dessa ação, tais como: capacidade de escuta; empatia; bom relacionamento com a população; paciência; e afetividade. Outro ponto evidenciado na análise diz respeito ao preparo técnico-científico que fundamenta a ação, bem como ao embasamento dos aspectos legais referentes ao exercício profissional, em que a equipe deve desempenhar as atribuições pertinentes à sua categoria profissional. (FREIRE et al., 2008).

4.4 Fatores facilitadores e dificultadores para a prática do acolhimento

Dentre os fatores que facilitam e dificultam a prática do acolhimento (quadro 1), pode-se observar que foram apontados inúmeros entraves para a realização do acolhimento, na opinião dos profissionais. Para Oliveira, Tunin e Silva

(2008), o acolhimento tem se constituído em um permanente desafio, repleto de tensões. Para os autores, é necessário investir em formas de receber os diferentes modos através dos quais o usuário busca ajuda, respeitando cada um, com suas especificidades e demandas.

Quadro 1. Fatores indicados como facilitadores e dificultadores para a prática do acolhimento.

FACILITADORES	AUTORES
Receptividade da comunidade.	Freire <i>et al.</i> , 2008
Espaços de conversação entre profissionais e usuários.	Cardoso <i>et al.</i> , 2009; Cavalcante Filho <i>et al.</i> , 2009; Pinheiro; Oliveira, 2011.
Maior visibilidade ao trabalho dos profissionais.	Cavalcante Filho <i>et al.</i> , 2009.
DIFICULTADORES	AUTORES
Falta de espaço físico adequado.	Brehmer; Verdi, 2010; Damasceno <i>et al.</i> , 2012
Falta de privacidade.	Brehmer; Verdi, 2010; Damasceno <i>et al.</i> , 2012
Não aceitação do acolhimento/Resistência dos usuários.	Freire <i>et al.</i> , 2008; Junges <i>et al.</i> , 2012
Falta de valorização e reconhecimento.	Nery <i>et al.</i> , 2009
Conciliação das atividades da unidade com atividades externas (visita domiciliar).	Nery <i>et al.</i> , 2009; Pinheiro; Oliveira, 2011
Falta de funcionários de outras áreas para apoio	Nery <i>et al.</i> , 2009
Falta de profissionais.	Nery <i>et al.</i> , 2009; Brehmer; Verdi, 2010; Oliveira <i>et al.</i> , 2010
Sobrecarga de trabalho.	Nery <i>et al.</i> , 2009; Pinheiro; Oliveira, 2011
Organização das reuniões de avaliação das ações das equipes.	Nery <i>et al.</i> , 2009
Falta de preparo dos profissionais.	Oliveira <i>et al.</i> , 2010
Pressão da demanda, tempo reduzido para o atendimento.	Nery <i>et al.</i> , 2009; Coelho; Jorge, Araújo; 2009
Atividades burocráticas.	Matumoto <i>et al.</i> , 2009
Infraestrutura e falta de recursos.	Pinheiro; Oliveira, 2011; Coelho; Jorge; 2009
Falta de limpeza.	Matumoto <i>et al.</i> , 2009
Sensação de impotência.	Junges <i>et al.</i> , 2012
Falta de comunicação.	Coelho; Jorge; Araújo, 2009

Fonte: Adaptado de Coutinho; Barbieri; Santos, 2015.

Ao acolhimento (Quadro 2) para Brehmer e Verdi (2010), é atribuído também o significado de acesso aos serviços de saúde, sendo considerado como a porta de entrada prioritária para o usuário.

Quanto à acessibilidade no acolhimento, pode-se observar que os usuários percebem o acesso como oferecimento de ações e serviços, recepção administrativa eficaz e estabelecimento de vínculo com os profissionais.

Savassi (2010) coloca que a percepção do acesso aos serviços de saúde está relacionada ao espaço geográfico, ou seja, se dá pela descrição da clientela e a boa relação com os profissionais, que, por sua vez, estão relacionadas ao nível de satisfação da população com o serviço. A percepção do usuário e sua satisfação com o serviço interferem na acessibilidade e na criação de vínculos, o que pode provocar dificuldades, para a equipe, de coordenar o cuidado, refletindo na qualidade do serviço. Lima et al. (2007) reforçam este conceito, de que o vínculo, a resolutividade e o desempenho profissional estão relacionados ao acolhimento.

⁵Os professores pesquisados foram denominados de P1, P2, P3, P4 e P5.

