

Implantar o acolhimento na estratégia de saúde da família é viável?

Is implementing user embracement in the family health strategy viable?

RESUMO

Este texto relata a experiência do projeto de extensão “Gestão do Cuidado”, desenvolvido por alunos e professores do bacharelado em Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco junto a uma Equipe de Saúde da Família do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco. Desenvolvido entre junho e outubro de 2017, o projeto teve como objetivo auxiliar a implantação do processo de acolhimento aos usuários na unidade básica de saúde, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. As atividades desenvolvidas foram descritas em três etapas: a construção, o momento piloto e o fechamento, que incluíram diversas atividades, tais como reuniões, oficinas e atendimento aos usuários. A equipe sinalizou dificuldades e reconheceu que o momento não era propício para a implantação dessa nova rotina, optando pelo cancelamento das atividades do projeto. A experiência demonstrou a dificuldade em romper com o modelo convencional de atuação dos profissionais que, inicialmente abertos à nova experiência, tiveram resistência em implantar mudanças nos processos de trabalho. Isso evidencia a necessidade de dispositivos que incitem a reflexão sobre as práticas cotidianas do trabalho em saúde também para dentro do ambiente acadêmico que, na sua relação com os serviços, deve sentir-se provocado a construir processos não pontuais e colaborativos.

Palavras-chave: Acolhimento. Estratégia de Saúde da Família. Humanização da assistência.

ABSTRACT

This text reports the experience of the extension project entitled “Care Management”, developed by students and teachers from the Collective Health Bachelor of Academic Center of Vitória, Federal University of Pernambuco, and the team of Family Health from the city of Vitória de Santo Antão, State of Pernambuco, Brazil. The project has been developed from June to October 2017 and it aimed to help to implement the process of users’ embracement by the Basic Health Unit, as recommended by the Brazilian Ministry of Health.

Maria Tatiane Alves da Silva

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. (mtatianealves@hotmail.com).

Valdecir Barbosa da Silva Júnior

Graduando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. (junior-jlgg@hotmail.com).

Jorgiana de Oliveira Manguiera

Doutoranda em Saúde Pública no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco, Brasil; professora da Universidade Federal de Pernambuco, Campus de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil. (jorgianafisio@hotmail.com).

Ana Paula Lopes de Melo

Doutoranda em Saúde Pública no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco, Brasil; professora da Universidade Federal de Pernambuco, Campus de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil. (anap0001@gmail.com).

The activities proposed were described in three stages: construction, the pilot phase and finalization, which included several activities, such as meetings, workshops and attendance to users. However, the team signaled difficulties and recognized that the moment was not convenient to the implementation of this new routine, which led to the cancellation of the development of the proposed project activities. The experience demonstrated how difficult is to change the conventional model of professional behavior. The professionals initially seemed to be open to new experiences, but, then, they were resistant to changes in the work processes. It reinforces the need for devices that stimulate reflections about the daily practices of work, including within the academic environment, which should be provoked to elaborate collaborative and non-punctual processes.

Keywords: User embracement. Family Health Strategy. Humanization of assistance.

INTRODUÇÃO

Este texto relata a experiência do projeto de extensão “Gestão do Cuidado”, que teve como objetivo auxiliar o processo de implantação do acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, desenvolvido com a participação de discentes e docentes do curso de graduação em Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV/UFPE).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal ferramenta de organização da Atenção Básica adotada no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelas ações de prevenção, promoção e assistência a usuários, família e comunidade. Nesse modelo, a atenção à saúde está associada à noção de vinculação, responsabilização, acesso, atenção integral, maior resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado (BRASIL, 2011; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Desde a publicação da Política Nacional de Humanização, em 2004, o Ministério da Saúde tem preconizado o acolhimento como uma ferramenta para horizontalizar o acesso dos usuários na Atenção Básica à Saúde, definindo o fluxo do usuário dentro do sistema de saúde e

a responsabilização integral de suas necessidades desde o primeiro contato com o serviço até a atenção resolutive de seus problemas de saúde. Não apenas por meio das ações ofertadas pelos profissionais, mas também a partir da perspectiva da necessidade de saúde integral do usuário (BRASIL, 2011; MOIMAZ et al., 2017).

O acolhimento é uma forma de organização do processo de trabalho da equipe de profissionais que tem centralidade no usuário, possuindo como base a escuta qualificada das necessidades de saúde (SÁ, 2013). Nessa proposta, inverte-se a lógica de organização e funcionamento dos serviços, de forma a atender todas as pessoas que buscam atendimento, a partir da reorganização do processo de trabalho, incluindo a equipe multiprofissional e qualificando as relações entre usuários e profissionais a partir de princípios humanitários de solidariedade e de cidadania (CAMELO et al., 2016).

Nesse sentido, é uma estratégia que acontece na relação entre o profissional e o usuário, sendo considerada uma tecnologia leve, pois está relacionada à escuta ativa, ao diálogo, à empatia, ao respeito, ao estabelecimento de relação de confiança e à visão integral do outro, que são fundamentais para a garantia da humanização e qualidade do atendimento (MERHY, 1997; MOIMAZ et al., 2017).

No campo da saúde, percebe-se tradicionalmente a fragmentação dos processos de trabalho e pouca integração das equipes de profissionais, sendo as relações profissionais-usuários, na maioria das vezes, enrijecidas e verticalizadas, e a figura do profissional de saúde é tida como detentora do conhecimento sobre o processo de saúde e adoecimento das comunidades (AYRES, 2004). Corroborando com essa percepção, Chagas e Vasconcellos (2013) constataram que os serviços de saúde se estruturam para atender suas próprias necessidades e prioridades, sem preocupação com as necessidades dos usuários.

Nesse contexto, o acolhimento vem sendo utilizado como uma das estratégias da Política Nacional de Humanização do SUS com vista a construir uma nova postura dos profissionais e do serviço, de forma a ampliar o acesso e pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços e atividades ofertadas à população (BRASIL, 2011; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015; LEITE et al., 2016). No entanto, apesar de incentivado pelo Ministério da Saúde e ser um dos principais critérios de avaliação do Programa de Melhoria do

Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-SUS), há ainda dificuldade de implantação em vários municípios.

O município pernambucano de Vitória de Santo Antão, durante o período de intervenção do projeto, contava com 29 Equipes de Saúde da Família e apenas uma delas havia implantado o acolhimento aos usuários. O projeto “Gestão do Cuidado” teve a perspectiva de aprimorar as práticas da gestão dos processos de trabalho, alterando a organização do eixo da demanda dos profissionais para a centralidade no cuidado com o usuário. A ideia surgiu a partir da reflexão dos discentes envolvidos e do anseio deles em retribuir de forma substancial com uma das Unidades de Saúde da Família (USF) na qual haviam participado de aulas práticas no primeiro período do curso de graduação em Saúde Coletiva.

MÉTODO

O projeto foi desenvolvido entre os meses de junho e outubro de 2017, através de várias atividades, que consistiram em: reuniões com a equipe de saúde da família, com profissionais da rede básica do município e com gestores; oficina preparatória; e desenvolvimento da experiência piloto de acolhimento com mapeamento da demanda espontânea na unidade. Participaram das diversas etapas do projeto 22 pessoas entre extensionistas vinculados à UFPE (4), profissionais da USF (11), residentes (3) e profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) (4).

Como relato de experiência, a descrição da metodologia se faz a partir de um olhar retrospectivo. O único pressuposto dado a priori na formulação do projeto baseou-se no desenvolvimento das ações a partir de processos de construção coletiva junto aos profissionais da USF. Nesse “olhar para trás”, optamos nesse texto por descrever as atividades desenvolvidas em três etapas: a construção, o piloto, o fechamento.

1ª etapa: a construção

A USF escolhida está localizada em uma região central do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, e conta com uma Equipe

de Saúde da Família composta por enfermeira, médica, odontóloga, técnica de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde (ACS) responsáveis por, aproximadamente, 1.500 famílias.