Quadro 2. percepções dos usuários em relação satisfação e insatisfação quanto ao acolhimento

SATISFAÇÃO	AUTORES
Bom atendimento.	Santana <i>et al.</i> , 2012
Escuta às queixas.	Coelho; Jorge; Araújo, 2009; Santana <i>et al.</i> , 2012
Presença de instrumentos que favorecem o atendimento.	Lima <i>et al.</i> , 2007; Coelho; Jorge; Araújo, 2009
Ambiência	Coelho; Jorge; Araújo, 2009
Responsabilização e comprometimento dos profissionais.	Pinafo; Lima; Baduy, 2008
Resolução dos problemas.	Martha <i>et al.</i> , 2011
Insatisfação	Autores
Falta do profissional médico	Santana <i>et al.</i> , 2012
Filas e longa espera	Martha <i>et al.</i> , 2011; Santana <i>et al.</i> , 2012
Falta de recursos materiais e humanos	Martha <i>et al.</i> , 2011; Santana <i>et al.</i> , 2012
Estrutura física inadequada	Coelho; Jorge; Araújo, 2009; Martha <i>et al.</i> , 2011
Morosidade na marcação e no resultado de exames	Santana <i>et al.</i> , 2012
Impessoalidade na relação entre profissional e usuário	Coelho; Jorge; Araújo, 2009
Dificuldade de acesso a atendimento especializado	Coelho; Jorge; Araújo, 2009; Martha <i>et al.</i> , 2011
Falta de privacidade	Coelho; Jorge; Araújo, 2009
Falta de preparo dos profissionais	Coelho; Jorge; Araújo, 2009
Falta de respeito	Oliveira <i>et al.</i> , 2008; Martha <i>et al.</i> , 2011

Fonte: Adaptado de Coutinho; Barbieri; Santos, 2015.

Conclui-se que prática do acolhimento tem sido estimulada nacionalmente na ESF, pois incrementa o acesso e melhora o processo de trabalho nos cenários dos serviços de saúde, bem como possibilita o fortalecimento de laços o estabelecimento de um vínculo entre usuários, trabalhadores e gestores em defesa do SUS enquanto política pública e não de governo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando ao objetivo deste estudo que foi realizar uma revisão integrativa da literatura, acerca da aplicação do conceito de acolhimento, bem como, verificar as contribuições desse conceito para as práticas na APS, vale ressaltar que o acolhimento é um método designado para colaborar com a qualificação dos sistemas de saúde, de forma que possibilite ao usuário o acesso a um atendimento justo e integral, por meio da multiprofissionalidade e da intersetorialidade. É uma ferramenta capaz de possibilitar que o SUS efetive seus princípios constitucionais.

Neste sentido, considera-se que apesar dessas dificuldades, a classificação de risco torna-se um instrumento de respaldo diante das situações de queixa entre os usuários, ao priorizar ou não o atendimento do paciente de acordo com sua condição clínica, apontado como um fator facilitador à sua inserção na Estratégia de Saúde da Família. Esse respaldo é referido pelo enfermeiro como um documento comprobatório diante da classificação referida ao paciente.

A partir dos resultados obtidos com a leitura dos periódicos, pode-se ressaltar que o conhecimento produzido até o presente momento acerca do tema proposto para este estudo, é que o acolhimento não está ainda efetivamente implantado nos serviços de APS. Foram apontadas, tanto por profissionais quanto por usuários, fragilidades e dificuldades quanto a implantação do acolhimento, que representa impacto nos serviços quanto a qualidade e nível de satisfação.

Espera-se que as Unidades de Saúde priorizem o atendimento ao paciente grave. E que o atendimento ao paciente grave seja o melhor possível no menor

tempo possível e dentro das diversas limitações que uma unidade básica de saúde pode oferecer.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, F.T.M; RICHIATA, L.Y.I. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo programa saúde da família no município de São Paulo, Brasil. *Saude Soc.* v.17, n. 2, p.140-152, 2008.
- ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. *Informe-se em promoção da saúde, Niterói*, v.3, n.1, p.1-3, 2007.
- ALEIXO, J.L.M. A. Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Revista Mineira de Saúde Pública*, v.1, n.1, p.1-12, 2002.
- ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa saúde da família, Ventosa, Belo Horizonte. *Cienc Saude Colet.* v.13(Supl.2), p.2189–2197, 2008.
- BARALDI, D.C.; SOUTO, B.G.A.A. demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. *Arq. Bras. Cienc. Saúde, Santo André*, v.36, n.1, p.10-17, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. 2003. <Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288>. Acesso em: 20 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação na Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
- BRASIL, Ministério da Saúde – Cartilha da PNH. Acolhimento com Classificação de Risco, HUMANIZA SUS 2009. Brasília; Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BREHMER, L.C.F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl. 3, p.3569-3578, 2010.
- CARDOSO, L.S.C. et al. Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. *Cuid Arte Enfermagem, Juiz de Fora*, v.3, n.2, p.149-155, 2009.
- CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm.* n.57, n.5, p.611-614, 2004.
- CASTRO, A.J.R; SHIMAZAKI, M.E. Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde. Belo Horizonte: Gutenberg, 2006. 240p.
- CAVALCANTE FILHO, J.B. et al. Collective welcoming: a challenge instigating new ways

of producing care. *Interface*, Botucatu, v.13, n.31, p.315-328, 2009.