O território de adstrição de cobertura é dividido em sete microáreas, entretanto, cerca de 230 famílias não possuem cobertura sistemática, visto que essa microárea não dispõe de ACS há alguns anos. A escolha da unidade foi motivada pela experiência de um dos alunos extensionistas envolvidos com o projeto que, sendo morador da área de cobertura, percebia, a partir do lugar de usuário e de estudante de saúde coletiva, alguns gargalos no acesso da comunidade às consultas na USF.

O primeiro contato foi realizado com a médica da equipe que se mostrou receptiva à proposta e passou as informações do projeto para os demais profissionais. Foi ela que sugeriu a participação dos proponentes na reunião de equipe em que foi apresentado o projeto e discutida sua viabilidade a partir da escuta dos profissionais, suas motivações e expectativas. Esse momento teve o intuito de pactuar e construir coletivamente a proposta do acolhimento na USF, já que é a própria equipe a responsável pela gestão do cuidado na USF e pela continuidade das ações.

Após a pactuação inicial, o projeto foi apresentado à gestão da Secretaria de Saúde do município em uma reunião com as coordenações de Atenção Básica e dos NASF que concordaram com seu desenvolvimento, mostrando-se motivadas com a ideia de promover estratégias de acolhimento na atenção básica do município. Logo em seguida, a equipe do projeto foi convidada pela gestão para apresentar as diretrizes do Ministério da Saúde para o Acolhimento na Atenção Básica do SUS aos enfermeiros, médicos e odontólogos das 29 equipes de ESF do município. Havia uma urgência da gestão para essa atividade em função da visita de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹, prevista para ser realizada no município. Esse momento contou com presença de aproximadamente 70 profissionais em uma reunião e aula expositivo-dialogada com duração de 3 horas.

As atividades de preparação da estratégia a ser implantada na USF seguiram com um breve diagnóstico acerca da percepção de

¹ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), desenvolvido pelo Ministério da Saúde e que tem como objetivo “incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território”. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 9 abr. 2018. O acolhimento aos usuários é um dos critérios mais importantes de avaliação do PMAQ, representando cerca de 10% do percentual de avaliação externa.

profissionais e usuários sobre o acolhimento na unidade, realizado por meio de observações do funcionamento e conversas com perguntas condutoras relativas, por exemplo, à satisfação, ao sentimento de ser acolhido ou não na USF, às queixas quanto ao atendimento, à espera, à disponibilidade de consultas e exames, direcionadas a quatro usuários e um ACS que estavam disponíveis no dia proposto.

Em seguida, houve uma reunião ampliada que contou com a presença de profissionais do NASF e da Residência Multiprofissional que colaboram com essa USF. Essa reunião teve o intuito de apresentar as informações coletadas e reafirmar a proposta para outros atores identificados como possíveis parceiros na efetivação do projeto. A equipe informou que a médica estaria ausente por tempo indeterminado, devido a problemas de saúde, ficando assim a equipe desfalcada desta profissional.

A despeito disso, e com a concordância de todos os envolvidos em manter o projeto, foi realizada uma oficina de sensibilização sobre o acolhimento na unidade, na qual, foram utilizadas dinâmicas de grupo, visando refletir sobre o processo de escuta do outro e sobre situações identificadas como acolhedoras ou não acolhedoras no fluxo de atendimento da própria USF. Nesse momento, foram discutidos possíveis entraves no acesso dos usuários às consultas, tais como: fila de espera durante a madrugada, distribuição de fichas e dias específicos para a marcação de consultas. Isso demonstrou a necessidade da escuta qualificada e a identificação e problematização do fluxo de atendimento. Como encaminhamento, ao final da oficina, ficou pactuado o desenvolvimento de um momento piloto de duas semanas de acolhimento na unidade, com o objetivo de promover o processo de escuta qualificada e mapear a demanda espontânea que chegava ao serviço.

2ª etapa: o piloto

A primeira experiência de modificação na rotina do processo de trabalho visando promover o acolhimento aos usuários foi pactuada na oficina de sensibilização e nomeada de momento piloto. Para isso, foi definida uma escala de duplas de acolhimento que incluía um ACS e um apoiador (extensionista ou residente). Essa composição se deu em função da ausência da médica, da avaliação de que seria necessário

manter o atendimento ambulatorial programado pela enfermeira, e da opção dos demais profissionais da equipe por não participar.

A escala foi definida para duas semanas e as duplas deveriam encarregar-se de organizar o atendimento aos usuários, identificando aqueles previamente programados e aqueles que procuravam a unidade por demanda espontânea. Estes últimos passavam pela escuta qualificada que acontecia em local mais reservado na própria sala de espera, registrando dados pessoais (como nome, endereço, ACS da área) e os motivos da sua ida à USF (queixa/demanda de saúde apresentada). Demandas identificadas como imediatas (quadros mais agudos, como dor e febre) eram encaminhadas para atendimento com a enfermeira ou, em alguns dias específicos, para o médico temporário excepcionalmente disponibilizado pela Secretaria de Saúde.

Criou-se também um grupo de *Whatsapp* com todos os envolvidos para a troca de informações diárias com o objetivo de garantir o funcionamento do momento piloto, evitando problemas na escala. Os registros da escuta qualificada eram efetuados em um caderno específico para essa finalidade que ficava à disposição das duplas de acolhimento e dos demais profissionais da USF para possíveis consultas. Tais registros permitiram mapear a demanda espontânea na USF nessas duas semanas.

3ª etapa: o fechamento

Após as duas semanas do momento piloto, houve dificuldade em agendar uma reunião ampliada com todos os profissionais que participaram do momento de construção e pactuação na oficina de sensibilização. Após várias tentativas em idas a USF e conversas no grupo do *Whatsapp*, foi agendada uma reunião, da qual participaram apenas quatro ACS. Sugeriu-se, então, que o tema fosse pautado na reunião ordinária da ESF e que, a partir disso, pudesse haver novo contato com a equipe de extensionistas da universidade para definição dos passos seguintes. A equipe contactou os proponentes e informou o não desejo em continuar com o projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na etapa de construção, identificou-se que os atendimentos eram organizados a partir de dias específicos para a marcação de consultas por profissional e que o número de fichas disponibilizadas era insuficiente para atender a demanda, acarretando em várias idas do usuário ao serviço para conseguir atendimento. Alguns profissionais perceberam que a implantação do acolhimento poderia melhorar o formato de recepção aos usuários, qualificar a escuta e que, além disso, implicaria na necessidade de integração multiprofissional para garantir a integralidade do cuidado. Outros, entretanto, consideraram que manter dias específicos para marcação das consultas, mesmo com fila matinal a partir das 5h da manhã, é uma forma de acolher os usuários, pois facilita o acesso às consultas e organiza o processo de trabalho na unidade de saúde.

Foram evidentes os entraves e a burocracia no acesso dos usuários aos serviços disponibilizados pela USF. A burocratização do acesso e a desumanização da relação profissional-usuário prolonga o sofrimento daqueles que necessitam de cuidados em saúde (LIMA, 2010). Esses resultados corroboram a visão de Chagas e Vasconcelos (2013) ao abordar o acolhimento na sala de espera. Esses autores destacam que muitas vezes:

o serviço se estrutura e se organiza para atender suas próprias necessidades e prioridades, estabelecendo o fluxo de demanda das pessoas conforme o mais adequado para o desempenho do trabalho dos profissionais. Sem uma preocupação com a necessidade dos usuários. CHAGAS; VASCONCELOS, 2013, p. 383).

Segundo Motta, Perucchi e Filgueiras (2014), o acolhimento não deve ser confundido com recepção, pois ela é uma ação pontual, que possui como atributos triagem do paciente e o repasse de informações. Enquanto que o acolhimento deve possuir abertura para o diálogo de forma horizontalizada e participação do usuário no processo de cuidado. Assim, possibilitando a responsabilização do profissional pelo usuário e conhecimento das necessidades de saúde que, para

serem atendidas, exige uma organização multidisciplinar, visando à integralidade do cuidado em saúde (AYRES, 2004).