CARVALHO, C.A.P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq. Ciênc. Saúde*, São José do Rio Preto, v.15, n.2, p.93-98, 2008.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B.; ARAUJO, M.E. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. *Rev baiana saúde pública*, Salvador, v.33, n.3, p.440-452, 2009.

COUTINHO, L.R.; BARBIERI, A.R.; SANTOS, M.L.M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.514-524, abr./jun 2015.

COREN-RS. Acolhimento com resolutividade e humanização. *Coren-RS Enfermagem Gaúcha em Revista*, ano I, edição II, p.23-25, jan./fev./mar. 2010.

DAMASCENO, R.F. et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. *J Health Sci Inst*, São Paulo, v.30, n.1, p.37-40, 2012.

FREIRE, L.A.M; STORINO, L.P.; HORTA, N.C.; MAGALHÃES, N.C.; LIMA, T. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. *REME*. v.12, n.2, p.271-277, 2008.

HENNINGTON E.A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-265, 2005.

JUNGES, J.R. et al. O discurso dos profissionais sobre demanda e a humanização. *Saúde soc.*, São Paulo, v.21, n.3, p.686-697, 2012.

KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; PEREIRA, D.B.; COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M. A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. *Rev Gaucha Enferm*. v.30, n.4, p.594-601, 2009.

LIMA, M.A.D.S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v.20, n.1, p.12-17, 2007.

LIMA, A.S. O trabalho da enfermeira na Atenção Básica: uma revisão sistemática. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

MATUMOTO, S. et al. Preparando a relação de atendimento: ferramenta par o acolhimento em unidades de saúde. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.17, n.6, p.1001-1008, 2009.

MARTHA, S.N. et al. Programa Saúde da Família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v.30, n.3, p.159-177, 2011.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.27, n.78, p.27-34, 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*. v.43, n.2, p.358-364, 2009.

NERY, S.R. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p.1411-1419, 2009.

OLIVEIRA, A.; NETO, J.C.S.; MACHADO, M.L.T.; SOUZA, M.B.B.; FELICIANO, A.B.; OGATA, M.N. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface*, Botucatu, v.12, n.27, p.749-762, 2008.

- OLIVEIRA, L.M.L.; TUNIN, A.S.M.; SILVA, F.C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção à saúde. *Rev APS*, v.11, n. 4, p.362-73. 2008.
- OLIVEIRA, E.R.A. et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v.12, n.2, p.46-51, 2010.
- Política Nacional de Humanização PNH. O que é a Política Nacional de Humanização?. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. 16p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.
- POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, v.22, n.4, p.434-438, 2009.
- PINHEIRO, P.M.; OLIVEIRA, L.C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface*, Botucatu, v.15, n.36, p.187-198, 2011.
- PINAFO, E.; LIMA, J.V.C.; BADUY, R.S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. *Revista Espaço para Saúde*, Londrina, v.9, n.2, p.17-25, 2008.
- RODRIGUES, M.P.; LIMA, K.C.; RONCALLI, A.G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Cienc Saude Colet*. v.13, n.1, p.71-82, 2008.
- SÁ, L.D.; SOUZA, K.M.J.; NUNES, M.G.; PALHA, P.F.; NOGUEIRA, J.Á.; VILLA, T.C.S. Tratamento da tuberculose em unidade de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm*. v.16, n.4, p.712-718, 2007.
- SANTANA, J.C. et al. Acolhimento em um serviço da Atenção Básica à Saúde de Minas Gerais. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, São João del-Rei, v.2, n.2, p.166-176, 2012.
- SAVASSI, L.C.M. A satisfação do usuário e a auto-percepção da saúde em atenção primária [Editorial]. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v.5, n.17, p.3-5, 2010.
- SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, supl. 1, p.s100-s110, 2008.
- SCHNEIDER, D.G. et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto contexto-enfermagem*, Florianópolis, v.17, n.1, mar. 2008.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília-DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TAKEDA, S. A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAM, B. et al. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidência*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- 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. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.331-40, 2007.
- TESSER, C.D.; POLI-NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl. 3, p.3615-624, 2010.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003.

VALÊNCIA, E.S.J; BARROSO, A.V.S.; BRASILEIRO, M.E. Pesquisas científicas relacionada à Assistência do Enfermeiro na urgência e emergência na Unidade Básica de Saúde, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line], 2010.