Alguns agentes de saúde que atuavam há mais tempo na USF, identificaram que a recepção dos usuários na USF esteve melhor quando a equipe estava mais integrada, salientando que, no momento de desenvolvimento do projeto, boa parte dos profissionais da equipe era recém-contratada. Tanto a médica, quanto a enfermeira haviam chegado há pouco tempo na equipe. Alguns usuários ouvidos no momento de diagnóstico também ressaltaram que “acolhimento esteve melhor quando a equipe de profissionais era outra”.

Na etapa do momento piloto, embora tenha sido pactuado previamente uma escala para participação em duplas envolvendo ACS e apoiadores (residentes e extensionistas), houve pouco envolvimento dos profissionais da ESF, sendo a escuta qualificada da demanda espontânea desenvolvida na maior parte das duas semanas pelos apoiadores. Ressalta-se que, embora os ACS tenham se disponibilizado para participar do momento piloto, o acolhimento é responsabilidade de todos que compõem uma equipe multiprofissional e não apenas de uma categoria. Além disso, é importante frisar que, nos três dias em que os apoiadores não puderam estar presentes, a prática não foi desenvolvida. Esse resultado pode ter como fator contribuinte a concomitância da estratégia piloto do acolhimento com as demandas rotineiras dos profissionais, ou seja, não houve mudança no processo de trabalho e sim o acréscimo de uma atividade considerada “a mais” junto às demandas já previstas e estas se sobressaíam ou eram priorizadas por eles.

O mapeamento da demanda espontânea evidenciou que a procura dos usuários por atendimento foi direcionada majoritariamente ao médico para renovação de prescrição de medicamentos controlados ou alegando preferência do atendimento por esse profissional, o equivalente a cerca de 40% das demandas identificadas. As demais foram distribuídas entre as várias possibilidades de atendimento na USF, tais como vacinação, curativo, atendimentos a crianças com sintomas de dores abdominais, febre ou suspeita de arboviroses (e não atendimentos de puericultura, especificamente), consulta odontológica ou de enfermagem. Esse resultado demonstra a centralidade das ações de saúde na figura do médico, um modelo difícil de romper, mesmo

na ESF, que preconiza uma ação interdisciplinar e atuação em equipe, esse resultado é reflexo do peso que o modelo biomédico ainda exerce na prática dos profissionais e na própria estrutura do serviço (AYRES, 2004).

Nesse sentido, destaca-se que a ausência da médica da equipe durante o período de desenvolvimento do projeto pode ter sido um forte fator de influência tanto pela sua motivação inicial que poderia ajudar na motivação dos demais membros da equipe, quanto por uma certa expectativa frustrada de atender a essa demanda majoritária dos usuários para a consulta médica.

No momento de avaliação após a experiência piloto, etapa que foi considerada de fechamento mais pelos seus efeitos do que por uma programação prévia, os profissionais afirmaram o entendimento do acolhimento como parte do cotidiano do processo de trabalho e entenderam que a atual recepção na USF não se qualifica como acolhimento no sentido proposto pelas diretrizes do Ministério da Saúde. Contraditoriamente, os profissionais entendiam a necessidade de um recepcionista “humanizado” na unidade de saúde, abstenendo-se da responsabilidade pelo cuidado desde a chegada do usuário à USF. Os profissionais relataram que não perceberam mudanças significativas no processo de trabalho durante o desenvolvimento do piloto, mas que a proposta proporcionou maior organização no atendimento dos usuários na unidade de saúde, corroborando o que preconiza o Ministério da saúde ao colocar a organização do atendimento como um dos produtos e potencialidades da prática do acolhimento (BRASIL, 2011).

A equipe reconheceu que não estava no momento adequado para a implantação dessa nova rotina e optou pelo cancelamento das atividades do projeto. No entanto, sinalizaram as dificuldades e apontaram para a não viabilidade momentânea, mas reconhecendo a importância do projeto e do próprio acolhimento na USF, sinalizando para a possibilidade de, em um momento mais oportuno, talvez, modificarem essa motivação.

Ressalta-se que a decisão tomada pela equipe soma-se, além da motivação interna, a outras questões identificadas ao longo do processo, tais como as dificuldades de infraestrutura da USF, falta de material, limpeza precária na USF, desfalque de profissionais que

eram entendidos também como uma ausência de acolhimento da própria gestão aos seus trabalhadores e à população, o que reverberava na dificuldade de internalizar o processo de acolhimento que era entendido como uma cobrança de agentes externos e responsabilidade exclusiva das equipes de saúde da família.

Implantar a estratégia de acolhimento requer então, não apenas a motivação dos profissionais, mas também a sensibilização dos gestores, mudança na própria estrutura da política de saúde nos municípios e um processo de educação permanente que traga a reflexão sobre o processo de trabalho, questionando-o, abrindo-se para novas possibilidades e agregando novos sentidos que facilitem o vínculo e a boa relação profissional ao processo de trabalho para facilitar o desenvolvimento de um melhor processo de escuta, fator primordial para as tecnologias leves (MOIMAZ et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as dificuldades vivenciadas, é importante destacar o curto período de tempo do projeto, o município em período de avaliação pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a dificuldade de avaliação ao longo do processo.

É importante perceber que a iniciativa de implantação do acolhimento não surgiu de uma reflexão interna da equipe e compreensão por eles dessa necessidade. Mesmo com a motivação inicial demonstrada pelos participantes nas primeiras reuniões, a manutenção do *status quo* do modelo de atuação dos profissionais prevaleceu, evidenciando que a implantação da estratégia de acolhimento, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, é um processo dinâmico e complexo e que deve ser empreendido com a participação e motivação não apenas da equipe, mas também da gestão. Além disso, devido ao curto período do projeto, talvez os momentos de sensibilização da equipe da ESF tenham sido insuficientes para a manutenção do vínculo entre os próprios proponentes e a equipe que os identificavam como agentes externos demandantes de atividades e não como parceiros de um projeto coletivo.

O acolhimento não deve ser demandado unidirecionalmente, sendo fundamental a garantia de infraestrutura e modelos de gestão que possibilitem aos próprios profissionais de saúde sentirem-se acolhidos nas suas relações e condições de trabalho. A experiência demonstrou que nem sempre os profissionais estão preparados para o desenvolvimento do acolhimento, constatando a necessidade de educação permanente dos profissionais para promover mudanças na organização.

Discutir sobre uma experiência não exitosa, menos que invalidar o processo e o próprio projeto de extensão, traz como resultado o impacto dessa vivência para discentes e docentes envolvidos que têm como desafio constante a construção da *práxis* cotidiana, a construção e argumentação teórica articulada à realidade das dificuldades do processo de trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set.-dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno da Atenção n. 28, v. 1:** acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMELO, M. S. et al. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 463-468, ago. 2016.

CHAGAS, H. M. de A.; VASCONCELLOS, M. da P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 377-388, jun. 2013.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIRI, A. R.; SANTOS, M. L. de M. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514- 524, 2015.

LEITE, M. T. et al. Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: revisão narrativa. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 48, p. 106-115, abr.-jun. 2016.

LIMA, T. J. V. de et al. Humanização na atenção à saúde do idoso. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 866-877, 2010.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1-6, mar. 2017.

MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M. S. T. O acolhimento em saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 121-139, jun. 2014.

SÁ, C. M. C. P. de et al. Experiência da implantação do acolhimento em uma unidade de saúde da família. **Rev. Enferm UFPE online**, Recife, v. 7, p. 5.029-5.035, jul. 2013.

Submetido em 7 de dezembro de 2017.

Aprovado em 7 de maio de 2018.